



ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
ICU Nurses' Experience in Caring for Dying Patients

อรพรรณ ไชยเพชร
Orapan Chaipetch

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
ผู้เขียน นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
ผู้เขียน	นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไอซียูศัลยกรรมและไอซียูอายุรกรรมของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวนมานเนน (van Manen, 1990)

ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูใน 2 ลักษณะคือ 1) มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และ 2) มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย
2. พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 4 ลักษณะคือ 1) การทำสิ่งที่มีคุณค่า 2) การดูแลด้วยใจ 3) การทำงานที่ยากแต่ทำทาบทบาท และ 4) การดูแลเหมือนการเดินทางที่มีด
3. พยาบาลไอซียูเกิดความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 6 ลักษณะคือ 1) สงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ 2) อึดอัด ขัดแย้งที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ 3) ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ 4) เครียด กัดฟันเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้ 5) สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย และ 6) รู้สึกดี และ อิ่มใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ
4. พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะคือ 1) ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) ดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) ดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมี 7 ปัจจัยคือ 1) ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด 2) ความรู้เกี่ยวกับความ

เชื้อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3) ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 4) รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต 5) การบริหารเวลาในการทำงาน 6) รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และ 7) นโยบายและการบริหารจัดการ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยมีการตายที่ดีหรือตายอย่างสงบมากที่สุด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหลายด้าน ทำให้ได้ข้อเสนอแนะซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู

Thesis Title	ICU Nurses' Experience in Caring for Dying Patients
Author	Miss Orapan Chaipetch
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2007

ABSTRACT

The objectives of this hermeneutic phenomenological study were: to describe and explain ICU nurses' experience in caring for dying patients. The informants of the study were 12 professional nurses working at the surgical ICU and the medical ICU of a university hospital. The informants were selected using purposive sampling method, and the data were collected through individual in-depth interviews from November 2006 to March 2007. The data were analyzed with van Manen's method (van Manen, 1990).

The results of the study revealed that:

1. The ICU nurses described dying patients in the ICU in two ways: 1) they had little chance to survive and not likely to be rescued, and 2) they had physically signs and symptoms changed.

2. The meanings of caring for dying patients given by the ICU nurses were: 1) doing things that were worthwhile; 2) caring with heart; 3) doing difficult work with a challenging role; and 4) caring for them was like walking in the dark.

3. The ICU nurses' feelings towards caring for dying patients were: 1) doubtful and unsure of the patients' mental response; 2) uneasy with conflict that they could not provide the patients complete care; 3) uncomfortable to tell the truth to the patients' relatives; 4) stressed and under pressure because they could not express their feeling; 5) sympathetic and depressed about the loss of the patients and their relatives; and 6) feeling good and content with their part in helping the patients die peacefully.

4. The ICU nurses conducted their practice in three ways: 1) caring for the patients holistically according to standards; 2) taking care of the patients' relatives as the most important persons for the patients; and 3) caring for their own feeling in order to be well-prepared.

5. There were seven factors related to experience in caring for dying patients: 1) direct experience in caring for dying patients and losing a close person in life; 2) knowledge in belief about death and caring for dying patients; 3) skills in caring for dying patients; 4) work style focusing on helping the patients to survive; 5) time management in working; 6) communication styles among member of the caring team; and 7) policy and administration.

The results of the study revealed that ICU nurses cared for dying patients holistically to help patients have a good death or die as peacefully as they could. As there were many factors involved, recommendations could be made to provide guidelines for improving the quality of caring for dying patients in the ICU.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ และ คุณประสพสุข อินทร์กษา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างและคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีตลอดการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ น้อง และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และกำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ขอขอบพระคุณในความเมตตาและความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านจากผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย และผู้ร่วมงานทุกท่านใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ให้โอกาสในการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์

อรพรรณ ไชยเพชร

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
สถานการณ์ทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยในไอซียู.....	7
ความตายและภาวะใกล้ตายใน ไอซียู.....	8
การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน ไอซียู.....	13
ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน ไอซียู.....	22
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
สถานที่ศึกษา.....	30
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การสร้างที่น่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	38
การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย.....	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	43
ผลการวิจัย.....	43
การอภิปรายผล.....	80
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	100
บรรณานุกรม.....	102
ภาคผนวก.....	114
ก. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	115
ข. แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก.....	116
ค. ตัวอย่างการจัดการข้อมูล: บทสัมภาษณ์.....	118
ง. ตัวอย่างการเขียนบันทึกส่วนตัว.....	119
จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์.....	120
ประวัติผู้เขียน.....	121

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามลักษณะทั่วไป.....	44

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	แสดงสรุปประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย.....	96

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

หออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือไอซียู (Intensive Care Unit-ICU) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งมีปัญหาของระบบต่างๆ ในร่างกายหลายระบบร่วมกัน (พรทิพย์, 2541) การดูแลผู้ป่วยในไอซียูมีเป้าหมายคือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หายจากโรค และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา, 2541; Troug, Cist, Brackett, Burns, Curley, Danis et al., 2001) โดยใช้เทคโนโลยีด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีการทำหัตถการและการตรวจพิเศษ การเฝ้าติดตามและประเมินการทำงานที่ของระบบการทำงานต่างๆ อย่างใกล้ชิด (คุสิต, 2548; ยวดี, 2543) หัวใจหลักของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอยู่ที่การประเมินปัญหา การตัดสินใจ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที (อุไร, ทิพมาศ, และ เพลินพิศ, 2544)

โดยทั่วไปหลักเกณฑ์ในการพิจารณารับผู้ป่วยไว้ในไอซียู มักพิจารณารับเฉพาะผู้ป่วยหนักที่มีโอกาสหายสูงเท่านั้น ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมักไม่รับไว้ในหน่วยนี้ (พรทิพย์, 2541) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการตายของผู้ป่วยเกิดขึ้นบ่อยๆ ในไอซียู ในสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรร้อยละ 22.4 ตายในไอซียู (Angus, Barnato, Linde-Zwirble, Weissfeld, Watson, Rickert et al., 2004) ประเทศแคนาดามีอัตราการตายของผู้ป่วยในไอซียู เท่ากับร้อยละ 10-20 (Cook, Rucker, & Heyland, 2004) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาในไอซียูศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าอัตราการตายเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 8.1 (ปิ่น และ คณะ, 2545) ดังนั้นพยาบาลไอซียูนอกจากจะมีบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ และการเป็นผู้สอนหรือให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยแล้ว (พรทิพย์, 2541) ยังต้องมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีกระบวนการตายที่ดี (เต็มศักดิ์, 2548) ซึ่งการตายที่ดีเป็นกระบวนการตายที่ผู้ใกล้ตายปราศจากความทุกข์ทรมาน ได้ทำตามความต้องการของตนเอง ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการประคับประคองทางจิตวิญญาณ ได้เสียชีวิตท่ามกลางญาติมิตร และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตายทั้งหมดยอมรับความตายที่กำลังเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายผู้ให้การดูแลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความ

ต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านการ จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งควรให้การดูแลแก่ญาติของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย และสามารถผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกไปได้ตามปกติ (นิตยา, 2542) ในการดูแลผู้ป่วยและญาตินี้ พยาบาลต้องทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (กานดาวศรี, 2546; เกสร, 2534; Chapple, 1999)

อย่างไรก็ตาม เป็นการยากในการระบุว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย และเมื่อใดควรเริ่มเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย (Nelson & Danis, 2001) โดยทั่วไปการตัดสินใจเปลี่ยนเป้าหมายของการรักษาจากมุ่งให้ผู้ป่วยรอดชีวิตไปเป็นการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยสุขสบาย มักเกิดขึ้นภายหลังจากเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายหลังให้การรักษาอย่างเต็มที่แล้ว และมีข้อมูลชัดเจนว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง (คูสิต, 2548) การตายของผู้ป่วยในไอซียูจึงมักเกิดขึ้นภายหลังการยุติหรือไม่ให้การรักษาเพิ่ม เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วย (Curtis, 2548) ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การตายในไอซียูร้อยละ 36 เกิดขึ้นภายหลังการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต และร้อยละ 26 เกิดขึ้นภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเต็มรูปแบบ (Prendergast, Classens, & Luce, 1998) ดังนั้นการตายในไอซียูเกือบทั้งหมดจึงเป็นการตายที่ผิดธรรมชาติ เพราะเป็นการตายที่ต้องผ่านกระบวนการต่างๆ โดยนำมือของผู้อื่นก่อนที่แพทย์จะยอมลงความเห็นว่าคุณป่วย “ตาย” ผู้ป่วยจะต้องได้รับการปั๊มหัวใจ ใช้เครื่องช็อกหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อหรือสายยางต่างๆ รวมทั้งเจาะเลือด ฉีดยา และอื่นๆ จนเห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นหายได้แล้ว จึงยุติการรักษาทั้งหมดและลงความเห็นว่าคุณ “ตาย” ซึ่งสายเกินกว่าญาติจะได้ “เห็นใจ” ในนาทีสุดท้าย ไม่มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกล่าวคำอำลาหรือสั่งเสีย และตายอย่างสงบได้ (สันต์, 2546) นอกจากนั้นบางครั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในไอซียูผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะลดลงหรือมีนงงจากการได้รับยา ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองหรือบอกความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้ (พวงเพ็ญ, 2549)

จากสถานการณ์การตายในไอซียูที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความท้าทายของพยาบาลไอซียูในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งมีความยุ่งยากและแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยทั่วไป การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูยังคงได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการไม่ดีพอ (Punttillo et al., 2001) การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในไอซียูกับผู้ป่วยใกล้ตายและสมาชิกในครอบครัวยังไม่ดีพอ (Ward, Levy, & Teno, 2004 as cited in Levy & McBride, 2006) ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู พบว่าพยาบาลไอซียูรับรู้ว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูมีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ให้การดูแลซึ่งหมายถึงแพทย์และพยาบาล ระบบ

การทำงาน สิ่งแวดล้อมในไอซียู และญาติของผู้ป่วย ดังการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลระยะสุดท้าย (Kirchhoff, Spuhler, Walker, Hutton, Cole, & Clemmer, 2000) พบว่า พยาบาลรู้สึกลำบากใจในการเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลจากการรักษาโรคเป็นการดูแลเพื่อความ สุขสบาย และในปีเดียวกันการสำรวจความเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) พบว่าอุปสรรค 6 ใน 10 อันดับ แรกเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับญาติของผู้ป่วย ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายของการ ประคับประคองชีวิต ไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ต้องการการรักษาที่ใช้เทคโนโลยี มากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ และญาติที่อยู่ในภาวะโกรธ ส่วนอุปสรรคอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่ เกี่ยวกับพฤติกรรมของแพทย์ ได้แก่ แพทย์ไม่ทำตามความต้องการของผู้ป่วย การให้ความหวังที่ไม่ ถูกต้อง และแพทย์ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยตาย เป็นต้น ในปีค.ศ. 2005 มีการสำรวจการรับรู้ความ รุนแรงและความถี่ของการเกิดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู (Beckstrand & Kirchhoff, 2005) พบว่าอุปสรรคที่เกิดบ่อยที่สุดคือ การโทรศัพท์จากญาติของผู้ป่วยเพื่อถามข้อมูล ญาติไม่เข้าใจคำว่า "รักษาชีวิต" ดีพอ และความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแพทย์แต่ละ คนแตกต่างกัน ในปีถัดมามีการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลไอซียูเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ ตาย (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) พบว่าอุปสรรคในการให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย ไอซียูมีการตายดี ได้แก่ พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอ รูปแบบการทำงานของทีมสุขภาพ การสื่อสาร และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยยึดความต้องการของแพทย์มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไม่มากนัก การศึกษาที่ พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วันทิวา (2540) ศึกษาเรื่องการบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการ รับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลมีการรับรู้เรื่องการบอก ความจริงเกี่ยวกับความตายในระดับมาก และพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานเรื่องการบอกความ จริงในระดับปานกลางถึงมาก ต่อมาจุนทรินทร์ (2543) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าพยาบาลให้ความหมายผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะคือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย ผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตาย และผู้ป่วยที่หมดหวังในการ รักษาให้หาย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลประกอบด้วย การเฝ้าระวัง การดูแลให้ ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งบริบทของการศึกษานี้เป็นหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีการดูแลและ ความซับซ้อนของการรักษาที่แตกต่างจากไอซียู ดังที่อรรถยา (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน พบว่า

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแตกต่างกันเล็กน้อย โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีพฤติกรรมการดูแลบางด้านที่น้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ การให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆ การพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา การรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย การให้โอกาสผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา การแนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จักก่อนให้การดูแล การพูดคุยซักถามและฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และการช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูจึงอาจแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป แต่การศึกษานี้ไม่ได้ให้รายละเอียดของการปฏิบัติและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ในปีเดียวกันพัชร (2547) ได้ศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤติ ทำให้มีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติและอุปสรรคในการให้/ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤติแล้ว แต่การยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน ไอซียูเท่านั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่าท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมากเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น พยาบาลไอซียูให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างไร ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างไร และอะไรเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้/การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลในบริบทไอซียูในประเทศไทย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาว่าด้วยการตีความแปลความ หรือให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา ทำให้เกิดความเข้าใจในการให้ความหมายของคนต่อประสบการณ์นั้นๆ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ได้ดีที่สุดคือผู้ที่ประสบในสังคมนั้น (วีณา, 2547ก) เป็นการศึกษาที่เน้นที่ประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ มุ่งความสนใจไปที่การทำความเข้าใจในการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีประสบการณ์นั้นๆ (วีณา, 2547ข) ช่วยสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง (ประณีต, วิภาวี, และ เพลินพิศ, 2543) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเหมาะสำหรับการทำความเข้าใจปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใกล้ตายตามการรับรู้และการให้ความหมายของพยาบาลไอซียู ผลการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจากการรับรู้ และการให้ความหมายของพยาบาลไอซียู ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยในไอซียูมีการตายที่ดี ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะทุกข์โศกจนเกินไป และบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียูเป็นอย่างไร
2. พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างไร
3. พยาบาลไอซียูมีความรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
4. พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติอย่างไรเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียูมีอะไรบ้าง

แนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจากประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ผู้วิจัยนำปรัชญาและระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่มุ่งให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความจริงตามธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู และผู้วิจัยเชื่อว่าพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นผู้ที่มีความจริงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูที่พยาบาลผู้นั้นประสบมา ซึ่งผู้วิจัยสามารถศึกษาความจริงนั้นได้โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก

ด้วยแนวคำถามที่เกิดจากการทบทวนปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับ ความตายในสังคมและวัฒนธรรมไทย การดูแลผู้ป่วยในไอซียู ความตายและภาวะใกล้ตายในไอซียู การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น

นิยามศัพท์

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่พยาบาลไอซียูประสบหรือได้รับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการให้ความหมายของประสบการณ์การดูแล ความรู้สึกต่อการดูแล พฤติกรรมการดูแล และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) ทำการศึกษาจากพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในไอซียูอย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในชั่วโมงสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างน้อย 3 ราย ในหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู (ผู้ใหญ่) ของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ความสำคัญของการวิจัย

ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับการให้ความหมาย ความรู้สึก วิธีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ซึ่งจะช่วยในการกำหนดแนวทางการจัดรูปแบบการบริการ การบริหาร การจัดการศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายและครอบครัวในไอซียูอย่างองค์รวม และมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล ไอซียู ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์ทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยในไอซียู
2. ความตายและภาวะใกล้ตายใน ไอซียู
3. การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู
5. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

สถานการณ์ทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยในไอซียู

หออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือ ไอซียู เป็นหอผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต (วิจิตรา, 2547) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว (ไชยรัตน์, 2543) โดยส่วนใหญ่มีเป้าหมายของการดูแลเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือรอดชีวิต และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ การรักษาที่ได้รับจึงมักเป็นการรักษาโรค (วิจิตรา, 2544; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Kesecioglu, 2000; Troug et al., 2001) โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักและจำเป็นต้องเข้าไอซียู แพทย์มักจะพยายามให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การทำหัตถการ และการตรวจพิเศษที่จำเป็น มีการเฝ้าติดตามและประเมินการทำงานที่ของระบบการทำงานต่างๆ อย่างใกล้ชิด (คูสิต, 2548) หลักสำคัญในการจัดตั้งไอซียูจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพงแล้ว มีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์เป็นอย่างดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อช่วยให้ผลการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูง (Civetta & Kirton, 1997 อ้างตามวิจิตรา, 2544) ดังนั้น สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู จึงประกอบด้วยอุปกรณ์เครื่องมือจำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีเสียงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ มีแสงสว่างตลอดทั้ง

กลางวันและกลางคืน ผู้ป่วยมักมีที่ระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (วิจิตร, 2544)

การดูแลผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตหรือไอซียู แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีด้านอุปกรณ์ที่ทันสมัย คุณภาพของการบริการมักวัดกันที่ความทันสมัยของอุปกรณ์ที่ใช้ และความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ (ยูวดี, 2543) หัวใจหลักของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อยู่ที่การประเมินปัญหา การตัดสินใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ดังนั้น การปฏิบัติพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยทักษะเฉพาะ และต้องให้การพยาบาลอย่างคล่องแคล่ว ว่องไว มีการตัดสินใจที่ดี (อุไร และคณะ, 2544) ทำให้บุคลากรในไอซียูมีแนวโน้มที่จะมองความตายในทางลบ คือความตายถูกแปลความหมายว่าเป็นการล้มเหลวของการดูแล (Brenner, 2002; Hudak et al., 1998)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าไอซียูจะเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยมุ่งให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเป็นหลัก แต่พบว่ามีผู้ป่วยไม่น้อยที่เสียชีวิตในไอซียูดังในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรร้อยละ 22.4 ตายในไอซียู (Angus et al., 2004) และการศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูเท่ากับร้อยละ 10 – 20 (Cook et al., 2004) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาประเภทของผู้ป่วยในไอซียูศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า อัตราการตายเฉลี่ยของผู้ป่วยในไอซียูเท่ากับร้อยละ 8.1 (ปิ่น และคณะ, 2545)

ความตายและภาวะใกล้ตายใน ไอซียู

ความหมายของความตายในทางวิทยาศาสตร์

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ตาย” ไว้ว่า “ตาย” เป็นคำกริยา หมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพการมีชีวิต ในทางการแพทย์ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์ดอร์แลนด์ (Dorland, 2003) ให้ความหมายของคำว่า “ตาย” ไว้ว่า คือการสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งเป็นการสิ้นสุดอย่างถาวรของการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และกล่าวไว้ในทางกฎหมายและการแพทย์ได้ระบุข้อบ่งชี้ของการตายไว้ว่า เป็นการสิ้นสุดที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้ของการทำงานของสมอง การทำงานโดยอัตโนมัติของระบบหายใจ และการทำงานโดยอัตโนมัติของระบบไหลเวียนโลหิต ดังนั้นความหมายของความตายในทางการแพทย์จึงมุ่งเน้นการสิ้นสุดลงของชีวิตทางกายภาพที่สามารถพิสูจน์ได้จากการตรวจการทำงานของสมอง ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตเท่านั้น

ในอดีตเมื่อพบคนที่ไม่หายใจ หัวใจหยุดเต้น และไม่รู้สีกตัว สามารถตัดสินใจได้แล้วว่าคนๆ นั้นตายแล้ว แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องพยุงชีวิตซึ่งสามารถชะลอกระบวนการตายของอวัยวะต่างๆ ให้แยกออกจากกันได้ เมื่อผู้ป่วยไม่หายใจเองยังไม่ถือว่าเป็นการตายเพราะสามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำงานแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อหัวใจหยุดเต้นสามารถช่วยนวดหัวใจให้มีการไหลเวียนโลหิตอยู่ได้ ดังนั้นจะตัดสินใจว่าผู้ป่วยนั้นตายได้ก็ต่อเมื่อพิสูจน์ได้ว่าสมองตาย หรือเมื่อหยุดการใช้เครื่องพยุงชีวิตแล้วหัวใจไม่กลับมาทำงานอีก (พรเลิศ, 2548) สำหรับการพิจารณาภาวะสมองตายนั้นต้องแยกโรคที่เกิดจากเหตุชั่วคราวที่แก้ไขได้ และต้องมีการตรวจซ้ำใน 6 ชั่วโมงถัดไปโดยแพทย์คนละคนกับที่ตรวจครั้งแรก จึงตัดสินใจเกิดภาวะสมองตาย โดยมีขั้นตอนในการพิจารณาดังนี้ (Henneman & Karras, 2004)

1. ค้นหาสาเหตุของการไม่รู้สีกตัว โดยพิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจทางรังสี
 2. พิจารณาว่าการไม่รู้สีกตัวนั้นไม่สามารถทำให้ฟื้นหายได้ โดยการค้นหาสาเหตุอื่นของการไม่รู้สีกตัว ได้แก่ การได้รับยานอนหลับ ยากดการทำงานของประสาทและกล้ามเนื้อ ภาวะพิษจากยาหรือแอลกอฮอล์ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะความดันโลหิตต่ำ และความผิดปกติอย่างรุนแรงของสมดุลกรด-ด่าง
 3. ทำการทดสอบ ประกอบด้วยการทดสอบการตอบสนอง ปฏิกริยาที่สะท้อนการทำงานของก้านสมอง (brain-stem reflex) และการทดสอบการหยุดหายใจ
 4. แปลผลโดยพิจารณาการตรวจทุกอย่างร่วมกัน
- ในประเทศไทย แพทยสภาได้ระบุข้อบ่งชี้เรื่องสมองตายไว้พอสรุปได้ 3 ด้าน ดังนี้ (พรเลิศ, 2548)
1. ไม่มีการทำงานของสมองส่วนบน โดยผู้ป่วยหมดสติ ไม่มีการเคลื่อนไหวเลยแม้มีการกระตุ้นอย่างรุนแรง
 2. ไม่มีการทำงานของก้านสมอง เช่น ไม่หายใจเอง ไม่ไอ หรือม่านตาไม่หดตัวเมื่อได้รับแสง เป็นต้น
 3. เกิดจากเหตุที่รุนแรงและแก้ไขไม่ได้ เช่น ผลการตรวจโดยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบก้อนเลือดขนาดใหญ่มากกดก้านสมอง เนื้อสมองบาดเจ็บรุนแรง หรือตรวจไม่พบเลือดเข้าไปหล่อเลี้ยงสมอง

ความหมายของความตายในสังคมไทย

นอกจากความหมายของความตายตามนิยามทางการแพทย์แล้ว ความตายตามการรับรู้ของคนทั่วไปมีความหมายมากกว่าการสิ้นสุดของชีวิตทางกายภาพ ทุกศาสนาเชื่อว่าการตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต ดังในพุทธศาสนามีทัศนะว่าความตายเป็นการเคลื่อนของจิตดวงสุดท้ายจากภพนี้แล้วมีการปฏิสนธิจิตมารองรับต่อไป (ว.วชิรเมธี, 2550) ความตายในทางพุทธศาสนาจึงไม่ได้หมายถึงการดับสูญไปหมดสิ้น แต่คนเรายังมีกรรมติดตัว ชีวิตต้องเวียนว่ายตายเกิดอยู่ในสังสารวัฏ ตามหลักกิเลส กรรม วิบาก จนกว่าจะถึงนิพพาน ซึ่งเป็นภาวะดับกิเลสโดยสิ้นเชิง ไม่มีการเกิดและการตายอีก (กอบกุล, 2528) ดังนั้นการตายหรือการสิ้นสุดของชีวิตจึงเป็นช่วงขณะที่สำคัญช่วงหนึ่งของมนุษย์ (พระครรรจิต, 2547) เนื่องจากชีวิตคนมีโอกาที่จะบรรลุธรรมซึ่งเป็นประโยชน์สูงสุดของชีวิตตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย (พระธรรมปิฎก, 2542) โดยพุทธศาสนิกชนมองความตายใน 3 รูปแบบคือ 1) แบบไตรลักษณ์นิยม เชื่อว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของสังขาร 2) แบบกรรมนิยม เชื่อว่าความตายเป็นเรื่องของกรรมเก่า และ 3) แบบมงคลนิยม เชื่อว่าความตายเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้เกี่ยวข้องทั้งหลาย (เมตตานนุโท ภิกขุ, 2548)

สำหรับศาสนาอิสลามเชื่อว่า ความตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงมนุษย์ไปสู่อีกสภาพหนึ่งซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร (กอบกุล, 2528; สิวลี, 2548) กล่าวคือความตายเป็นการจากโลกนี้ไปสู่โลกหลังความตายซึ่งเป็นที่ตอบแทนความดี ความชั่วของมนุษย์ที่เขาประกอบไว้ในโลกนี้ และเมื่อโลกนี้และโลกหลังความตายของมนุษย์ทั้งหมดวสานลง จะเข้าสู่โลกหน้าซึ่งเป็นโลกที่มีอยู่ชั่วนิรันดร (พิเชษฐ, 2548) ขณะที่ศาสนาคริสต์มีทัศนะต่อความตายว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่พระเจ้าทรงสร้าง (สุทธิพรธม, 2548) ซึ่งเป็นผลมาจากบาปกำเนิดของมนุษย์ ความตายจึงเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากผลของบาป ที่ช่วยให้ชีวิตมนุษย์พ้นจากโลกของวัตถุซึ่งมีความเห็นแก่ตัวและความไม่ดิ้งามประการต่างๆ ปะปน และความตายทำให้มนุษย์ได้มีส่วนร่วมในอาณาจักรของพระเจ้า (สิวลี, 2548)

ในสังคมไทยนั้น คนไทยโดยทั่วไปมักมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับความตาย ถือว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของความสูญเสีย พัดพรากและความเศร้าโศก คนไทยจึงหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสิ่งที่ถือว่าเป็นลางนำไปสู่ความตาย และสั่งสอนลูกหลานไม่ให้กล่าวหรือกระทำการใดๆ อันสื่อถึงการชักนำความตายให้เกิดขึ้น (ภัทรพร, 2539) และด้วยความเจริญทางด้านวัตถุและวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ทำให้ความตายถูกลดทอนให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพ เป็นสภาวะที่แยกขาดจากชีวิต เป็นสิ่งที่เลวร้าย น่ากลัว ทุกข์ทรมาน ซึ่งต้องประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุดโดยการควบคุมจัดการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ (พระไพศาล, 2549)

การตายดี

ปัจจุบันในแวดวงของการดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการตายดี หรือการตายอย่างมีความสุข (good death) มากขึ้น ดังมีการนำเอาการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายดีมาเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Beckstrand et al., 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้ความเห็นเกี่ยวกับการตายดีว่าประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 6 อย่าง ดังนี้

1. ผู้ใกล้ตายปราศจากความทุกข์ทรมาน (Low & Payne, 1996; Payne, Langley-Evans, & Hillier, 1996; Smith, 2000; Truog et al., 2001;) ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยใกล้ตายนั้นอาจเกิดจากความปวด และอาการอื่นๆที่ทำให้ไม่สุขสบาย การที่ผู้ป่วยจะตายดีได้จึงต้องได้รับการควบคุมความปวดและอาการต่างๆได้อย่างดี โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในขณะที่ยังคงมีสติสัมปชัญญะดีพอ

2. ผู้ใกล้ตายได้รับการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล (เกสรา, 2537 อ้างตาม นุจรินทร์, 2543; Beckstrand et al., 2006; Smith, 2000; Steinhauser et al., 2000; Truog et al., 2001) โดยผู้ใกล้ตายได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล ให้ความเคารพและดำรงไว้ซึ่งคุณสมบัติความเป็นมนุษย์อย่างครบถ้วน

3. บุคคลที่เกี่ยวข้องในการตายทั้งหมดยอมรับความตายที่เกิดขึ้นได้ (Emanuel & Emanuel, 1998; McNamara, Waddell & Colvin, 1995; Smith, 2000; Wilkes, 1993 as cited in Payne et al., 1996) ทั้งนี้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ใกล้ตาย สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ให้การดูแล มีการรับรู้และตระหนักถึงความตายที่กำลังจะมาถึง รวมทั้งมีความเข้าใจและยอมรับความตาย มีการเตรียมตัวที่จะตาย และปราศจากความทุกข์ทรมานใจ

4. ผู้ใกล้ตายได้ทำตามความต้องการของตนเอง (Smith, 2000; Steinhauser et al., 2000) โดยผู้ใกล้ตายได้ทำตามที่ต้องการ มีการให้ทางเลือกในการตัดสินใจ เช่น สามารถเลือกได้ว่าจะตายที่ไหน สามารถแสดงเจตจำนงล่วงหน้าและความจำนนนั้นได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5. ผู้ใกล้ตายได้เสียชีวิตขณะอยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (Burke, 1997; Steinhauser et al., 2000; Wilkes, 1993 as cited in Payne et al., 1996) โดยผู้ใกล้ตายได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งทำให้ผู้ใกล้ตายได้มีโอกาสทบทวนชีวิต จัดความขัดแย้งในใจ และได้กล่าวคำอำลา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใกล้ตาย

6. ผู้ใกล้ตายได้รับการประคับประคองทางจิตวิญญาณ (Smith, 2000) การตายดีในทางพุทธศาสนา คือ การตายอย่างมีสติ มีจิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน การจะตายดีได้ต้องมีจิตที่ยึดเหนี่ยว เกาะเกี่ยวกับสิ่งที่ดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2542; พระไพศาล, สุลักษณ์, นิธิ, พรทิพย์, และเจิมศักดิ์, 2546)

นอกจากนั้น ในทางพุทธศาสนามีความเชื่อว่าการตายที่ดีที่สุดนั้น เป็นการตายที่ใจมีความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ จิตใจจึงไม่มีความยึดติด เป็นอิสระอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2542)

ผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู

ผู้ป่วยใกล้ตาย หมายถึง ผู้ป่วยหนักที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อาการทรุดลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะสุดท้าย (AGS Ethic Committee, 1995 อ้างตาม วันดี, 2543) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายผู้ป่วยใกล้ตายจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง คิมน้ำน้อยลง รู้สึกง่วงหรือนอนหลับตลอดเวลา ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว หายใจหอบลึกหรือหายใจช้าลง และอาจมีเสมหะมาก อาจมีภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังง่าย เหงื่อออกชุ่ม และ ถ่ายอุจจาระเหลวตลอดเวลา หากมีการติดตามสัญญาณชีพจะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงและยุดิของชีพจรและความดันโลหิต สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้ป่วยใกล้ตายแต่ละคนมีความรู้สึกและความต้องการแตกต่างกันไป อาจเกิดความกลัว ซึ่งสิ่งที่ผู้ใกล้ตายกลัวมากที่สุดคือ การถูกทอดทิ้ง และการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้ป่วยใกล้ตายบางรายเห็นคนที่เสียชีวิตไปแล้ว มารับไปอยู่ด้วย หรือเห็นสิ่งที่ตนเองหวาดกลัว และบางรายมีการมอบหมายหน้าที่ของตนเองให้ผู้อื่นช่วยทำต่อ (นุจรินทร์, 2543; สุมาลี, 2546)

สำหรับในไอซียู ความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียูส่วนใหญ่เป็นภาวะวิกฤต ที่การรักษาในระยะแรกเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต หรือมุ่งรักษาโรคตามที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นการยากที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลจะตัดสินใจว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย และเมื่อไรจึงเริ่มเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจากมุ่งรักษาโรคเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเป็นมุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย (Fabre-Langendoen & Lancken, 2000; Nelson & Danis, 2001) ทั้งนี้ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการพยากรณ์โรคที่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤติรุนแรงรายใดที่จะรอดชีวิต ดังการทดลองใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของการ

เจ็บป่วยเพื่อการพยากรณ์โรคหลายเครื่องมือได้แก่ APACHE II, SAPS II, MPM II, LODS และ SUPPORT พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีผลน้อยมากต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง (Carson & Bach, 2001; The SUPPORT principal investigators, 1995) ประกอบกับผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ตัว (The SUPPORT principal investigators, 1995) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ หน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจึงตกเป็นของแพทย์และญาติของผู้ป่วย โดยแพทย์มักตัดสินใจว่าผู้ป่วยใกล้ตายเมื่อเห็นว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว และมีข้อมูลที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยเข้าข่ายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง ดังนี้ (ฉันทาย, 2548; คุณิต, 2548)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย โดยได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของแพทย์สภา
2. แพทย์มีความเห็นแล้วว่าจากภาวะเจ็บป่วยในปัจจุบันผู้ป่วยมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับมามีชีวิตที่มีคุณภาพที่พึงประสงค์ได้
3. ผู้ป่วยหรือญาติที่เป็นตัวแทนมีความต้องการที่จะหยุดการรักษาที่ได้รับอยู่ ภายหลังจากได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผลหลายหลายในการปฏิบัติเกี่ยวกับการไม่เพิ่มหรือยุติการรักษาเพื่อช่วยชีวิตแก่ผู้ป่วย โดยผลการสำรวจการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สัดส่วนของการเสียชีวิตภายหลังยุติการรักษาเพื่อช่วยชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 79 และสัดส่วนของการเสียชีวิตภายหลังมีคำสั่งการรักษาไม่ช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ระหว่างร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 83 (Prendergast, Classens, & Luce, 1998)

การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู

เนื่องจากปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยในไอซียูมีเทคโนโลยีมากมายที่สามารถยืดการตายออกไป ดังนั้นการตายในไอซียูจึงเป็นการตายอย่างสงบหรือตายดีได้ยาก (โซเกียล, 2544; สันต์, 2546) อย่างไรก็ตามเมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยใกล้ตายแล้วจึงมีการเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลเป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทรมาน และเสียชีวิตอย่างสงบมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยาบาลมีหน้าที่โดยตรงที่จะให้การดูแลบุคคลให้ไปสู่การตายอย่างสงบ (ฟาริดา, 2543) จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับผู้อื่น เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานทางคลินิก วัฒนธรรม และจริยธรรม (กานดาวศรี, 2546; เกสร, 2534; Chapple,

1999; Emanuel & Emanuel, 1998) การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในต่างประเทศพบว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประกอบด้วย การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ มีความสุขสบาย และยังคงมีศักดิ์ศรี รวมทั้งมีการให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Kirchhoff et al., 2000) โดยมีการดูแลรักษาหลักๆ ดังนี้

1. การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
2. การยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต (withdrawal or withholding life-sustaining treatment)
3. การสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
4. การตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ
5. การดูแลสมาชิกในครอบครัว

การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายในไอซียูส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล และเหนื่อยหอบ ซึ่งผู้ป่วยมักได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการไม่ดีขึ้น ดังมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยวิกฤตรายงานว่ามีความปวดในระดับปานกลางหรือรุนแรงมากอย่างน้อยครั้งหนึ่งของระยะเวลาที่ได้รับการดูแลรักษา (The SUPPORT principal investigators, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยในไอซียูพบว่า ผู้ป่วยในไอซียูส่วนใหญ่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Puntillo, 1990) และการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายร้อยละ 40 มีความปวดรุนแรงเกือบตลอดเวลาของการดูแลรักษา และมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งปอด มีอาการเหนื่อยหอบในระดับรุนแรงในช่วง 3 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต (Lynn et al., 1997 as cited in White & Luce, 2004) นอกจากนี้การศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาตัวในไอซียู ซึ่งเป็นการรายงานความรุนแรงของอาการต่างๆ โดยผู้ป่วยเอง พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการปวดในระดับปานกลางหรือรุนแรง ร้อยละ 63 รายงานว่ามีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรง และพบว่ามีอาการอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ได้แก่ นอนไม่หลับ หิวหรือกระหายน้ำ และหายใจ

ลำบาก โดยความปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการทำหัตถการซึ่งพบได้ทั่วไปในไอซียู (Nelson et al., 2001)

การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการอย่างเพียงพอ (Low & Payne, 1996; Payne et al., 1996; McNamara, Waddell, & Colvin, 1994) โดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะเดียวกันควรระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น ซึ่งสังเกตได้จากผู้ป่วยมีความสุขสบาย และพึงพอใจกับการจัดการความปวดที่ได้รับ ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงรู้ตัวและมีสติ พยาบาลจึงควรมีการตรวจสอบให้แน่ใจอยู่เสมอว่ามีการจัดการความปวดและอาการในระดับที่ผู้ป่วยพึงพอใจ (Thobaben, 2000) อย่างไรก็ตามผลการสำรวจความรู้และความเชื่อของพยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยใกล้ตาย แต่บ่อยครั้งที่พยาบาลไอซียูพบว่าผู้ป่วยใกล้ตายได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ และกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลไอซียูให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ได้แก่ การจัดทำนอน การประเมินความสุขสบาย (ได้แก่ ความอบอุ่น และอาการกระหายน้ำ) การเช็ดตัว การจำกัดเสียงรบกวน การอยู่เป็นเพื่อน และอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กับผู้ป่วย (Puntillo et al., 2001)

การยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต

การยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต (withdrawal or withholding life-sustaining treatment) เป็นหยุดให้หรือการคงการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ รวมทั้งไม่เพิ่มการรักษาอื่นที่เป็นที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยใกล้ตาย และทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น (สันต์, 2546; Emanuel & Emanuel, 1998) สำหรับการยุติการรักษานั้นการศึกษานี้ของแอส เฟเบอร์-แลงเกนดวน เชีย และคริสตาคีส (Asch, Faber-Langendoen, Shea, & Christakis, 1999) พบว่า แพทย์มักเริ่มจากหยุดการให้เลือด การล้างไต การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำใหญ่ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้น้ำเกลือ และการใส่สายให้อาหาร ตามลำดับ ส่วนการไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต ได้แก่ การงดการช่วยฟื้นคืนชีพ การไม่เริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลองหรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น การไม่ให้เลือด การไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ และการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (คุลิต, 2548)

ก่อนจะมีการยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต แพทย์จะให้ข้อมูลและมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว ดังผลการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย จากนั้นแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว แล้วจึงตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยยึดการตัดสินใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก ในขณะที่พยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแพทย์ และบางครั้งพยาบาลจะประสานงานให้มีการพูดคุยกันระหว่างแพทย์กับญาติ (พัชรี, 2547) นอกจากนี้ในการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิตของพยาบาลไอซียูในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลไอซียูมุ่งให้ความสนใจกับความผาสุกทางกายของผู้ป่วย โดยจะดูแลให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการบรรเทาความปวดได้มากที่สุด (Halcomb, Daly, Jackson, & Davidson, 2004)

การสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายและสมาชิกในครอบครัว

การสื่อสารกับผู้ป่วยใกล้ตายและสมาชิกในครอบครัวเป็นการให้ข้อมูลและคำปรึกษา ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป้าหมายของการดูแลรักษา การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการดูแลรักษา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เนื่องจากมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวกับการตายและการสูญเสียได้ดีขึ้น ช่วยให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ดีขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น รวมทั้งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ การพูดคุยระหว่างทีมผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (คูสิต, 2548)

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายที่แพทย์และพยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบนั้น จัดเป็นข่าวร้ายสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายและสมาชิกในครอบครัว (คูสิต, 2548) การรับทราบข้อมูลดังกล่าวมักมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในแง่ของความหมายของชีวิต นำไปสู่ความทุกข์และการปรับตัวที่รุนแรง (อานนท์ และ จารุรินทร์, 2548) การแจ้งข่าวร้ายจึงต้องกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การแจ้งข่าวร้ายควรมีการปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน พอสรุปได้ดังนี้ (คูสิต, 2548; สันต์, 2544; Buckman, 1992 อ้างตาม คูสิต, 2548; Curtis, 2004)

1. ขั้นเตรียมความพร้อม

ก่อนที่จะแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยใกล้ตายหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ทำหน้าที่แจ้งข่าวควรมีข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วน ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการรักษา เพื่อให้ผู้แจ้งข่าวมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการตอบคำถามหรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ผู้แจ้งข่าวควรมีการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมา การปรับตัว และปฏิกิริยาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสม จากนั้นจึงทำการเลือกสถานที่ซึ่งควรมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวน ควรนัดหมายผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวล่วงหน้าเพื่อให้เลือกผู้ที่จะร่วมรับทราบข้อมูล ซึ่งควรประกอบด้วยบุคคลที่มีความสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป และเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำเพื่อช่วยอธิบายเพิ่มเติมให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้ในภายหลัง

2. ขั้นการให้ข้อมูล

ควรเริ่มด้วยการแนะนำสมาชิกในทีมสุขภาพที่ร่วมให้ข้อมูล เกริ่นนำเกี่ยวกับที่มาของการประชุม แล้วจึงสอบถามความเข้าใจของผู้รับข่าวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากนั้นจึงเริ่มให้ข้อมูลโดยควรหลีกเลี่ยงการทำลายความหวังของสมาชิกในครอบครัว ไม่ให้ข้อมูลมากเกินไปจนทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการงดการรักษาเพื่อยืดชีวิตว่าไม่ใช่การหยุดทำการรักษาหรือทอดทิ้งผู้ป่วย ควรเลือกใช้คำพูดที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจได้ง่าย ควรให้ข้อมูลซึ่งเป็นข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างตรงไปตรงมาด้วยท่าทางและน้ำเสียงที่แสดงออกถึงความเข้าใจ เอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้รับข่าว ระหว่างการให้ข้อมูลควรประเมินความเข้าใจของผู้ฟังและมีการสรุปเป็นระยะๆ

เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับทราบข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายอาจมีปฏิกิริยาต่อข่าวร้ายนั้นแตกต่างกันไป ผู้แจ้งข่าวจึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้สามารถประคับประคองอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ โดยผู้แจ้งข่าวควรตั้งใจฟังและสังเกตสิ่งที่ผู้รับข่าวแสดงออก แสดงความเข้าใจเมื่อผู้รับข่าวนิ่งเงียบ ไม่ควรแสดงท่าทีรีบเร่ง ควรเปิดโอกาสให้ผู้รับข่าวได้ระบายความรู้สึก ให้ความเวลาในการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกตามสมควร นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ (สันต์, 2544) ได้ให้คำแนะนำในการดูแลประคับประคองผู้รับข่าวตามปฏิกิริยาต่อข่าวร้ายไว้ดังนี้

2.1 ระวังตกใจ หากผู้รับข่าวตกใจจนเป็นลมควรให้การปฐมพยาบาล และแสดงความเห็นอกเห็นใจ

2.2 ระบุประเภทหรือโรค ผู้แจ้งข่าวควรวางตัวเป็นกลาง ไม่โกรธตอบ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามต้องการ ใช้คำถามให้สะท้อนความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

2.3 ระบุต่อรอง ควรสนองตอบในสิ่งที่ผู้รับข่าวร้องขอถ้าสิ่งนั้นไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และควรเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

2.4 ระบุเศร้า ควรเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ไม่ทอดทิ้ง หาสิ่งที่ดีขึ้นทำให้เพลิดเพลิน คลายเศร้า หาสิ่งที่ศรัทธา และให้ยาหากมีความจำเป็น

2.5 ระบุยอมรับ ควรให้ความช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องการ ไม่สร้างความหวังที่ไม่เป็นจริง สอบถามวิธีคิดรวมถึงสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทำใจได้ดีและแสดงความชื่นชมในวิธีการดังกล่าว

3. ขั้นสรุปและกำหนดแผนการดำเนินการต่อไปร่วมกัน

เป็นการสรุปเนื้อหาที่ได้พูดคุยกันทั้งหมด เน้นเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษา เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ซักถาม และแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์และพยาบาลได้เสมอ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในไอซียูกับผู้ป่วยใกล้ตายและสมาชิกในครอบครัวยังไม่ดีพอ โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในไอซียูระบุว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารมากกว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในไอซียู (Ward, Levy, & Teno, 2004 as cited in Levy & McBride, 2006) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับการตายในระดับมากถึงปานกลาง (วันทิวา, 2540) อย่างไรก็ตามการแจ้งข่าวร้ายมักเป็นหน้าที่ของแพทย์ ดังการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ในขั้นตอนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการตัดสินใจให้หรือยุติการรักษาเพื่อช่วยชีวิตนั้น แพทย์จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค การรักษา เป้าหมายของการรักษาและผลของการรักษา พยาบาลจะให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกับแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการร่วมตัดสินใจ (พัชรี, 2547)

การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

พยาบาลควรให้การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีความสุขและพึงพอใจแม้ต้องทุกข์ทรมานทางกาย มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่ง

ความเป็นตัวของตัวเอง และรู้สึกปลอดภัย (นิตยา, 2542) โดย

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการให้การดูแลด้วยความมั่นใจ ให้ความเอื้ออาทร พุดคุยให้เกิดความหวังที่เหมาะสม
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และความตายเป็นสังขารมของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยง (นิตยา, 2542)
3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เข้าใจในภูมิหลังและบริบทของชีวิต คุณค่า และความชอบของผู้ป่วย (ฟาริดา, 2543) เป็นผู้ฟังที่ดี และกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วยได้ยกย่องคุณงามความดีของผู้ป่วย และสิ่งดีๆ ที่พวกเขาได้รับจากผู้ป่วย (Thobaben, 2000) ให้เวลากับผู้ป่วย ค่อยๆ ปรับใจตนเอง เพื่อยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับความตายได้ในที่สุด (นิตยา, 2542)
4. ให้โอกาสผู้ป่วยได้ทำตามความต้องการของตนเอง โดยผู้ดูแลควรค้นหาคุณค่าหรือค่านิยมของผู้ป่วยใกล้ตาย (Emanuel & Emanuel, 1998) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตาย พร้อมทั้งทางเลือกในการดูแลรักษา และให้ผู้ใกล้ตายตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ต้องการด้วยตนเอง (Chapple, 1999; Thobaben, 2000)
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำหรือสะสางสิ่งที่ยังไม่ได้ทำและมีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ และความเจ็บปวดที่ตนรู้สึกได้อย่างอิสระ พร้อมทั้งจะรับฟังตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดคุย (นิตยา, 2542) และช่วยให้ผู้ป่วยได้คิด พิจารณา และแสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการจะทำให้เกิดขึ้นก่อนที่จะตาย (Thobaben, 2000)
6. แสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยการสัมผัส การรับฟังอย่างจริงจัง และชี้แนะให้ผู้ป่วยมองปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (นิตยา, 2542)
7. ส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้ป่วยขณะอยู่ในกระบวนการตาย (Halcomb et al., 2004) โดยเคารพในชีวิตของผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับการตายว่าผู้ป่วยจะตายได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น (Chapple, 1999) การตระหนักถึงความสำคัญนี้จะช่วยคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
8. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูง โดยยืดหยุ่นเวลาให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ได้อยู่ร่วมกันเพียงลำพัง (นิตยา, 2542) เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสกล่าวคำอำลาครั้งสุดท้าย และผู้ป่วยได้ตายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย (โซเกียล, 2544)

นอกจากนั้น การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีความสำคัญที่สุดในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (โซเกียล, 2544; วันดี, 2543) พยาบาลจึงควรประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับ

การตอบสนองทางจิตวิญญาณมากที่สุด (Fabre-Langendoen & Lanken, 2000) โดยค้นหาบุคคลที่เหมาะสมที่ช่วยตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย และกระตุ้นครอบครัวของผู้ป่วยให้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ใกล้ตายยังต้องการได้ช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ดูแลจึงควรทำตัวเป็นผู้ฟังที่ดีและกระตุ้นให้ครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วยได้แสดงความขอบคุณผู้ป่วยในความช่วยเหลือ สนับสนุน ของผู้ป่วย (Thobaben, 2000) และควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อเท่าที่ศักยภาพของเขาจะทำได้ในขณะนั้น เช่น การสวดมนต์ การทำละหมาด เป็นต้น (นิตยา, 2542) การศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในไอซียู (Clark & Heidenreich, 1995) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากไอซียูภายใน 1-2 วัน พบว่า พยาบาลให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ ประเมินภาวะจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง แสดงให้เห็นความสามารถทางเทคนิคของตน และอำนวยความสะดวกให้กับครอบครัว พระ และผู้ให้การดูแลอื่นๆ

การดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

การคำนึงถึงและการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม (Hudak et al., 1998) เนื่องจากเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตด้วยกัน โดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายนั้นมีความต้องการการดูแลทั้งด้านกายและจิตใจ ดังผลการศึกษาความต้องการการดูแลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตายในประเทศไทยพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายมีความต้องการการดูแล (ยุวนิดา, 2550; สมาพร และ วณิชชา, 2547; สหัชยา, 2547; Truog, Cist, Brackett, et al., 2001) ดังนี้

1. ต้องการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของโรค การตายของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น และอาการที่เปลี่ยนแปลงหรือทรุดหนักลงจนอาจถึงแก่กรรมของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

2. ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล
3. ต้องการอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนถึงวินาทีสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต
4. ต้องการค้นพบความหมายของการตายของผู้ป่วย
5. ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย
6. ต้องการพาไปเสียชีวิตที่บ้าน
7. ต้องการมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน

8. ต้องการการปลอบโยน และมีความสบายใจ
9. ต้องการการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ทำไปแล้วเป็นสิ่งที่ถูกต้อง
10. ต้องการได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึก
11. ต้องการอาหารและพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งที่พักสำหรับญาติ

ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การดูแลแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับการตายของผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไป และผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกไปได้ตามปกติ (นิตยา, 2542) โดยให้ความเป็นกันเอง ให้ความเวลาเพื่อการฟังความรู้สึกในใจ ให้คำปรึกษาตามที่ต้องการ (ฟาริดา, 2543) นอกจากนี้การสอนให้สมาชิกในครอบครัวได้สังเกตอาการของการใกล้ตาย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งตระหนักว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และการตายของผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเกินไป ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เตรียมตัวสำหรับการอยู่โดยที่ไม่มีผู้ป่วย (Chapple, 1999)

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า พยาบาลไอซียูให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย ดังการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูในต่างประเทศ (Kirchhoff et al., 2000) พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ความและสถานที่แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และกล่าวลาผู้ป่วย ยอมรับในความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนในกรณีที่มีการรักษาแบบยุดิหรือละเว้นการรักษาเพื่อยืดชีวิต พยาบาลไอซียูต้องการให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมีความสุขสบายทั้งกายและใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่มีไมตรี ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และลดการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่ไม่จำเป็น ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกที่ดีต่อการตายของผู้ป่วยมากขึ้น (Halcomb et al., 2004)

นอกจากนี้ การช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูมีประสบการณ์หรือความทรงจำเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เป็นอีกเป้าหมายหนึ่งของการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู ซึ่งพยาบาลสามารถให้การดูแลโดยการอยู่เป็นเพื่อนและพร้อมที่จะรับฟังอยู่เสมอ การใช้เวลาอยู่กับครอบครัวของผู้ป่วยจนเป็นกิจวัตร การช่วยเหลือประคับประคองให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตผ่านช่วงนี้ไปได้ด้วยดี การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการพิทักษ์สิทธิของครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย วิธีการเหล่านี้ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณมีพลังอำนาจ และยอมรับการตายของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Andrew, 1998)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูต้องการการพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือไอซียูสามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้านดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแล

1. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอซียูไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและไม่มีความรู้ว่าจะจัดการกับภาวะใกล้ตายอย่างไร (Chapple, 1999) ดังการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูในต่างประเทศที่พบว่า พยาบาลไอซียูรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากพยาบาลมักไม่ทราบวิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายเช่นนี้ (Kirchhoff et al., 2000) และการศึกษาความจำเป็นต้องการการพัฒนาวิชาการสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ของยุจินต์ (2537) ที่พบว่าคะแนนความรู้ในเรื่องความเข้าใจในความต้องการของญาติในสภาวะการสูญเสียอยู่ในระดับน้อยและการศึกษาวิธีปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในไอซียู (พัชร, 2547) พบว่าทีมสุขภาพของโรงพยาบาลหนึ่งกล่าวว่า ทีมสุขภาพยังไม่มีทักษะในการดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการ

มีการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีทักษะการสื่อสารที่ดี โดยเคอร์ซอฟและคณะ (Kirchhoff et al., 2000) พบว่าพยาบาลไอซียูประสบกับความยากลำบากในการสื่อสารเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และคิดว่าหน้าที่ในการแจ้งการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่พบว่าบ่อยครั้งที่แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูลเหล่านี้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย หรือให้ข้อมูลขัดแย้งกัน หรือใช้ศัพท์ทางเทคนิคที่สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจ หรือหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลเรื่องนี้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย ทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในฐานะผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เอง ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร

เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่มีความรุนแรงสูงเป็นอันดับแรกๆ (Beckstrand & Kirchhoff, 2005)

2. ทักษะของแพทย์และพยาบาล

ทัศนคติต่อความตายมีผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าทัศนคติต่อความตายของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นั่นคือหากว่าพยาบาลมีทัศนคติต่อความตายในทางที่ดีก็จะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วย (Rooda, Clements, & Jordan, 1999) การศึกษาของเคอร์ซอฟและคณะ (Kirchhoff et al., 2000) พบว่าพยาบาลมีความรู้สึกกระอักกระอ่วนใจในการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาล สมาชิกในครอบครัว และแพทย์แต่ละคน ให้ความสำคัญกับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยบางครั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย แพทย์ยังคงให้ข้อมูลถึงโอกาสที่จะรอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความหวังที่เกินจริงและรู้สึกผิดในการตัดสินใจยุติการรักษา รวมทั้งไม่ยอมให้ผู้ป่วยตาย และบางครั้งพยาบาลรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องเตรียมสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยให้ยอมรับการตายที่จะเกิดขึ้น นอกจากนั้นการที่แพทย์เห็นว่าการตายเป็นความล้มเหลวของตนในการรักษาผู้ป่วย ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของแพทย์มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย (Beckstrand et al., 2006)

3. การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล

มีการศึกษาพบว่าพยาบาลมักไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อแพทย์และสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตแล้ว พยาบาลกลับต้องกลายเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย ในภาวะดังกล่าวพยาบาลต้องเผชิญกับทั้งความต้องการทางจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัวและประเด็นทางเทคนิคของการรักษาแบบนี้ ทำให้พยาบาลรู้สึกกดดันและขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Halcomb et al., 2004)

ปัจจัยด้านระบบการทำงาน

1. รูปแบบการทำงานของทีมสุขภาพและการขาดแคลนพยาบาล

การศึกษาของเบกสเตรนและคณะ (Beckstrand et al., 2006) พบว่าการที่พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู เนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การขาดแคลนพยาบาลทำให้ไม่สามารถมอบหมายงานให้สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:1 และการมอบหมายงานที่ไม่เอื้อให้พยาบาลมีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

2. กฎระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยของไอซียู

การศึกษาของสมาพร และ วณิชชา (2547) พบว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ตายในไอซียูมีความต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้ายก่อนตายมากที่สุด แต่ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยในไอซียูที่มีการจำกัดเวลาและจำนวนของญาติที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ทำให้ความต้องการของญาติไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร การศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมในไอซียู เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสิ้นหวังในไอซียู (Simpson, 1997) พบว่า สิ่งแวดล้อมในไอซียูมีส่วนทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยถูกแยกออกจากผู้ป่วย โดยเครื่องมือ ท่อและสายต่างๆ รวมทั้งเสียงของเครื่องมือที่ตั้งอยู่ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจในการอยู่ใกล้ผู้ป่วย หรืออาจทำให้พวกเขาไม่เต็มใจหรือรู้สึกอึดอัดที่จะอยู่ใกล้ผู้ป่วยที่มีเครื่องมือต่างๆ มากมาย

นอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสถานที่เพียงพอ ความลำบากในการจัดหาอาหาร ที่พักและสถานที่สำหรับการประชุมปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และการขาดบริการสนับสนุนในช่วงเวลาดกลางคืน เป็นอีกส่วนหนึ่งของปัจจัยที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Kirchhoff et al., 2000) เนื่องจากทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้เต็มที่

ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

พยาบาลไอซียูมักให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้ตาย (Halcomb et al., 2004; Kirchoff et al., 2000) แต่พบว่าอุปสรรคขัดขวางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่พบบ่อยที่สุดคือพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกในครอบครัว ดังการศึกษาความเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ในสหรัฐอเมริกา (Kirchoff & Beckstrand, 2000) พบว่าสาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูมีความยุ่งยากมากขึ้นส่วนใหญ่ (6 ใน 10 อันดับแรกที่เกิดบ่อยที่สุด) เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความหมายของการประคับประคองชีวิต ไม่ยอมรับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของผู้ป่วย ต้องการการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีมากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการ และอยู่ในอารมณ์โกรธ และการสำรวจการรับรู้ความรุนแรง และความถี่ของการเกิดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู (Beckstrand & Kirchoff, 2005) พบว่า อุปสรรคที่เกิดบ่อยที่สุดคือ การที่สมาชิกในครอบครัวโทรศัพท์มาถามพยาบาลเกี่ยวกับอาการในปัจจุบันของผู้ป่วยบ่อยๆ การที่สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความหมายของการรักษาชีวิต และความไม่เห็นพ้องกันของแพทย์เกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลต้องหยุดการให้การดูแลผู้ป่วย และเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาลจนเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวยื่นกรานที่จะให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตต่อไปทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมาน และยังทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับสมาชิกในครอบครัวไม่ดีซึ่งทำให้แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลรู้สึกเครียดอย่างมาก (Workman, McKeever, Harvey, & Singer, 2003)

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความเชื่อพื้นฐานตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology, interpretivism, naturalism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่เชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (อาภรณ์, 2536) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาหมายถึงการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น (จอณพะจง, 2546) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาหาความหมายของปรากฏการณ์ใด

ปรากฏการณ์หนึ่ง ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง (ดาร์ณี, 2545) เป็นการอธิบายให้เห็นภาพของประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น และครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ โดยปราศจากการจัดกลุ่มหรือการสรุปย่อ จนสามารถอธิบายโครงสร้างการให้ความหมายภายในของประสบการณ์นั้นๆ ได้ (Van Manen, 1990) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับธรรมชาติของปรากฏการณ์และธรรมชาติของมนุษย์ในการแสดงออกทางพฤติกรรม (ดาร์ณี, 2545; ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543; อารณ, 2536) ประกอบกับการเชื่อมโยงระหว่างความจริงกับการรับรู้ ทฤษฎีกับการปฏิบัติ (ประณีต และคณะ, 2543) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (Plager, 1994)

1. ความเป็นอยู่ของมนุษย์มีลักษณะเป็นสังคมที่มีการสนทนาเป็นพื้นฐาน
2. คนเรามีความเข้าใจอยู่ก่อนแล้วจากการปฏิบัติในอดีต สังคมและวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ การนึกคิด และการให้ความหมายตามปกติ
3. คนเราอยู่ในวงจรของการทำความเข้าใจ
4. การแปลความแสดงให้เห็นการทำความเข้าใจร่วมกัน ที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจที่มีอยู่ก่อนแล้ว
5. การแปลความครอบคลุมถึง การแปลความในตัวผู้แปลความและการแปลความบทสนทนา

ฮัสเซิล (Husserl) ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (จอณพะจง, 2546; นิสา, 2548; ประณีต และคณะ, 2543; วิณา, 2547ก) ให้แนวคิดของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาโดยให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก โดยไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การพัฒนาความรู้เน้นการค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยนักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างปราศจากอคติ โดยใช้กระบวนการจัดกรอบความคิดซึ่งหมายถึงการกำจัดการคิดล่วงหน้าหรือเก็บความคิด ความเชื่อ/ความรู้ที่มีอยู่เดิมไว้ เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด ต่อมาไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ซึ่งเห็นว่าคนเราไม่สามารถจัดกรอบความคิดได้อย่างแท้จริง จึงพัฒนาแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (Hermeneutic phenomenology) ขึ้น (Husserl, 1962 อ้างตามจอณพะจง, 2546)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (Hermeneutic phenomenology)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (Player, 1994) แนวคิดหลักของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับบุคคล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการให้ความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนๆ นั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะ และเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้ (วิณา, 2547ก)

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง หมายถึงบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิดไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึงสิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกันมา เป็นบริบททางสังคมของบุคคล และเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมา โดยกำเนิดซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่กำเนิด ดังนั้นในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จะต้องศึกษาให้เข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นจริงๆ

1.2 บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในสิ่งต่างๆ หมายถึงการให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษา ของแต่ละบุคคล

1.3 บุคคลแปลความหมายด้วยตัวเอง หมายถึงบุคคลให้ความหมายของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิด และความรู้สึกของตัวเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี ทั้งนี้เกิดจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรม

1.4 บุคคลเป็นหน่วยรวม คือรวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิดนิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้ โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วยกาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

1.5 บุคคลมีมิติของเวลา ไฮเดจเจอร์ได้ให้ความหมายของเวลาว่า เวลาไม่ถูกแยกออกจากการดำรงอยู่ แต่เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่ ดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบที่ใช้ในการอ้างอิงและเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจ เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ดำรงอยู่มากขึ้น ดังนั้น ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำความเข้าใจบุคคล

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกตามแนวคิดของไฮเดจเจอร์ ให้ความสำคัญกับการแปลความหรือการตีความ ซึ่งทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาจแตกต่างจากมุมมองของผู้อื่น การทำความเข้าใจ (understanding) เป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้และตระหนักในความเป็นไปได้ของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและนำไปสู่การสร้าง ความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น ดังที่ไฮเดจเจอร์สรุปว่าการทำความเข้าใจทำให้มนุษย์มีความตระหนักรู้ ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและการแปลความนำไปสู่ความเข้าใจ (Gelven, 1989 อ้างตามวิณา, 2547ก) การแปลความนั้นมีลักษณะของการเชื่อมโยงประสบการณ์ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่ บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับ ประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีก สิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน การเข้าใจการเชื่อมโยงประสบการณ์ ดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาต้องมีสติรู้คิดตลอดเวลา (van Manen, 1990) และเตือนตัวเองตลอดเวลาว่า “เรากำลังจะมีอคติต่อสิ่งนั้นหรือไม่” เพื่อที่จะได้เข้าใจความหมาย ซึ่งเป็นความคิดรวบยอดต่อ ปรากฏการณ์นั้นตามความเป็นจริงอย่างที่เป็นอยู่ (วิณา, 2547ก)

นอกจากนั้น กาแดมเมอร์ (Gadamer, 1976 อ้างตามวิณา, 2547ก) ได้กล่าวถึงสิ่งที่มีความ เกี่ยวข้องกับการแปลความอีก 2 ประการคือ

1. ภาษา เป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อ ที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะในกลุ่ม หรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องใช้การสนทนา หรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับ คำหรือภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย

2. การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของผู้ศึกษาซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่ง ต่างๆ จากการศึกษา นั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำ

ความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติหรือความคิดที่ เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือการคิดที่ เกิดจากการอ่านหรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อย่างไรก็ตาม คำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการ ศึกษา แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยงเพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิด ความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เกิดความลำเอียง

ดังนั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาจะต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ของการเชื่อมโยงประสบการณ์ (hermeneutic circle) ภาษา และการเชื่อมโยงความหมาย ซึ่งมีผล ต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง

สรุป ความตายเป็นสิ่งที่คนทุกคนต้องเผชิญ และเมื่อถึงเวลานั้นคนส่วนใหญ่ต้องการให้ไม่ ทุกข์ทรมาน ต้องการตายดี หรือตายอย่างสงบ ไอซียูเป็นหอผู้ป่วยที่พบว่ามียุทธการตายค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับหอผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาล การดูแลรักษาในไอซียูส่วนใหญ่มีการใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวทำให้ การตายของผู้ป่วยในไอซียูไม่เป็นไปตามธรรมชาติ มีโอกาสที่จะตายดีหรือตายอย่างสงบได้ยาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูมีความยากลำบากตั้งแต่การตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดเป็น ผู้ป่วยใกล้ตาย เมื่อใดควรเริ่มเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลเป็นมุ่งให้ผู้ป่วยสุขสบาย การยุติการใช้ เทคโนโลยีเพื่อรักษาชีวิต การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายกับผู้ป่วยและครอบครัว การตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษา การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน ไอซียูมีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และพยาบาล ระบบการทำงาน สิ่งแวดล้อม และสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ทำให้ขาดข้อมูลในการสร้างรูปแบบการดูแลใกล้ตายที่ดีในไอซียู ซึ่งมีบริบทของการดูแลที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมน นิวัตติก เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ ตาย ซึ่งจะทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความหมายของการตายในไอซียู การให้การดูแล ผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือส่งเสริมการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ ตายในไอซียู ตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียูที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโดยตรง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ปรัชญาและระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น ไอซียู 2 แห่งคือ ไอซียูศัลยกรรม และ ไอซียูอายุรกรรม ของโรงพยาบาลขนาด 700 เตียงในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะวิกฤต ไอซียูทั้งสองมีวิสัยทัศน์ของหอผู้ป่วยร่วมกันคือ เป็นไอซียูชั้นเลิศในปี พ.ศ.2550 โดยมีพันธกิจคือ ให้บริการที่ดีมีมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยรับบริการผ่านพ้นวิกฤต มีคุณภาพชีวิตทั้งกาย จิต สังคม เป็นแหล่งฝึกงานและค้นคว้าวิจัย

ไอซียูทั้งสองเป็น ไอซียูขนาด 10 เตียง ตั้งอยู่ตรงข้ามห้องผ่าตัด หน้าไอซียูมีบริเวณที่จัดเก้าอี้ไว้สำหรับญาติผู้ป่วยนั่งพักระหว่างรอเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ไอซียูทั้งสองเป็นห้องปรับอากาศมีประตูเชื่อมติดต่อกันได้ โดยการจะเข้าไปไอซียูอายุรกรรมจะต้องเดินผ่านทะเล ไอซียูศัลยกรรมไประหว่างทางเข้าไอซียูมีการติดตั้งหิ้งพระไว้ 1 ที่ โครงสร้างของหอผู้ป่วยทั้งสองเหมือนกันคือ เป็นห้องโถงโล่งที่วางเตียงผู้ป่วยไว้รอบเคาน์เตอร์ทำงานของพยาบาล แต่ละเตียงห่างกันประมาณ 2-3 เมตรกันด้วยผ้าม่าน มีห้องแยก 2 ห้องซึ่งกันด้วยกระจกใส และห้องพิเศษ 1 ห้องซึ่งใช้สำหรับรับรองบุคคลสำคัญ (วีไอพี-VIP) และสำหรับการทำหัตถการพิเศษ เช่น การใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ แต่ละไอซียูมีการจัดโต๊ะและเก้าอี้ซึ่งกันบริเวณด้วยฉากกันไว้สำหรับการสนทนาระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพกับญาติ

แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน แพทย์ประจำหอผู้ป่วย และแพทย์เวร โดยยึดแผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้เป็นหลัก ไอซียูศัลยกรรมให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ทางศัลยกรรมเป็นหลัก ซึ่งศัลยแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้พิจารณาการรักษารวมทั้งการย้ายผู้ป่วยเข้าและออก โดยมีศัลยแพทย์ประจำหอผู้ป่วยร่วมให้การดูแลบางส่วนตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งจะมาดูอาการผู้ป่วยและให้การรักษาอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง ส่วนไอซียูอายุรกรรมให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ทางอายุรกรรมเป็นหลัก ซึ่งมี

แพทย์เวชบำบัดวิกฤต และอายุรแพทย์ประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาในการย้ายผู้ป่วยเข้าและออก และรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ใน ไอซียูอายุรกรรมทุกรายร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งมาดูแลอาการและให้การรักษาผู้ป่วยวันละ 1-2 ครั้ง

สำหรับพยาบาล แต่ละไอซียูมีการจัดอัตรากำลังพยาบาล 8 คนต่อผลัด ผู้ช่วยพยาบาลและ/หรือพนักงานช่วยพยาบาล 2 คนต่อผลัด แบ่งการทำงานเป็น 2 ทีม แต่ละทีมให้การดูแลผู้ป่วย 5 คน ประกอบด้วยพยาบาล 4 คน และผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยพยาบาล 1 คน หัวหน้าทีมเป็นพยาบาลทำหน้าที่ด้านบริหารจัดการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในทีมรวมทั้งการบริหารยา และหัวหน้าทีมคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรด้วย สมาชิกทีมแต่ละคนรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย 1-2 รายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความยุ่งยากของการดูแลรักษา และสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน พยาบาลหัวหน้าเวรมีหน้าที่ในการมอบหมายงานให้พยาบาลในผลัดถัดไป โดยพิจารณาตามสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน และจัดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากทำงานร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งสองส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทุกรายจะได้รับการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา ได้รับการวัดและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายได้รับการติดตามความดันโลหิตที่วัดโดยตรงตลอดเวลา (arterial line) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดและหัวใจบางรายมีการติดตามค่าปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อ 1 นาที (cardiac output) ตลอดเวลา มีการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (intra-aortic balloon pump) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีไตวายและไม่สามารถเคลื่อนย้ายไปห้องล้างไตได้มีการใช้เครื่องล้างไตแบบเคลื่อนย้ายได้ (portable hemodialysis) หรือทำการกรองเลือดอย่างต่อเนื่องทางเส้นเลือดดำ (continuous veno-venous hemofiltration) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู ญาติของผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้าไอซียู การดูแลในไอซียู สิ่งแวดล้อมในไอซียู และการปฏิบัติตัวของญาติรวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย หมายเลขโทรศัพท์ที่ญาติสามารถติดต่อได้ และระเบียบการเยี่ยมของหอผู้ป่วย ซึ่งกำหนดช่วงเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไว้ 3 ช่วง คือ ช่วง 6.00-8.00 น. 11.00-13.00 น. และ 16.00-19.00 น.

สำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น ไอซียูทั้งสองได้จัดตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ใกล้ตายในไอซียู โดยสมาชิกกลุ่มบางคนเข้าร่วมและนำเสนอกรณีผู้ป่วยใกล้ตายในการประชุมปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดโดยหน่วยชีวันตภิบาลของโรงพยาบาลประมาณเดือนละ 1 ครั้ง และทำหน้าที่

ประสานงานให้มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของหน่วยชีวิตภิบาลมาใช้ ได้แก่ การบริการดอกไม้ และบริการแต่งหน้าศพ เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ดีต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในประสบการณ์ที่ศึกษา จากการเข้าไปมีส่วนร่วมในปรากฏการณ์นั้นๆ (Morse, 1991) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยจึงควรเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นอย่างมาก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ได้มากกว่า (Patton, 2002) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม และสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในไอซียูนานอย่างน้อย 2 ปี
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยตายอย่างน้อย 3 ราย
3. มีความยินดีที่จะเล่ารายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง

เนื่องจากผู้วิจัยไม่ทราบแน่ชัดว่าพยาบาลคนใดบ้างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงค้นหาผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการดังนี้

1. การติดประกาศรับอาสาสมัคร โดยผู้วิจัยติดประกาศเชิญชวนผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและมีความสนใจร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย พร้อมให้หมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อกลับ ซึ่งวิธีการนี้ใช้บ่อยในกรณีผู้วิจัยไม่รู้ว่าใครเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตามหัวข้อที่ศึกษา (Morse, 1991)

2. การแนะนำจากผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอาสาสมัคร แนะนำพยาบาลที่เห็นว่ามีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

เพื่อให้แน่ชัดว่าผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะกระทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากที่ได้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยและสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้อง และตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) คือเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิม และข้อมูลเดิมได้รับการยืนยันหรือตรวจสอบแล้ว (Morse, 1991) สำหรับการศึกษานี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจมุมมองต่อโลกของผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องอธิบายตามภาษาของผู้ให้ข้อมูลเอง (Mayan, 2001) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Patton, 2002) ดังนั้นคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิจัยเป็นส่วนใหญ่ (ทวิศักดิ์, 2548: 55) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 ด้านความรู้

ผู้วิจัยเตรียมความรู้และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม นอกจากนี้ ผู้วิจัยเตรียมความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิวติก รวมทั้งเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตำรา วารสารทั้งในและต่างประเทศ และปรึกษากับผู้มีประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจระเบียบวิธีวิจัยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยต่อไป

1.2 ด้านฝึกทักษะ

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีทักษะการสัมภาษณ์เพื่อให้สามารถสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และกระตุ้นให้ผู้ตอบคำถามเล่าเรื่องราวที่ได้ประสบมาให้มากที่สุด รวมทั้งต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถอ่านข้อมูลให้ได้สาระ และสามารถสรุปโน้ตทัศน์ และสาระต่างๆ ในประเด็นทั้งหลาย (ทวิศักดิ์, 2548) ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยทำการศึกษาสำรองเพื่อฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 1 ราย นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 3 รายแรก ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำชี้แนะ และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลจนผู้วิจัยมีทักษะที่เหมาะสมรวมทั้งทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในไอซียู ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลใกล้ชิด ประสบการณ์การเข้ารบบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และความคิดเห็นเกี่ยวกับความตาย

2.2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ถามผู้ให้ข้อมูลถึงการรับรู้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยสามารถขยายแนวคำถามเหล่านี้เป็นคำถามย่อยๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งต่อไป ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 116

3. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย

- 3.1 เครื่องบันทึกเสียง พร้อมทั้งอุปกรณ์การบันทึก ได้แก่ แบตเตอรี่
- 3.2 สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

พื้นเพและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของผู้วิจัย

ผู้วิจัยนับถือศาสนาพุทธ มีประสบการณ์การทำงานในไอซียู (ผู้ใหญ่) นาน 15 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหลายราย และเคยให้การดูแลบุคคลที่ใกล้ชดในภาวะใกล้ตาย เริ่มให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 โดยเริ่มจากการสมัครเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล ผ่านการอบรมอาสาสมัคร และการเผชิญความตายอย่างสงบเมื่อ พ.ศ. 2547 เป็นสมาชิกทีมในกลุ่มดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นกลุ่มทำงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู มีความเห็นว่าการตายเป็นวาระสำคัญของชีวิตที่คนเราจะพัฒนาทางจิตวิญญาณ และหลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิด

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสัมภาษณ์เจาะลึก และบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง และบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับข้อมูลและประเด็นสำคัญที่รวบรวมและสังเกตได้ โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาประเมินงานด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยไม่มีข้อเสนอนะ
2. ทำหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการค้นหาผู้ให้ข้อมูลดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าไอซียูที่ทำการศึกษา แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขออนุญาตติดประกาศรับอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในหอผู้ป่วย รวมทั้งขอคำแนะนำเกี่ยวกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด
 - 3.2 ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอาสาสมัครแนะนำผู้ที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการดังนี้

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก
 - 1.1 เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์สนามก่อนพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์บันทึกเสียงจนมีความชำนาญ ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องบันทึกเสียง แบตเตอรี่ ความเพียงพอของพื้นที่ในการบันทึก (ยาวประมาณ 60 นาที/ครั้ง) เตรียมแบตเตอรี่สำรองไปด้วยทุกครั้ง สมุดบันทึก ปากกา/ดินสอ
 - 1.2 เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งหมายถึงการที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างชัดเจน และผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นอีก โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 1.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งและจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีบางอย่างที่สำคัญกับงานวิจัย และผู้วิจัยอยากจะคุยด้วยเกี่ยวกับเรื่องนั้น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอยากจะเล่าประสบการณ์ต่อไป รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัยแล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้ลงชื่อเป็นหลักฐานหรือแสดงการยินยอมด้วยวาจา

1.2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทำการบันทึกเสียง พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้มีการบันทึกเสียงสามารถขอให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลา หากผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียงผู้วิจัยจะจดบันทึกอย่างย่อและจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที จะไม่ใช้การจดยรายละเอียดข้อมูลในขณะที่สัมภาษณ์เพราะจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดไม่เป็นกันเอง

1.2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย รู้สึกผ่อนคลายและลดความตึงเครียด ด้วยการแสดงออกถึงความปรารถนาดีและความเอื้ออาทรต่อผู้ให้ข้อมูล เริ่มต้นด้วยการพูดถึงเรื่องทั่วๆ ไปอย่างเป็นกันเอง ยิ้ม แสดงความเอาใจใส่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ไม่แสดงท่าทีดูถูกผู้ให้ข้อมูล ปล่อยให้มีการพูดนอกเรื่องบ้าง ไม่ตัดบทอย่างกะทันหันเกินไป

1.2.4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องการฟังอย่างตั้งใจ คือการฟังว่าผู้ให้ข้อมูลพูดว่าอะไร แล้วคิดตามว่าได้ยินอะไร เห็นอะไร หรือรู้สึกอย่างไร แล้วถามต่อเพื่อให้สมบูรณ์ โดยระวังที่จะไม่ถามแต่เรื่องที่ผู้วิจัยสนใจ เพื่อลดความลำเอียงของผู้วิจัย ร่วมกับการสะท้อนความหมาย การยกตัวอย่าง การสรุป และการเจาะลึกในประเด็นที่ศึกษาเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างลึกซึ้งที่สุด ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสังเกตและบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีน้าท่าทาง น้ำเสียงรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที

1.2.5 ในขณะสัมภาษณ์ หากคำถามที่ผู้วิจัยถามทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยอยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ส่งกระดาษเช็ดหน้าให้ซับน้ำตา การสัมผัสมือหรือโไหล่ เพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และรอนจนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่

จะพูดคุยต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะสนทนาต่อไป ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่

1.2.6 ยุติการสัมภาษณ์โดยกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลสละเวลาและได้ให้ข้อมูล ซึ่งมีคุณค่าสำหรับงานวิจัย และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าภายหลังจากการอ่าน วิเคราะห์บทสัมภาษณ์ครั้งนี้แล้วหากไม่เข้าใจเรื่องใดหรือมีข้อสงสัยเพิ่มเติมจะขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเอง

1.3 ถอดเทปบันทึกเสียงและการแปลความข้อมูล ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละวันผู้วิจัยฟังเทปการสัมภาษณ์อย่างตั้งใจ และจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นจากการฟังครั้งนั้น ได้แก่ ข้อมูลและประเด็นที่ได้ ประเด็นที่ต้องการรายละเอียดเพิ่ม หรือต้องการการตรวจสอบความเข้าใจ และความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อข้อมูล รวมทั้งบรรยากาศการสัมภาษณ์ครั้งนั้นๆ จากนั้นจึงถอดเทปการสัมภาษณ์ โดยเขียนบรรยายร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในขณะสัมภาษณ์ แล้วอ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อมูลที่ยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใหม่อีกครั้งจนกว่าไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

2. การจัดการข้อมูล คุณภาพของการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการจัดการข้อมูลที่ดียิ่งจะทำให้การจัดรูปแบบและคำหลักของข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้น ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์และการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน (Minichiello et al., 2002) ดังนี้

2.1 บทสัมภาษณ์ (transcript file) ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์และข้อมูลจากการสังเกต รวมทั้งความคิดเห็นของผู้วิจัย โดยจัดข้อมูลเป็น 3 คอลัมน์ คอลัมน์ที่อยู่กลางหน้ากระดาษ ซึ่งกว้างที่สุดเป็นบทสัมภาษณ์ และอีก 2 คอลัมน์ด้านข้างเป็นความคิดเห็น และการแปลความหมายของผู้วิจัย ดังตัวอย่างในภาคผนวก ก หน้า 118

2.2 บันทึกส่วนตัว (personal file) ประกอบด้วยความคิดของผู้วิจัย และการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยต่อข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และกิจกรรมที่ได้จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การเลือกผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ปัญหาในการใช้อุปกรณ์สนามที่พบ ปัญหาทางจริยธรรม เป็นต้น ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการเขียนบันทึกส่วนตัว (journal)

2.3 บันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (analytical file) ประกอบด้วยบันทึกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำถามในการสัมภาษณ์ที่นำไปสู่การตอบคำถามการวิจัย การเลือกข้อมูล และการให้ความหมายข้อมูล

การสร้างที่น่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพมากที่สุด ผู้วิจัยได้ประยุกต์วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัยเชิงคุณภาพของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) เพื่อให้ข้อค้นพบที่เกิดจากการวิจัยนั้นสามารถอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างถูกต้อง เหมือนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการวิจัยดังนี้

1.1 การเขียนบันทึกส่วนตัว เนื่องจากผู้วิจัยทำการศึกษาในหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูมากพอสมควร ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษาสถานภาพของผู้วิจัย ไม่ให้ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลรบกวนผลการตีความข้อมูลที่ค้นพบ และไม่เกิดอคติในการดำเนินการวิจัย (คาร์นีย์, 2545; Lincoln & Guba, 1985) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลากิจการดำเนินการวิจัย โดยบันทึกเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดหรือมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูล และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดการดำเนินการวิจัย ที่เกิดจากการตั้งคำถามกับตัวเองว่า ฉันรับรู้อะไร ฉันรู้สึกอย่างไรในสิ่งที่ฉันรู้ และรู้สึกอย่างไรกับผู้ให้ข้อมูล อะไรทำให้ฉันมีมุมมองหรือรู้สึกอย่างนั้น ทั้งนี้การสะท้อนโดยตนเองนี้เป็นการตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของตัวผู้วิจัยต่อผลการวิจัย ซึ่งจะเป็นวัตถุประสงค์ในการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย ช่วยคงการเปิดใจ และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1994; Streubert & Carpenter, 2003) ทำให้ผู้วิจัยไม่ก้าวล่วงเข้าไปอยู่ในสถานภาพที่ถูกคุกคามเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ทำการศึกษา (ทวิสคัลด์, 2548) ดังตัวอย่างในภาคผนวก ง หน้า 119

1.2 การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและมีมิติต่อกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความผิดพลาดหรือบิดเบือนของข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 40-60 นาที และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าว่าการศึกษานี้มุ่งที่ประเด็นใดเป็นหลัก ผู้วิจัยเปิดเผยตนเองพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สื่อความปรารถนาดีและความเอื้ออาทรแก่ผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ คำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล

1.3 ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับบรรยากาศ สัมภาษณ์ สีน้าท่าทาง อากัปกริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่อง ให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป (วิณา, 2547ข)

1.4 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนของข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมายบิดเบือนไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อค้นพบที่รายงานนั้นแทนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง (Koch, 1994)

2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทที่ทำการศึกษา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษาให้มากพอที่ผู้อ่านจะใช้ประกอบการตัดสินใจที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ (Koch, 1994)

3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ (Lincoln & Guba, 1985) โดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ และการให้รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเชิงรหัสซึ่งบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระ (theme) ของข้อมูล ภายหลังจากการบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระไประยะหนึ่งแล้วผู้วิจัยได้บันทึกการบ่งชี้องค์ประกอบแก่นของสาระ โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ชั่วคราวระหว่างหมวดหมู่เฉพาะเท่าที่พบจากข้อมูลและปรับเปลี่ยนชื่อรหัสไปตามข้อมูล

4. ความวางใจได้ (dependability) เพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยรู้สึกเห็นด้วยกับข้อค้นพบที่ผู้วิจัยนำเสนอ (Lincoln & Guba, 1985) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสุดท้ายให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่านอ่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ (วิณา, 2547ข)

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ตัวผู้วิจัยจะต้องนำตัวเองเข้าไปคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์ที่ศึกษา (สุกางค์, 2537) ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจและเปิดเผยความเป็นตัวของตัวเองกับผู้วิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสถานะทาง

สังคมของผู้ให้ข้อมูลได้ (ศิริพร, 2546) ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยนี้อยู่บนพื้นฐานของมนุษยธรรม ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงแนวทางปฏิบัติของผู้วิจัย เพื่อป้องกันอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยจะยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรืออาจแสดงความยินยอมด้วยวาจา (คู่มือของการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในภาคผนวก ก หน้า 120) ในการนัดหมายเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกเองตามที่สะดวกและสบายใจ

2. ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง ซึ่งหากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้มีการบันทึกเสียงในช่วงใดๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกลบทิ้งทุกวัน และการวิเคราะห์ทุกอย่าง ใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี

3. ข้อมูลที่สามารถทำให้ทราบถึงผู้ให้ข้อมูลได้เช่น ชื่อ ที่อยู่ ถูกเก็บในตู้ที่ล็อกได้ และผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้แต่เพียงผู้เดียว และ ชื่อผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์และรายงานผลการวิจัย ถูกเปลี่ยนเป็นนามสมมุติทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใดๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อค้นหาแก่นหรือข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ และเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป

2. การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งมี 6 ขั้นตอนดังนี้

1. กลับไปสู่ธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต (turning to the nature of lived experience) เป็นการนำผู้ให้ข้อมูลให้ระลึกถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ผู้ให้ข้อมูลประสบมา ให้

ความสนใจอย่างจริงจังและมุ่งมั่นที่จะทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ ที่ต้องมีการคิดอยู่ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยต้องเข้าใจในธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต รู้ว่าปรากฏการณ์ที่ศึกษาคืออะไร ตั้งคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ออกมาได้ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นอยู่ เช่นแบบแผนการดำเนินชีวิต สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยประสบมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

2. ค้นหาประสบการณ์ชีวิตให้เหมือนมีส่วนร่วมอยู่ด้วย (investigating experience as we live it) โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ใกล้ตายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลในบริบทของไอซียูมากกว่าจับประเด็น ทำความเข้าใจความหมายของภาษาหรือสำนวน และอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการสังเกตการแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และให้ยกตัวอย่างประกอบ

3. การสะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ (reflection on essential themes) เป็นการพยายามทำความเข้าใจความหมายที่สำคัญของการให้ความหมายประสบการณ์ และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู เนื่องจากความหมายของปรากฏการณ์มีลักษณะหลากหลายมิติ (multi-dimension) ไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยคำจำกัดความเดียวได้ การทำความเข้าใจด้วยโครงสร้างของความหมายหรือคำหลักจะช่วยให้ผู้วิจัยนิยามภาพของปรากฏการณ์ได้ง่ายขึ้น การจัดคำหลักของปรากฏการณ์มี 3 ขั้นตอนคือ

3.1 ถอดข้อความจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด

3.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำหลักสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยวิธีการดังนี้

3.2.1 อ่านข้อความทั้งหมด (the wholistic or sententious approach) เป็นการอ่านข้อความทั้งหมดแล้วสรุปใจความสำคัญในภาพรวม พยายามแสดงให้เห็นความหมายโดยใช้วลี

3.2.2 เลือกข้อความ (the selective or highlighting approach) โดยอ่านข้อความหลายๆครั้ง และเลือกข้อความใดบ้างที่แสดงให้เห็นสาระสำคัญหรืออธิบายปรากฏการณ์ หรือประสบการณ์ โดยวงกลม ชีตเส้นใต้ หรือทำเครื่องหมายให้เห็นเด่นชัดที่ข้อความนั้นไว้

3.2.3 อ่านโดยละเอียด (the detailed or line-by-line) อ่านและทำความเข้าใจทุกประโยคหรือกลุ่มประโยค แล้วพิจารณาว่าประโยคดังกล่าวอธิบายปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างไร

3.3 รวมคำหลักที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา

3.4 นำคำหลักไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกรายการมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์แปลความ หากำหลักของการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

4. เขียนและบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (hermeneutic phenomenological writing) เป็นการเขียนบรรยายสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำหลักที่ได้ประกอบกันเป็นภาพรวมของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตามความหมายของพยาบาลไอซียู พร้อมทั้งยกข้อความ ประโยค หรือวลี เป็นตัวอย่างประกอบ

5. คงไว้ซึ่งการอธิบายที่ชัดเจน (maintaining a strong and oriented relation) เป็นการเขียนบรรยายปรากฏการณ์หรือความคิดของผู้ให้ข้อมูลให้มีความหนักแน่น ชัดเจน และให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกันของประสบการณ์ที่มี

6. ทำให้บริบทของงานวิจัยมีความสมดุล (balancing the research context by considering parts and whole) โดยพิจารณากระบวนการต่างๆ อย่างละเอียดจากประสบการณ์ส่วนย่อยแล้วเชื่อมโยงไปสู่ประสบการณ์ในภาพรวม ให้แน่ใจว่าไม่มีคำหลักหรือความหมายหลักเพิ่มเติมอีก

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 12 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลรายละเอียด 2-4 ครั้ง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ คือ ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียู ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ตามมุมมองของพยาบาลไอซียู ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลไอซียูในการศึกษามีทั้งหมด 12 ราย มีนามสมมติว่า นัท แว่ ใหม่ ซารา อ้น เพลิน ปอ นิม เล็ก ตาล แหม่ม และแพร ปฏิบัติงานในไอซียูอายุรกรรม 6 ราย และไอซียูศัลยกรรม 6 ราย โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในไอซียูตั้งแต่ 4 ปี ถึง 20 ปี (เฉลี่ย 10.08 ปี) เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 25 ถึง 42 ปี (เฉลี่ย 32.08 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด นับถือศาสนาพุทธ 11 ราย ศาสนาอิสลาม 1 ราย เกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 7 ราย

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในชั่วโมงสุดท้ายก่อนตายมากกว่า 5 ราย ผู้ให้ข้อมูล 8 รายมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และมี 1 รายที่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจนกระทั่งเสียชีวิต ดังรายละเอียดในตาราง 1

อบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ และต้องการตายโดยมีบุคคลที่รักอยู่รอบข้าง

“แวน” อายุ 42 ปี สถานะภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียูนาน 20 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในเทศกาลต่างๆ เมื่อมีโอกาส ยึดถือคำสอนทางศาสนามากกว่าการทำ พิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ โดยเห็นว่าการทำงานบุญสามารถทำกับใครก็ได้ไม่จำเป็นต้องทำกับพระ ให้ ความสำคัญกับการคิดดี ทำดี และการบริจาคทาน ได้แก่ การบริจาคโลหิต การบริจาคอวัยวะ เป็นต้น ภายหลังจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ประมาณ 1-2 ครั้ง มีประสบการณ์การดูแลบิดาซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับในระยะสุดท้าย จนกระทั่งเสียชีวิต มีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ ไม่กลัวความตายแต่กลัวความ เจ็บปวดทรมานก่อนตาย

“ใหม่” อายุ 38 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาโท ทำงานในไอซียู นาน 15 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อย โดยทำงานบุญตักบาตรอยู่เป็นประจำ ถวายสังฆทานเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ และในวาระพิเศษต่างๆ เช่น วันครบรอบวันเกิด เป็นต้น ภายหลังจบการศึกษาไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สนใจค้นหาหนังสือและเอกสารอ่านเอง มีความรู้สึกที่ตนเองยังไม่เข้าใจ เรื่องการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเท่าที่ควร ไม่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ในอดีตไม่เคย คิดถึงความตายและรู้สึกว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว ปัจจุบันมีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคน ต้องเผชิญ คิดถึงความตายได้มากขึ้น และกลัวความตายน้อยลง

“ซาร่า” อายุ 32 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียู นาน 10 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อย โดยการทำงานบุญตักบาตรเมื่อมีโอกาส และถวายสังฆทานในวาระพิเศษ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจมากๆ จะ ไปปฏิบัติธรรมที่วัด ภายหลังจบการศึกษาไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยใกล้ตาย สนใจอ่านหนังสือเกี่ยวกับการระลึกชาติ และประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและ วิญญาณ มีประสบการณ์การสูญเสียพี่ชายและคนรักอย่างกะทันหันด้วยอุบัติเหตุ ไม่มีประสบการณ์ การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตจะต้องเผชิญ ไม่มี ใครสามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ การจะตายอย่างไรขึ้นอยู่กับกรรมหรือการกระทำของคนๆ นั้น

“อัน” อายุ 41 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาโท ทำงานในไอซียูนาน 19 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อย โดยการทำงานบุญตักบาตรเมื่อมีโอกาส และถวายสังฆทานในวาระพิเศษ ภายหลังจบการศึกษาเคยเข้ารับการ

อบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหลายครั้ง ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมาเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทุกปี เป็นสมาชิกกลุ่ม”ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ของไอซียู เคยเข้าฟังการประชุมปรึกษา (conference) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งหอผู้ป่วยต่างๆ ทำร่วมกับหน่วยชีวิตบำบัด (palliative care) ของโรงพยาบาล ประมาณ 5 ครั้ง มีประสบการณ์การสูญเสียบิดาซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2547 โดยอันมีส่วนร่วมในการดูแลบิดาขณะใกล้เสียชีวิต แต่ไม่ได้ให้การดูแลในวันที่บิดาเสียชีวิต มีความเห็นว่าความตายเป็นการพ้นทุกข์

“เพลิน” อายุ 32 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียู นาน 11 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูอายุรกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง โดยจะทำบุญตักบาตรในวันสำคัญเมื่อมีโอกาส ไปวัดทำบุญประมาณปีละ 1 ครั้ง ภายหลังจบการศึกษาไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความเห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาทุกคนต้องเผชิญ

“ปอ” อายุ 31 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียู นาน 8 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง โดยตักบาตร และไปทำบุญที่วัดกับมารดา ภายหลังจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประมาณ 2-3 ครั้ง เป็นสมาชิกกลุ่ม”ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ของไอซียู เคยเข้าฟังการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งหอผู้ป่วยต่างๆ ทำร่วมกับหน่วยชีวิตบำบัดของโรงพยาบาล ประมาณ 2-3 ครั้ง ไม่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความเห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดขึ้นกับทุกคน และเป็นปกติที่ญาติของผู้ตายจะรู้สึกเสียใจ

“นัม” อายุ 26 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียู นาน 4 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูอายุรกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อย โดยเมื่อมีโอกาสมักเข้าร่วมทำกิจกรรมตามเทศกาลต่างๆ และเข้าร่วมการปฏิบัติธรรมประมาณปีละ 1-2 ครั้ง ตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษา ภายหลังจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 1-2 ครั้ง ปัจจุบันมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และทดลองนำความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ โดยก่อนให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ได้ทดลองปฏิบัติด้วยตัวเองกับผู้ป่วยแล้ว 3 ราย มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด(คุณย่า) ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ต้องการตายตามธรรมชาติ หากรู้ตัวว่าตนเองใกล้ตายจะไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการใช้ชีวิตอยู่อย่างสงบ และฝึกปฏิบัติธรรมก่อนตาย

“เล็ก” อายุ 30 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียูนาน 8 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูศัลยกรรม นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ่อย โดยการสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน และทำละหมาดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ภายหลังจากจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประมาณ 2-3 ครั้ง เป็นสมาชิกกลุ่ม”ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ของไอซียู เคยเข้าฟังการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งหอบุคลากรต่างๆ ทำร่วมกับหน่วยชีวันตภิบาลของโรงพยาบาล ประมาณ 2-3 ครั้ง มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด(คุณย่า) ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ แต่ไม่อยากจะเกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด กลัวจะเจ็บปวดก่อนตาย

“ตาล” อายุ 30 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียูนาน 8 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูอายุรกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง โดยจะทำบุญตักบาตรในโอกาสสำคัญ หรือ งานเทศกาลต่างๆ ภายหลังจากจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประมาณ 2-3 ครั้ง มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด(คุณตา) ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าชีวิตคนไม่มีความแน่นอน และ ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ

“เหม่ม” อายุ 28 ปี สถานะภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียูนาน 6 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูอายุรกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาน้อย โดยทำบุญใส่บาตรอยู่เสมอ ภายหลังจากจบการศึกษาไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (คุณย่า) ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ ต้องการตายท่ามกลางญาติ ไม่ทรมานก่อนตาย และไม่มีอะไรให้ห่วงกังวล

“แพร” อายุ 30 ปี สถานะภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานในไอซียูนาน 8 ปี ปัจจุบันประจำอยู่ไอซียูอายุรกรรม นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง โดยมีการทำบุญตักบาตรเฉพาะในโอกาสสำคัญ มีความเชื่อว่าสามารถทำบุญได้โดยวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การทำบุญกับพระ ภายหลังจากจบการศึกษาเคยเข้ารับการอบรมหรือฟังบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประมาณ 2-3 ครั้ง เป็นสมาชิกกลุ่ม”ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ของไอซียู โดยเข้าร่วมกิจกรรมของหน่วยชีวันตภิบาลของโรงพยาบาล ประมาณปีละ 2-3 ครั้ง มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (คุณป้า) ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลใกล้ชิดในภาวะใกล้ตาย มีความเห็นว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว การตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งหมายถึงการตายท่ามกลางญาติ ไม่ทรมาน และผู้ตายได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ

ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียู

พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูใน 2 ลักษณะคือ 1) มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และ 2) มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้

พยาบาลไอซียู 11 ราย บอกถึงลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตไว้ได้อีกต่อไป โดยผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองในทางที่ดีต่อการรักษาแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว เช่น การให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ การให้ยาบรรเทาอาการ การให้สารน้ำ และการผ่าตัด ที่แม้ว่าจะเพิ่มขนาดยาขึ้นจนถึงขนาดสูงสุด หรือเปลี่ยนชนิดของยา หรือทำการผ่าตัดซ้ำหลายครั้งแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการคงเดิมหรือเลวลงกว่าเดิม ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วยนั้นได้ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เสสนี่จริงๆ แล้วเริ่มรู้สึกว่าคุณไข้คงไม่รอดมานานแล้ว ตั้งแต่เริ่ม aggressive มาแล้ว... เพราะคนไข้ (on) inotrop ทุกอย่าง max (maximum) แล้ว ดูแล้วก็ไม่ค่อย sense แล้ว มีชีวิตอยู่กับโหลด IV นะคะ...คง death แน่แต่ไม่รู้เมื่อไร”

(ตาด)

“จากเดิมที่ว่า oxygen พอ try ลดได้บ้าง ก็ลดไม่ได้ urine ก็ไม่ออก K ก็เพิ่มขึ้น ถ้าว่าได้แก่เรื่อง K เรื่องไตเนะก็น่าจะดีขึ้น สุดท้ายถ้าไม่มีทางแก้ก็คือว่าไม่รอดซัวร์ๆ... ให้อาสาณเก็บก็ไม่มีอยู่ ให้อินก็ไม่ง่าย ได้แต่แคลเซียมเป็นครั้งๆ acidosis ก็แค่ 7.1 – 7.18 อยู่ประมาณนี้แหละพี ถ้าไม่แก้ด้วย CVVH ก็ไม่มีทางอื่นจะช่วยแล้ว”

(แพร)

2. มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย

พยาบาลไอซียูทั้งหมดกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกายของผู้ป่วยซึ่งใช้ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจช้ามาก ค่าความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างมากเป็นเวลานาน ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนไม่รู้สึกรู้สีก ตัวลักษณะสีหน้าหมองคล้ำ รับประทานอาหารไม่ได้ และ ถ่ายอุจจาระปริมาณมาก ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“BP drop ลงเยอะ จากเวรคนอื่นเขา BP ประมาณปกติดีกว่านะ มาเวรน้องเหลือประมาณหกสิบ *conscious* ก็คือ *lost* (ไม่รู้รู้สึกตัว) ไปเลย แล้วก็ *feed* รับไม่ได้เลย *content* เกิน ก็เลย *notify* หมอ บอกหมอมว่าทำทางจะไม่ไหว”

(นัม)

“ดูจากสีหน้าคนไข้ มันจะหมองๆ ปากจะคล้ำๆ ดูแบบว่าแคงค่อนข้างแย...แล้วคิดอีกอย่างหนึ่ง ถ้าคนไข้ถ่ายเยอะๆ ก็จะรู้สึกไม่ค่อยดีแล้ว...แสดงว่าการทำงานของร่างกายมันล้มเหลว หูรูดไม่ดี”

(เพลิน)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า พยาบาลไอซียูได้แบ่งภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยในไอซียูออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะใกล้ตายแบบกะทันหัน และ 2) ภาวะใกล้ตายแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะใกล้ตายแบบกะทันหัน

พยาบาลไอซียูอธิบายถึงลักษณะของภาวะใกล้ตายแบบกะทันหันว่า พบในผู้ป่วยที่การตายเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ โดยผู้ป่วยอาจเข้ารักษาในไอซียูด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออุบัติเหตุ ที่มีอาการรุนแรง หรืออาจเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นอย่างทันทีทันใดในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมาระยะหนึ่งแล้ว โดยไม่ได้คาดหมายว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายมาก่อน ทำให้พยาบาลไม่ได้เตรียมตัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ตัวผู้ป่วยและญาติไม่ได้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยประเภทนี้จะได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตอย่างเต็มที่ และผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หลังจากหยุดการรักษา ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ตายแบบ *acute* คือเข้ามาโดยอุบัติเหตุหรือเข้ามาไอซียูโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ก็จะมีตั้งแต่ถูกยิง ถูกฟัน ล้มรถ อุบัติเหตุทั้งหลายมา หรือไม่ก็เป็น *active bleeding* คนไข้ที่มี *active bleeding* ในตัวเช่น *dissecting aneurysm* ซึ่งมาโดยที่ไม่ได้ตั้งใจแล้วก็มาแบบฉุกเฉินมาก แล้วก็ใกล้ตายฉุกเฉิน...คือไม่รู้ว่าจะตัวเองจะต้องถึงตาย คือไม่มีอาการอะไรเตือนล่วงหน้าว่าตัวเองต้องถึงตาย”

(แวน)

“กรณีที่ *sudden* นั้นมันก็แป๊บเดียว บางทีเราไม่เคยคิดด้วยซ้ำไป ว่าคนไข้จะแย่งได้รวดเร็วขนาดนี้...มาถึงโรงพยาบาลก็ตีมาตลอดนะพี่ ฉายแสงรอให้ก่อนยุบ หมอว่าจะเลาะออก แล้วอยู่ๆ *sudden* แย่ขึ้นมา ญาติก็ไม่ทันเตรียมใจนะนะ เหมือนว่าเมื่อวานลูกยังเขียนหนังสือบอกอะไร ได้อยู่เลยพี่ คือบางอย่างก็เหนือความคาดหมาย”

(แพร)

2. ภาวะใกล้ตายแบบค่อยเป็นค่อยไป

พยาบาลไอซียูกำลังถึงลักษณะของภาวะใกล้ตายแบบค่อยเป็นค่อยไปว่า พบในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือในไอซียูมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถคาดหมายได้ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยใกล้ตาย และการตายของผู้ป่วยดำเนินไปอย่างช้าๆ ใช้เวลานาน ผู้ป่วยประเภทนี้หากญาติขอรับการตายของผู้ป่วยได้มักตัดสินใจให้ยุติการรักษาหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“คนไข้ที่รู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงมาก่อน มีการรักษาระยะหนึ่งจนกระทั่งถึงระยะสุดท้าย... มันก็จะมีตั้งแต่เรื่องของโรคร้ายแรง คือโรคมะเร็ง โรคอัมที่สมองคือโรคที่ทำให้ *organ failure* ระบบ ตับวาย ไตวายอย่างนี้นะ แล้วก็อันที่สามก็คือเรื่องของ *sepsis* ก็พวกนี้มัน *prolong* ใจให้ระยะเวลา... ไม่คนไข้รู้ก็ญาติรู้ ไม่ญาติรู้ก็แพทย์รู้ ก็คือเป็นโรคที่ทำให้ถึงตายได้ แล้วก็ได้รับการรักษาระดับหนึ่งแล้ว และมีแนวโน้มว่าคนไข้กำลังจะตาย”

(แวน)

“คนที่เขาไม่ให้มีส่วนใหญ่อาการเรื้อรังมานานแล้ว เป็นมาเรื่อยๆ เห็นสภาพคนไข้แล้วแบบว่าคือไม่ไหวแล้ว แม่เขาไม่ไหวแล้ว”

(ปอ)

ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทำสิ่งที่มีคุณค่า 2) การดูแลด้วยใจ 3) การทำงานที่ยากแต่ทำทาบทบาท และ 4) การดูแลเหมือนการเดินทางที่มีดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การทำสิ่งที่มีคุณค่า

พยาบาลไอซียู 6 ราย สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการทำสิ่งที่มีความสำคัญแทนญาติของผู้ป่วยซึ่งไม่มีโอกาสได้ทำ ซึ่งพยาบาลไอซียูเห็นว่าเป็นการทำสิ่งที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าต่อตนเอง ดังที่तालเล่าว่า

“มันก็ดีเหมือนกันนะ เพราะว่าโอกาสที่จะดูแลคนไข้ที่ถึงระยะนี้บางทีญาติเขาเองเขาก็ยังไม่มีโอกาสได้ดูแล เราได้ดูแลก็ดีนะะ มันมีประโยชน์มีคุณค่า...บางทีเราอาจจะรู้สึกต่อด้านจิตใจของเรามากกว่า รู้สึกว่ามีคุณค่าเหมือนได้ทำบุญ...รู้สึกว่าเราได้ทำอะไรดี ๆ ให้กับคนที่กำลัง *death* นะคะ ให้เค้าไปอย่างสงบ ถ้าในกรณีที่ได้อุคนไข้ใกล้ตายจริงๆ”

(ताल)

2. การดูแลด้วยใจ

พยาบาลไอซียู 5 ราย ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นการดูแลด้วยใจ พยาบาลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการดูแลเน้นการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งพยาบาลเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ดีเกิดจากการให้การดูแลด้วยใจ บนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาสงสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยและญาติ สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลมีความตั้งใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างเต็มความสามารถดังที่พยาบาลเล่าว่า

“การดูแลด้านจิตใจ(หรือการดูแลแบบ *palliative*)นะ มันต้องใช้เวลานะมันถึงจะซึมเข้าไปดูแลคนไข้มันก็ต้องยังใกล้ชิด ยังเข้าใจคนไข้ ยิ่งคุ้นเคยยิ่งรัก มันก็ต้องเพิ่ม ๆ ใจที่ ยิ่งเวลาผ่านไปเราก็คะสนใจมากขึ้น พยายามทำมากขึ้น จะมีใครมาบังคับไม่ได้ไง ถ้าเกิดเราทำด้วยใจมันก็จะทำไปด้วยดี”

(ปอ)

“ถ้าใจเราไม่ยอมทำเราก็คงทำไม่ได้หรอกนะะ เพราะว่าใจเราอยากทำด้วยส่วนหนึ่ง... ความรู้สึกตอนนั้นก็คืออยากจะทำให้คนไข้มากกว่า ทำด้วยใจ”

(นัท)

3. การทำงานที่ยากแต่ทำทาบทบาท

พยาบาลไอซียู 3 ราย ให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นงานที่ยากแต่ทำทาบทบาท โดยการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลา และ

ความสามารถจึงจะให้การดูแลได้ดี รวมทั้งพยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลที่ดีได้ด้วยการสนทนา และการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งเป็นงานที่พยาบาลไอซียูสามารถปฏิบัติได้เองอย่างอิสระ ดังที่อันเล่าว่า

“พี่มองว่าการดูแลคนไข้พวกเนี้ยก็เป็นงานท้าทายนะ คือเรารู้สึกว่าเราทำยังไงก็ได้ให้เค้าได้ไปอย่างดีที่สุด ให้ญาติรู้สึกยอมรับหรือว่าญาติเข้าใจ... พี่มองว่ามันเป็นงานที่ท้าทายแล้วก็เป็นบทบาทอิสระของเรานะที่เราจะทำ... การที่จะให้ญาติแต่ละคนรับได้เนี่ยว่าญาติเค้าเจ็บป่วยแย่อะไรอย่างเนี้ยมันเป็นเรื่องยากนะ มันต้องใช้เวลามันต้องอาศัยการให้ข้อมูลอยู่เรื่อยๆ ไม่ใช่แค่คุยเสร็จแล้ววันสองวันญาติจะรับได้ ไม่ใช่บางเคสเป็นอาทิตย์สองอาทิตย์ก็มี”

(อัน)

4. การดูแลเหมือนการเดินในที่มืด

พยาบาลไอซียู 2 ราย สะท้อนให้เห็นว่า ตนเองขาดความชัดเจนในการรับรู้ของผู้ป่วยใกล้ตาย และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย แต่พยายามดูแลผู้ป่วยตามที่เห็นสมควร ซึ่งพยาบาลเห็นว่าเป็นการให้การดูแลแบบเดาสุ่มเปรียบเหมือนการเดินไปในที่มืด ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“การดูแลคนใกล้ตายเหมือนกับการเดินไปในที่มืด... เพราะเราไม่รู้ใจพี่ ไม่รู้ความต้องการของคนไข้ ไม่รู้ว่าเดินเข้าไปแล้วจะชนอะไร หรือเดินเข้าไปแล้วจะถึงจุดหมายหรือเปล่า... ด้วยความที่น้องไม่รู้ว่าคนที่กำลังจะตายหรือว่าใกล้ตายนี้ เค้ารับรู้ได้แค่ไหน... เราทำไปก็ทำสุ่มๆ นะเพราะเราไม่รู้ชัดเจน... สำหรับคนที่ไปแล้ว(ตายแล้ว)เนี่ยไม่มีทฤษฎีให้เราเรียนว่าเค้าทรงมานมัย วิญญาณเค้าเจ็บปวดหรือเปล่า”

(ชาร่า)

“เราไม่รู้ว่าที่เราทำไปนั้นถูก ไม่ถูกหรือเป็นยังไง ขึ้นตอนไหนมันควรจะมาก่อน ขึ้นตอนไหนมันควรจะมาหลังอะไรอย่างนี้ ก็คือทำแบบเหมือนมั่วๆ ไปนะ นึกออกจะทำตอนนี้นี้ก็ทำ นึกออกจะทำตอนนั้นก็ทำ”

(ใหม่)

ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมี 6 ลักษณะ คือ 1) สงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ 2) อึดอัด ขัดแย้งที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ 3) ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ 4) เครียด กัดค้นเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้ 5) สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย และ 6) รู้สึกดี และ อิ่มใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ

พยาบาลไอซียูเกือบทั้งหมดสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจในผลของการดูแลที่มีต่อจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตาย โดยไม่แน่ใจว่าการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น ได้ตอบสนองความต้องการ หรือได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรือไม่ แตกต่างจากการดูแลด้านกายที่สามารถประเมินผลได้ อย่างชัดเจน ดังที่ซาราเล่าว่า

“ในยามที่คนไข้เป็นแบบนี้เนี่ย เบลอ *conscious confuse* หรือว่าซึมไปเลยเนี่ย...มันก็ไม่ มี *feed back* มาบอกเราว่าสิ่งที่เราทำมันถูกต้องนะ มันไม่เหมือนกับภารกิจที่อื่น เติงนี่ง้อคแล้วเราต้องไปช่วยเค้า แล้วมันเห็นผล...เรารู้สึกว่าจะเห็นผลมากกว่า ชัดเจนกว่า...คือมานั่งตรงนี้เนี่ยเราก็ไม่รู้ว่่าที่เราทำเนี่ยเค้าได้จริงรึเปล่า ตรงนี้เราไม่มีคำตอบ...มันไม่มีตัววัดมาให้เราว่า จริงๆ แล้วเค้าต้องการอะไร สิ่งที่เราให้ไปเนี่ยตรงกับที่เค้าต้องการ หรือเปล่า”

(ซารา)

2. อึดอัด ขัดแย้ง ที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่

พยาบาลไอซียู 8 ราย รู้สึกอึดอัด ขัดแย้ง เมื่อแนวทางการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับความเห็นหรือประสบการณ์ของพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีที่แพทย์ยังคงให้การรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ขณะที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายและต้องการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยมากกว่า ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติตามการตัดสินใจของแพทย์ ดังที่ใหม่เล่าว่า

“บางทีเรารู้สึกว่าเราขัดแย้งว่าไม่น่าจะต้องสู้่อีกแล้วแต่ทำไมยังต้องมาบีบกันถึงขนาดนี้...แต่เราโดยบทบาทแล้วเราแย้งไม่ได้ เราอาจจะแย้งได้ในฐานะที่เรามีประสบการณ์

เราก็พูดได้แค่ว่า พอได้แล้วมั้งหมอ ก็คือแค่แย้งเขาไปแบบนี้ ถ้าเขาไม่โอเคกับเราๆ ก็ทำอะไรไม่ได้ เพราะว่าบทบาทโดยฐานะของเรา เราก็ยังอยู่ภายใต้คำสั่งเขาในบางโอกาส เราก็เลยต้องทำไปตามนั้น...ก็เลยทำให้การดูแลตรงนี้(การทำให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทรมาน) เรา รู้สึกมันไม่ได้ มันเหมือนมันไม่ได้สมบูรณ์ เรากลับไปมุ่งทางกายเขามากกว่า ที่ที่สุดท้าย เขาก็ต้องไปนะ...เป็นส่วนที่อึดอัดส่วนหนึ่ง เพราะว่า มันเป็นบทบาทที่เราแทบจะทำได้...มันเป็นความรู้สึกที่ขัดแย้ง”

(ใหม่)

3. ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ

พยาบาลไอซียู 5 ราย สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลไอซียูต้องการให้ญาติทราบความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย แต่ไม่ทราบว่าจะบอกอย่างไรจึงไม่เป็นการทำร้ายจิตใจของญาติ พยาบาลไอซียูจึงรู้สึกลำบากใจในการบอกความจริงกับญาติ โดยเฉพาะเมื่อแพทย์ผู้รักษาไม่ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“กับญาติลำบากใจนะพี่...ถ้าเวลาพูดคุยว่าเออคนไข้แย่มากอะไรอย่างนี้นะพี่...ไม่รู้ว่าจะบอกเค้าแค่ไหน เหมือนกับเรารู้ว่าคนไข้แย่มากแล้วนะ แต่เค้า(ญาติ)เหมือนกับว่าต้องค่อยๆ รับรู้ เหมือนกับว่าเค้าจะ ส่วนหนึ่งก็รู้แล้วว่าแย่ แต่ถ้าเราออกโพล่งไปเลยไม่รู้ว่าจะรับไหวหรือเปล่า”

(แพร)

“เราก็คุยกับญาติ ให้ข้อมูล แต่ก็ต้องระวัง ไม่ใช่ทำให้แล้วมันขัดแย้งกับทีม ซึ่งบางทีมันลำบากใจ ที่ว่าเราว่าไม่ไหวแล้วแต่หมอก็ยังไม่คุยอะไรกับญาติ ยังบอกว่าคนไข้ดีขึ้น”

(อัน)

4. เครียด กัดค้นเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้

พยาบาล ไอซียู 4 ราย รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งความเครียดเกิดจากการมีความรู้สึกเสียใจ เสรีใจร่วมกับญาติ แต่ต้องเก็บความรู้สึกเหล่านี้ไว้ ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ ดังที่तालเล่าว่า

“มีอยู่เคสหนึ่ง ตอนนั้นรู้สึกที่อกลึกมาก รู้สึกเครียด...เห็นสิ่งแวดล้อมทุกอย่างของคนไข้ ก็
จะเครียด...เครียดเพราะว่า คือตอนนั้นอาจเห็นอะไรหลายๆอย่าง ญาติด้วย คนไข้ด้วย เรา
คือบางทีตอนนั้นเรารู้สึกว่า เราเหมือนคนเสียใจแบบนี้เหมือนกัน แต่พอเราทำงานเราแสดง
อะไรออกมาไม่ได้ มันคงกดดันมากกว่าโดยที่เราไม่รู้ตัว...เราทำงานเรารู้สึกว่าเราก็ต้อง
เป็นที่พึ่งให้ญาติด้วย ถ้าเราตัวเองเราก็ไม่รู้จะปลอบญาติอย่างไร...รู้สึกอึดอัด เพราะว่ามัน
ดูแลอยู่ใกล้ชิดตลอดด้วย แล้วก็เด็กอายุน้อย มัน progress เร็วมาก”

(ตาล)

5. สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย

พยาบาลไอซียู 9 ราย มีความรู้สึกสงสาร หดหู่ เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่พยาบาลเห็นว่ายังไม่
ถึงวัยที่จะเสียชีวิต และเมื่อญาติแสดงออกถึงความเศร้าโศกเสียใจรุนแรง โดยเฉพาะเมื่อเห็นความ
รัก ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและญาติ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“คนไข้ที่ไม่ควรจะ dead (เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ) ก็ารู้สึกว่าทำด้วยความสลดหดหู่ด้วย
ความรู้สึกที่ว่าสงสารทั้งตัวคนไข้และครอบครัว...รู้สึกที่สงสาร เสียหายชีวิต ชีวิตที่ไม่
น่าจะสั้นก็สั้น ยังรู้สึกไม่คิดกับตรงนี้แม้ว่าน้องจะดูแลเค้าดีที่สุด แต่น้องก็รู้สึกว่าไม่อยากให้
เค้าตาย...สงสารญาติ ด้วยความที่ว่าคนไข้มาแล้วตายแล้วเหวอ แล้วเค้าก็ร้องไห้ดังมาก
น้องรู้สึกว่าเป็นน้องแย่มากๆเลยตอนนั้น”

(นัท)

“บางครั้งก็จะรู้สึกสงสารญาติด้วย กรณีที่เค้ามีความผูกพันกันมาก ขึ้นอยู่กับสถานการณ์
ตอนนั้นนะ สิ่งที่ทำให้เรารู้สึกสงสารก็เป็นความรู้สึกของญาติ”

(เพลิน)

6. รู้สึกดี อิ่มใจ ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

พยาบาลไอซียู 7 ราย รู้สึกดีเมื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตาย และให้
การดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ พยาบาลไอซียูเห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นหน้าที่
ของพยาบาลอย่างแท้จริง ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“มีอยู่เคสหนึ่งที่เค้าตื่น (รู้สึกตัว) off tube วันนั้นเค้าจะใช้ให้บีบๆ นวดๆ ให้เค้า อะไรอย่าง
นี้ พอสักพักหนึ่งมีคนบอกว่าคนไข้คนนี้ death แล้ว เรารู้สึกว่าจริงๆที่เราได้ทำให้เค้า...รู้สึกดี

กับตัวเองว่า เธออย่างน้อยได้ทำให้เค้านะ...เราได้ทำตามความต้องการสุดท้ายของเค้าใน
ภาวะสุดท้ายที่เราสามารถตอบสนองได้”

(เหม่ม)

“จะรู้สึกคิดนะ ถ้าคนไข้แยแล้วเค้าได้ไปอย่างสงบ...มันบอกไม่ถูกแต่จะรู้สึกดีถ้าเราได้เจอ
เคสแบบนี้นะ เหมือนเราได้ทำให้คนไข้เค้าได้ไปให้สงบ...ที่รู้สึกว่ามันมีผลภายหลังนะ
รู้สึกว่าถ้าคนไข้ไปแบบสงบญาติรับได้อะไรอย่างเนี่ย คนไข้ได้รับการตอบสนองอะไร
บางอย่างที่เค้าต้องการเราก็จะรู้สึกดี...บางทีญาติไม่ยอมรับ แต่ว่าการที่เราช่วยให้คนไข้ไป
อย่างสงบเนี่ย เราก็จะรู้สึกดีแล้ว”

(อัน)

“มีคนมาทักว่า เกียมเลยนะ สีหน้าเกียมแล้วน้ำตาแกไหล ขณะที่น้องกำลังคุยกับคนไข้...
รู้สึกอึดใจที่ รู้สึกว่านี่คือหน้าที่ของเราจริงๆ เลย นี่ก็ใช่เลย ไม่ใช่ว่าปล่อยให้วันๆหนึ่ง
ตายไปโดยไม่ได้ทำอะไรแค่แพ็ค(แต่งศพ)แล้วก็จบ รู้สึกว่าได้ทำเต็มความสามารถ แล้ว
คนไข้ได้รับ ได้รับจริงๆ”

(นัม)

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติใน 3 ด้าน คือ
1) ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) ดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) ดูแล
จิตใจตนเองให้พร้อม ซึ่งมีรายละเอียดของการปฏิบัติ เหตุผล และเงื่อนไข ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน

พยาบาลไอซียูสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับ
ผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลมีการปฏิบัติใน 7 ลักษณะคือ 1) ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย
2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติมากที่สุด 3) อยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ 4) ส่งเสริมให้จิตใจสงบ 5) ดูแล
ทั่วไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในไอซียู 6) อยากได้อะไรก็ทำให้ และ 7) ทำด้วยความนุ่มนวล
และไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย

พยาบาลไอซียู 10 ราย ให้การดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยใกล้ตาย โดย
การดูแลสุขอนามัย และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ดูแลสุขอนามัย

พยาบาลไอซียูดูแลความสะอาดของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย โดยช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างเหมือนที่ให้การดูแลผู้ป่วยในไอซียูทั่วไป ซึ่งพยาบาลไอซียูประเมินความสบายของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับความรู้สึกของตัวเองว่า ตัวเองจะรู้สึกอย่างไรหากอยู่ในภาวะเช่นเดียวกับผู้ป่วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ดูแลทั่วไปนะ สุขวิทยาทั่วไป เราก็ให้โททล์แคร์ธรรมดาเหมือนคนอื่น ๆ...เพราะเรารู้สึกว่า มันเหมือน มันจะรู้สึกสบาย เราใช้ความรู้สึกเรา...อันนี้เอาความรู้สึกของตัวเองนะว่า ถ้าเรานอนอยู่แบบไม่สะอาดก็จะรู้สึกไม่สบายตัว คือหลับก็หลับไม่สนิทนะ ก็คือคนที่เขาจะไปก็น่าจะไปให้เขาสะอาดแล้วก็หลับสนิท”

(ແหม່ມ)

1.1.2 ลดความทุกข์ทรมาน

พยาบาลไอซียู 7 ราย ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการปวด เหนื่อยหอบ และกระสับกระส่าย เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว พยาบาลไอซียูจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการ ทั้งนี้พยาบาลเชื่อว่าการลดความทุกข์ทรมานนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบมากขึ้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“คิดว่าคนไข้ยังคงปวด สำหรับบาง case ที่ on เครื่องช่วยหายใจแล้วดูว่าแกหายใจเอือกๆ ก็บอกหมอว่า หมอขอยานอนหลับได้ไหม”

(ເພລິນ)

“เราควรให้ยาเขาเพื่อให้เขา(ผู้ป่วย)รู้สึกว่า เขาไม่ต้องทรมานตรงนี้ ส่วนหนึ่งก็คือมองว่าถ้าเขาทุกข์ทรมานตรงนี้ใจเขาก็จะไม่สงบ มันจะรวบรวมสติได้ไม่ดีเท่าที่เรานิ่งๆ...อย่างถ้าคนไข้เหนื่อยเราก็ช่วยบีบ ambu ให้”

(ໃໝ່)

1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติมากที่สุด

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย และญาติรับรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลไอซียูจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติใกล้ชิดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาสุดท้ายก่อนผู้ป่วยตาย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเห็นว่า การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายท่ามกลางญาติเป็นการตายที่ดีกว่าการตายอย่างโดดเดี่ยวไม่มีใครอยู่ด้วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ถ้าให้คิดก็คิดว่าควรจะเป็นญาติ แล้วก็ควรจะเป็นคนที่คนไข้คุ้นเคย เพราะมีความรู้สึกว่าคุณคนไข้ครั้งสุดท้ายนี้เขาจะ เรื่องหูเขายังได้ยินเป็นครั้งสุดท้าย คือส่วนอื่นมันจะหายไป แต่หูนี้มันยังอยู่ เขาน่าจะได้ยินเสียงที่คนที่คุ้นเคยมากกว่า แล้วเขาจะรับได้เร็วกว่ากับการที่จะไปฟังเสียงคนแปลกหน้า”

(ใหม่)

1.3 อยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ

พยาบาลไอซียู 5 ราย ได้เล่าถึงการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ญาติไม่อยู่ โดยการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย หรือสัมผัสตัวผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“จะไปลูบหัวสัมผัสเสียส่วนใหญ่...สัมผัสให้เขารับรู้ว่านี่คือร่างกายของเขา ให้รู้ว่าอย่างน้อยก็มีเรา”

(น้อม)

“มันก็ต้องพูด ต้องคุยนะ ปลอดภัยเค้าสักหน่อย...เค้านอนอยู่ไม่มีใคร กำลังจะตายอยู่นะ พี่...น้องว่าคนเราถ้ามีคนคอยพูดคอยบอกสักคนก็ยังดีอะ เค้ารับรู้หรือไม่รับรู้ก็แล้วแต่”

(แพรว)

1.4 ส่งเสริมให้จิตใจสงบ

พยาบาลไอซียู 11 รายมีการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ โดยการให้ผู้ป่วยฟังเพลง เสียงสวดมนต์หรือธรรมะตามความชอบของผู้ป่วย การพุดน้อมนำและเตือนสติผู้ป่วยใกล้ตายให้ปล่อยวางและทำจิตใจให้สงบสบาย พร้อมทั้งระลึกถึงสิ่งที่ดีงามหรือสิ่งที่เคารพนับถือ และการ

พุทธแทน แล้วก็จะบอกว่าให้นึกถึงพระเจ้าแค่นั้น...คือตัวเองไม่รู้ว่ทางศาสนาคริสต์เขาทำ
 ยังไง แต่อิสลามนี่ก็พอทราบว่าต้องมีคนมาอ่านให้ฟัง ก็จะบอกญาติว่าใครที่พออ่านคัมภีร์
 ได้ก็มาอ่านให้คนไข้ฟัง”

(ใหม่)

1.5 ดูแลทั่วไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในไอซียู

พยาบาลไอซียู 6 ราย เล่าว่ายังคงให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน
 ไอซียู ได้แก่ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการ
 เปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังที่ใหม่เล่าว่า

“ในแง่ของการพยาบาลเราก็ดูแลไปโดยที่ เช็กสัญญาณชีพ *vital sign* ไปตามหน้าที่ของ
 พยาบาลที่ต้องทำในส่วนของร่างกาย อย่างเช่น หมอให้การรักษแบบนี้ ให้อา ก็ให้อาไป
 ตามการรักษา แล้วก็การ *resuscitate* ก็คือการช่วยเหลือตามการรักษา”

(ใหม่)

1.6 อยากได้อะไรก็ทำให้

พยาบาลไอซียู 6 ราย เล่าถึงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการหรือคำสั่งเสียของผู้
 ผู้ป่วย โดยสอบถามผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในปัจจุบัน หรือ ความต้องการ
 ของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเคยบอกญาติไว้ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะไม่รู้สติตัว แล้วทำตามที่ผู้ป่วยต้องการ
 อนุญาตให้ญาติทำตามความต้องการของผู้ป่วย และแนะนำให้ญาติแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าได้จัดการ
 ตามที่ผู้ป่วยได้สั่งเสียไว้เรียบร้อยแล้ว หรือรับปากกับผู้ป่วยว่าจะจัดการตามนั้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เดสนั้นเขา *NPO* แต่น้องเขาอยากกินขนมหวานก็ให้กินนะค่ะ เราก็ป้อนให้กิน...เขาอยาก
 กินอะไร น้ำก็ให้กิน แล้วก็คุยกับญาติให้ไปซื้อ ช่วงนั้นมันดึกแล้วด้วย ขนมหวานก็ไม่มี
 ญาติก็ไปซื้อธัญมาให้ ก็ป้อน...เดสนี้เค้าอยากดูทีวีก็เปิดทีวีให้ดู”

(ตาล)

“บางทีเค้าอาจจะมื่ออะไรที่เคยสั่งเสียกันมาก่อนหน้านี้ไงพี่ ถ้าญาติได้มาบอกข้างหนูนะว่าอัน
 นั้นอันนั้นนะเรียบร้อยแล้วอะไรอย่างนี้ก็เออมั่นน่าจะคืนะ”

(ปอ)

“เมื่อถึงจุดนี้คนไข้เค้าไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองไง ญาติจะเป็นหลัก จากการที่ที่เคยดูคนไข้มา ยิ่งถ้าคนไข้แก่ๆ เค้าจะเสี่ยงไว้ไง...เราต้องเปิดโอกาสให้เพื่อที่จะให้เค้าบอกได้”
(อัน)

1.7 ทำด้วยความนุ่มนวล และไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น

พยาบาลไอซียู 5 ราย สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลไอซียูให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมากเกินไป ดังที่แวนเล่าว่า

“อย่างหนึ่งที่ต้องระวังก็คือในเรื่องของการ ไป... เราก็จะพยายามจะใช้ความนุ่มนวลมากที่สุด แล้วก็พยายามจะปิดให้เขาหน่อย...ถ้าเรื่องของการเคลื่อนย้ายศพ เวลาที่เรื่องของรถเรื่องอะไร เราก็จะดูแลเรื่องของสภาพของตัวคนที่ คือเขาไม่ใช่สิ่งของที่งอก เขาไปวางอยู่หลังรถอะไรอย่างนี้นะ นี่ก็เราเรามีความรู้สึกว่ามันไม่ดี”

(แวน)

2. การดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่ไม่รู้สึกร่างกาย พยาบาลไอซียูเห็นว่าญาติเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงให้ความสำคัญและให้การดูแลญาติ เพื่อให้ญาติยอมรับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลเห็นว่าสิ่งที่ญาติยอมรับความจริงได้ ญาติจะมีส่วนสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบได้ ดังที่อันเล่าว่า

“พี่มองว่าคือถึงตอนนั้นบางทีคนไข้จะไม่ค่อยรับรู้อะไร แต่ญาติจะสำคัญ แล้วพี่ก็คิดว่าญาติจะเป็นคนช่วยให้คนไข้รู้สึกสงบ พี่มองว่าถ้าญาติทำใจได้แล้วคอยบอกคนไข้ คนไข้จะพลอยสงบไปด้วย”

(อัน)

พยาบาลไอซียูให้การดูแลญาติโดย 1) ให้ญาติปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ 2) เตรียมญาติในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน 3) ให้ข้อมูลเพื่อทำใจ 4) ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 5) ประคับประคองจิตใจของญาติ 6) ดูแลความสุขสบายทางกายของญาติ 7) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 8) พยายามให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ให้นิยามปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ

พยาบาลไอซียูส่งเสริมให้นิยามของผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อของญาติ ด้วยการสอบถามความต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อและอนุญาตให้ปฏิบัติได้ ทั้งนี้กิจกรรมนั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น รวมทั้งไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่นมากเกินไป เช่น ให้งดกิจกรรมที่ต้องจุดไฟ ระเบิดระวางไม่ส่งเสียงดังจนเกินไป เป็นต้น โดยพิธีกรรมที่พบบ่อยได้แก่ การนิมนต์พระมาสวดข้างเตียงผู้ป่วย การนำพระพุทธรูปหรือเครื่องรางของขลังมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย การถวายสังฆทาน การอ่านคัมภีร์อัลกุระอ่านให้ผู้ป่วยฟัง การให้อาบน้ำหรือคั้นน้ำมันต์ เป็นต้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“พี่ก็ถามว่าคุณมีอะไรจะทำให้คนไข้หรือเปล่า คือพูดเพื่อให้เค้ารู้ว่าเราให้โอกาสเขาจะมาเป็นลักษณะการเปิดโอกาสให้เขาเท่านั้นเอง ถ้าเขาอยากทำเขาก็มาบอกเราก็คืออะไรประมาณนั้น คือให้เขารู้ว่าเขายังมีโอกาสตรงนี้นะ”

(แวน)

“เหมือนกับที่(ญาติ)เอาน้ำมันต์มาให้ *feed* เอมามาหยดใส่ปาก ก็ว่าเออมันไม่ได้เป็นอันตรายอะไร ไม่รบกวนต่อการรักษาต่ออะไรเราก็ให้ได้”

(อัน)

“แล้วแต่เขาอยากได้พิธีอะไรที่มันไม่ขัดกับในที่ทำงานของเรา...ส่วนใหญ่เราก็จะให้แต่ว่ามันต้องดูก่อนนะจะว่ามันจะใหญ่จนวายแคไหน...ส่วนใหญ่เขาจะมากรดน้ำ เอาพระมาพระมา แต่ถ้าเกิดว่าพระองค์สององค์ก็โอเค แต่ถ้าพระเยอะก็ต้องหมุนเวียนเข้ามา...ถ้าเหมือนอิสลามนี้เขามักจะพามาสวดกันเยอะๆ ก็ให้เขาสวด แต่ว่าให้เขาเสียงเบาๆ ...ถ้าแค่สวดมนต์อะไรแบบนี้ทำได้ แต่ถ้าจุดธูปจุดไฟก็คงไม่ให้ทำ...เพราะว่ากลัวว่า คือมันออกซิเจนหัวเตียง ถ้าเกิดรั่วมันก็จะเกิดไปใหม่ได้...หรือว่าถ้าเกิดว่าพระมาปิดม่านอยู่ในม่านไม่ได้รับกวนเตียงข้างๆ ก็โอเค”

(ตาล)

2.2 เตรียมญาติในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน

ในกรณีที่ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลไอซียูจะตอบสนองความต้องการนั้น โดยประเมินการรับรู้ข้อมูลของญาติเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยว่าญาติรับรู้ถูกต้องหรือไม่ หาก

ญาติยังรับรู้ข้อมูลไม่ถูกต้องชัดเจน พยาบาลไอซียูจะประสานงานให้แพทย์ให้ข้อมูลญาติอีกครั้ง เมื่อญาติยืนยันความต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลจะเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย เอาสายสวนหรืออุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นออก เตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอระหว่างการเดินทาง ให้ยืมอุปกรณ์ช่วยหายใจ ไปใช้ระหว่างเดินทางหากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ สอนวิธีการถอดสายหรืออุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ออก ติดต่อบุคลากรหากญาติต้องการ อธิบายญาติว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตระหว่างการเดินทางได้ และหากผู้ป่วยยังรู้สึกตัว พยาบาลจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าญาติกำลังจะรับกลับบ้าน ดังที่บันทึกเล่าว่า

“เขาจะเอากลับ เราก็จัดการเตรียมตัวให้เขา คือว่าสอนเรื่องการเอาท่อออก เรื่องการให้ยา อย่างเช่น *inotrop* เราก็บอกว่าเราจะให้ยาตัวนี้ไปนะ...การออฟเราก็จะบอก จะสอนเขา ถ้าเป็น *triple* เราก็จะแทงเป็น *IV* ไว้ให้ค่ะ แต่ถ้าเคสที่เราแทงไม่ได้จริงๆเราก็บอกเค้าเรื่อง *triple* ให้เขาเอาเม็ดเล็กๆนะ เราก็จะสอนเค้า ให้กคนานๆ และสอนวิธีการทำยังไงให้คนไข้ แบบว่าโอเค...ในกรณีที่เรามองแล้วว่าคนไข้อาจจะไปไม่ถึงแน่ เราก็บอกเค้าว่าคนไข้ อาจจะเสียชีวิตกลางทางนะ คุณต้องทำใจไว้”

(นัท)

2.3 ให้ข้อมูลเพื่อทำใจ

พยาบาลไอซียูทุกรายเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย ญาติมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อการเตรียมตัว เตรียมใจสำหรับความตายของผู้ป่วย พยาบาลไอซียูตอบสนองความต้องการ โดยมีขั้นตอนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยใกล้ตายดังนี้

2.3.1 ประเมินการรับรู้ก่อนให้ข้อมูล พยาบาลไอซียูประเมินการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าญาติมีการรับรู้อย่างไร รวมทั้งประเมินความสามารถในการยอมรับข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายของญาติ หากพยาบาลประเมินได้ว่าญาติยังไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาลจะติดต่อแพทย์เพื่อให้ข้อมูลญาติโดยตรง เนื่องจากพยาบาลเห็นว่าการเริ่มต้นให้ข้อมูลเรื่องนี้เป็นหน้าที่ของแพทย์ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เวลาจะให้ข้อมูลเค้าทีจะประเมินก่อนว่าเค้ารับรู้ข้อมูลมาแล้วไหน คนไข้เป็นอะไร หมอให้ข้อมูลมาแล้วไหน ยังไง รุ้รายละเอียดแค่ไหน ถ้าเรารู้สึกว่าญาติยังไม่รู้เลยว่าคนไข้เป็นอะไร ทีก็จะหาโอกาสคุยกับหมอเจ้าของเคสว่าคนไข้เนี่ยอาการแย่มากแล้ว หมอได้คุยกับญาติแล้ว

ไหนด แล้วถ้าเกิดญาติยังไม่เข้าใจที่จะบอกหมอว่าญาติยังไม่ค่อยรู้เลยนะว่าคนไข้เป็นยังไง ก็จะให้หมอคุยกับญาติอีกครั้งนึง ญาติเค้าจะ‘ได้รับรู้’”

(อัน)

ในกรณีผู้ป่วยใกล้ตายแบบกะทันหัน เมื่อญาติเข้ามาขณะที่กำลังให้การรักษา เพื่อช่วยชีวิต พยาบาลไอซียู 3 ราย สะท้อนให้เห็นว่าจะพยายามปลีกดัวจากการดูแลผู้ป่วยไปให้ ข้อมูลญาติ โดยแจ้งให้ทราบสั้นๆว่าผู้ป่วยเป็นอะไร และ กำลังให้การดูแลเพื่อช่วยชีวิตอยู่ แล้วแจ้งให้แพทย์รับมาให้ข้อมูลญาติอีกครั้ง ดังที่เพลินกล่าวว่า

“บอกหมอให้ไปคุยกับญาติ คุยเรื่อง prognosis เรื่องว่าแกเป็นอะไร ก็คือให้ญาติรับทราบ เพราะเค้าไม่ได้เตรียมตัว...(ตอนนั้น)ตัวเราเองไม่สามารถให้ข้อมูลญาติได้ในตอนนั้น เรา ต้องช่วยอยู่อย่างเต็มที่ แต่ว่าหมอจะแบ่งคนหนึ่งที่เป็นเจ้าของไข้ แล้วมาคุยกับญาติเป็น ช่วงๆ ในขณะที่เราปั๊มไป”

(เพลิน)

2.3.2 ให้ข้อมูลที่ปัจจุบัน โดยพยาบาลไอซียูจะให้ข้อมูลตามความเป็นจริงซึ่งต้องไม่ขัดแย้งกับการให้ข้อมูลของแพทย์ และชี้ให้ญาติเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้นภายหลังให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้ว รวมทั้งให้คำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ญาติมีความเข้าใจข้อมูลที่ญาติได้รับจากแพทย์มากขึ้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“หลังจากนั้นทั้งเราแล้วก็หมอจะได้คุยอาการบอกเค้าอย่างต่อเนื่องนะ จะบอกทุกวัน แล้ว ถ้าอาการเปลี่ยนแปลงก็จะรีบบอก ถ้าอาการเปลี่ยนแปลงที่จะรีบถามหมอว่าจะคุยอาการ กับญาติมั้ย”

(อัน)

นอกจากนี้ พยาบาลไอซียู 2 ราย เล่าว่าจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือสัญญาณชีพอื่นๆ พยาบาลกล่าวว่าการที่ญาติได้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่เลวลง จะทำให้ญาติยอมรับความจริงได้มากขึ้น ดังที่เพลินเล่าว่า

“อยากให้ญาติเห็นเลยว่าเป็นยังไง อยากให้ญาติเห็นลักษณะของคลื่นไฟฟ้าที่มันยังอยู่ แล้วคลื่นไฟฟ้าที่มันหมดแล้ว อยากให้ญาติเห็นกับตาตัวเองมากกว่า รู้สึกว่าเหมือนการ treat ญาติด้วยนะ เออไม่ใช่ ไม่ใช่ treat ญาติ คือ เหมือนแบบว่ามันเป็นกันบอกได้ดีที่สุดนะ เป็นการบอกได้ดีที่สุด...เขาจะทำใจได้หรือไม่ได้ก็ตอนนั้นเลย... ได้เห็นเองไม่ใช่ว่าคนอื่นบอก บางทีคนอื่นบอกเขารู้สึกว่า คำไม่เชื่อ”

(เพลิน)

2.3.3 ให้เวลาญาติในการรับทราบข้อมูล ระหว่างการให้ข้อมูล พยาบาลมีการประเมินปฏิกิริยาของญาติต่อการรับรู้ข้อมูลนั้นๆ และให้เวลาญาติในการทำใจยอมรับความจริงโดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติมซ้ำๆตามความจำเป็น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“สำหรับคนที่รับไม่ได้นี่เราอาจจะมีวิธีการอีกแบบหนึ่ง คือพูดแบบให้เวลาเค้านิดนึง ค่อยๆบอกเค้านิดนึง แล้วก็ให้เค้าปรับตัวนิดนึง...ต้องให้เวลาอะ เพราะส่วนใหญ่เท่าที่เคยเห็น แม้กระทั่งญาติมาถึงเห็นคนไข้แล้วก็ช็อกอึ้ง นิ่งไปเลย หรือร้องไห้วิ่งออกไป แสบหนึ่งเค้าก็เข้ากลับมา เหมือนว่าเค้าไปตั้งหลักแป๊บหนึ่ง แล้วถึงตอนนั้นเค้าก็จะรับข้อมูลที่เราให้”

(ซารา)

2.4 ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

พยาบาลไอซียูกล่าวว่า ญาติผู้ป่วยมักต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต และในกรณีที่ญาติไม่อยู่ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต พยาบาลจะติดต่อญาติให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต เพื่อให้ญาติมาทันเวลาก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลเชื่อว่าการที่ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวจะช่วยให้ญาติมีความรู้สึกที่ดีต่อการตายของผู้ป่วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ช่วงเวลาที่ใกล้จะเสีย เขา(ญาติ)ก็อยากจะอยู่กับคนไข้ที่กำลังจะไป...ญาตินะเค้าเฝ้ามาทั้งวัน เค้าก็ไม่น่าจะพลาดพอถึงช่วงนี้ ถ้าเขาพลาดเขาก็คงเสียดาย...สำคัญกับความรู้สึกของญาติ...รู้ว่าญาติเค้าก็ต้องเสียใจ...ถ้าเค้าต้องการที่จะทำอะไรให้คนไข้ ถ้าเกิดเค้ามาเยี่ยมเราก็เปิดโอกาสให้เค้าอยู่กับคนไข้ไง ก็พยายามเปิดโอกาสให้เค้า...เราไม่ได้ strict เวลาว่าหมดเวลาเยี่ยมแล้วนะคะ ...ถ้าเกินเวลาไปเราก็ให้เค้าอยู่ก็ได้ เพราะวาระเวลาที่เค้าจะได้อยู่

ด้วยกันเราก็ไม่รู้ว่าจะนะ...อยากให้มีมาดูแลเหมือนคุณใจใจพี่ แบบว่าไป(เสียชีวิต)แบบมีญาติมา
ห้อมล้อมข้างเตียงน่าจะดีกว่าไปคนเดียว”

(ปอ)

นอกจากนี้ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วก่อนที่จะเริ่มอาบน้ำแต่งศพ พยาบาลจะให้
เวลาญาติได้อยู่กับผู้ป่วยต่อไปอีกระยะหนึ่ง เนื่องจากพยาบาลเห็นว่าญาติต้องการอยู่เป็นเพื่อน
ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ให้ญาติอยู่สักพักหนึ่งไม่ต้องรีบในการจะเปลี่ยนผ้าเช็ดตัวให้คนไข้...พี่รู้สึกว่าช่วงนั้นจะ
เห็นว่าญาติเค้ายังอยากอยู่กับคนไข้สักพักหนึ่งในสภาพตอนนั้นนะนะ เราารู้สึกว่าเป็นสิ่ง
ที่เราเอื้อให้ได้ ก็เห็นญาติเค้าจะรู้สึกดี ไม่ใช่รู้ว่าพอ death ปุ๊บแล้วให้ญาติออก อะไรนั้นรู้สึก
มันเหมือนทำร้ายญาติ ตอนนั้นเค้าน่าจะรู้สึกแฉะแฉะ ส่วนใหญ่จะให้ญาติอยู่สักพัก
หนึ่งก่อน”

(อัน)

2.5 ประคับประคองจิตใจของญาติ

พยาบาลไอซียูทุกราย ประคับประคองจิตใจของญาติในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะ
สุดท้ายของชีวิต โดยพยายามอยู่กับญาติให้มากที่สุด หรือในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถปลื้มตัวมา
อยู่กับญาติได้ พยาบาลจะพยายามหาบุคคลอื่น โดยเฉพาะญาติคนอื่นที่พยาบาลประเมินว่าสามารถ
ยอมรับการตายของผู้ป่วยได้ดีพอสมควรมาดูแลแทน เนื่องจากพยาบาลเห็นว่าคนที่เป็ญาติกันจะ
เข้าใจกันและกันมากกว่าพยาบาล สามารถให้การดูแลและปลอบโยนญาติที่อยู่ในภาวะโศกเศร้า
เสียใจ ให้สงบลงได้ พยาบาลไอซียูให้การดูแลประคับประคองจิตใจของญาติโดย 1) รับฟังอย่าง
เข้าใจ และ อยู่เป็นเพื่อน 2) จัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดี และ 3) จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ โดยมี
รายละเอียดดังนี้

2.5.1 รับฟังอย่างเข้าใจ และ อยู่เป็นเพื่อน

ในขณะที่แพทย์ให้ข้อมูลญาติ รวมทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลไอซียู
9 รายเล่าว่าพยาบาลใช้เวลาอยู่กับญาติเพื่อประคับประคองจิตใจญาติที่รู้สึกเศร้าใจจากการสูญเสีย
ผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้ไม่รู้สึกผิดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ให้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้ง
รับฟังด้วยความสนใจและเข้าใจ และแสดงให้เห็นว่าพยาบาลยินดีให้ความช่วยเหลือหากญาติ
ต้องการ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ส่วนใหญ่ก็จะยืนอยู่เป็นเพื่อนแล้วไม่พูดอะไรหรือถ้าเค้าพูดอะไรก็ฟัง...ส่วนใหญ่ก็จะยืนอยู่เป็นเพื่อนซักแป็บนึงในช่วงที่ญาติกำลังร้องไห้ รู้สึกสูญเสีย แล้วถ้าคนไข้เสียแล้วก็จะให้เวลากับการร้องไห้ของเค้าก็ไม่พูดอะไร ก็จะอยู่เป็นเพื่อน แสดงสีหน้าแวตว่าเราเข้าใจความรู้สึกของเค้านะ...พูดเปิดโอกาสให้เค้ารู้ว่ามื่ออะไรเราช่วยได้ เช่นว่าจะให้ติดต่ออะไร พูดเป็นการเปิดโอกาสว่ามื่ออะไรให้เราช่วยเราก็นิดี”

(ซาร่า)

“แม่เขามานั่งคุยกับเราถึงคนไข้ว่าเป็นคนยังไง เรายังฟัง...ตอนแรกก็ถามอย่างอื่นเค้าก่อนถามเรื่องต่างๆ ไปก่อน แล้วเค้าจะเล่าของเค้าเอง...บางที่ถ้าเราไม่เริ่มคุยกับเค้าเลย เค้าจะมาเล่าเรื่องของลูกเค้าได้ยังไง เราต้องเริ่มพูดกับเค้าก่อน...บางที่ก็จับมือเค้าบ้างนะ”

(เล็ก)

“(ญาติ)พูดน้ำเสียงเหมือนกับว่าเค้ารู้สึกผิด ที่ว่าเค้าไม่ทำอะไร ไม่ช่วยอะไร.. นิ่งก็บอกว่าที่ญาติทำตามความต้องการของคนไข้ ญาติทำถูกแล้ว เพราะมันก็ไม่ได้ช่วยให้คนไข้หาย แต่ทรมาณเปล่าๆ คนไข้ก็ไม่ต้องการด้วย... ไม่อยากให้ญาติรู้สึกผิด รู้สึกเป็นอะไรที่ค้างคาใจ ญาติทำตามที่คนไข้ต้องการก็จริง แต่เค้าก็จะรู้สึกว่าเค้าทำถูกหรือเปล่า ผิดหรือเปล่า”

(แพร)

2.5.2 จัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดี

ตลอดช่วงเวลาที่พยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลไอซียู 7 ราย สะท้อนให้เห็นว่าก่อนให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพยาบาลได้ดูแลสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้สะอาดเรียบร้อย ดูไม่น่ากลัว รวมทั้งจะแต่งหน้าให้ศพของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องญาติต้องการ เพื่อให้ญาติไม่รู้สึกตกใจกลัว และรู้สึกว่าผู้ป่วยตายดี ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“คนไข้ ICU เขามีสายเยอะเยอะอยู่แล้ว พระรุ้งพระรังอยู่แล้ว ถ้าญาติมาเห็นในลักษณะที่แบบว่า คือมันดูไม่ดี ไม่อยากให้ญาติเห็นในภาพลักษณ์ที่มันไม่ดี...คืออาจคิดไปว่าคนไข้อาจจะไปไม่สบาย และอาจจะจำ(น้้นเสียง)เพราะมันเป็นภาพสุดท้ายที่เขาเจอตอนที่คนไข้ยังอยู่”

(เพลิน)

2.5.3 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ

ในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต จนกระทั่งเคลื่อนย้ายศพออกจากไอซียู พยาบาลไอซียูพยายามจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สงบมากที่สุดเท่าที่ทำได้ โดยการเตือนบุคลากรอื่นไม่ให้ส่งเสียงดัง ปิดหรือเบาเสียงเพลงที่เปิดในหอผู้ป่วย พยาบาลไอซียูเห็นว่าจะช่วยให้ญาติรู้สึกว่าคุณพยาบาลมีความรู้สึกร่วมกับความเศร้าโศกเสียใจของญาติ รวมทั้งเป็นการให้เกียรติผู้ตายอีกด้วย

“ตอนที่ญาติเข้ามาอยู่กับคนไข้ก่อนที่คนไข้จะตาย ก็จะพยายามบอก(เพื่อนร่วมงานคนอื่น)... ไม่อยากพูดเสียงดังมากจนเกินไป... บางทีก็มีการเปิดเพลงในวอร์ด น่องก็จะไปปิดเพลงนะ คือเพลงที่มันแบบว่าจังหวะ ไม่ใช่แบบที่เค้าเลือก... อยากให้เค้าอยู่กันอย่างสงบสุข... บางทีเค้า(แพทย์) treat อยู่มูมอื่นนะนะ... พูดกันเสียงดัง อะไรอย่างนี้ ในขณะที่เค้ารู้สึกว่าเค้าเป็นอีกซีกหนึ่งนะ ที่แบบว่าเค้าทุกข์โศกจ้แล้ว ก็อาจกระเทือนเค้า... รู้สึกว่าอยากให้มีบรรยากาศของเค้าตรงนั้น... ให้เกียรติเขาหน่อยนึง คือเขานั้นกำลังจะเสียคนที่เขารักไปแล้ว แต่เรายังมาหัวเราะคิกคักๆ อะไรอย่างนี้ มันรู้สึกว่าคนละอารมณ์กัน”

(เพลิน)

2.6 ดูแลความสุขสบายทางกายของญาติ

พยาบาลไอซียู 5 ราย ให้ความใส่ใจในความสบายทางกายของญาติขณะที่ญาติอยู่กับผู้ป่วย หรือเฝ้าดูแลผู้ป่วย โดยการจัดหาเครื่องดื่มและที่นั่งพักให้ญาติ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อญาติมีอาการทางกาย และเปิดโอกาสให้ญาติได้พักผ่อนตามสมควร ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เดสหนึ่งมีคุณป้าแก่ๆ แล้วก็สามีเขาแย่ ต้องพาไปนั่งนะ หาโวัลตินให้กิน ชงน้ำหวานให้กิน บอกว่ายังไม่ได้กินอะไรเลย เราก็บอกป้านี้ไม่มีอะไรแล้ว เคยมีบอกให้น้องเขาซื้อขนมมาให้ยายอะไรอย่างนี้ก็เคยมีนะ”

(อัน)

“บางคนไม่ได้กินอะไรมาเลย ไปเอาน้ำหวาน โวัลติน ขนม ขนมของเพื่อนๆ ที่เอามาเวรบายเวรตักให้กินนะคะ แล้วก็ให้นั่งเก้าอี้ บางคนเขาไม่ไหวอะไรแบบนี้ จะเป็นลม ให้อยู่ข้างหลังก่อน ไปทำใจ บางคนเป็นลมต้องไปนอนในห้องแยก(ที่ว่างอยู่)นะคะ”

(нім)

2.7 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลไอซียูเปิดโอกาสและให้คำแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยพยาบาลจะปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแล กิจกรรมที่พยาบาลให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยคือการพูดคุยและสัมผัสผู้ป่วย ช่วยจัดหาสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและเสียชีวิตอย่างสงบ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการหรือภาระที่ค้างคาของผู้ป่วย และการแต่งตัวศพ พยาบาลเห็นว่าภารกิจที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติรู้สึกว่าคุณได้ทำสิ่งที่ดีเพื่อผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย และอาจช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของญาติไปจากความเศร้าเสียใจ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“บางคนไม่เคยจับมือคนไข้เลย มาเยี่ยมก็แค่มายืนดู จนถ้าเรอบอกว่าจับได้นะคะ ล้างมือแล้วจับมือคนไข้ แล้วพูดคุยกับคนไข้ ลูบหัวได้ทุกอย่าง แล้วเราก็ทำให้เขาเห็นด้วยว่าเราก็ทำแบบนั้นกับคนไข้ เขาก็ทำนะ หลังจากนั้นเขาก็กลายเป็นสนิท กล้าที่จะคุยกับคนไข้มากขึ้น”

(น้อม)

“ส่วนใหญ่ถ้าทำกิจกรรมให้คนไข้ก็จะมีญาติเข้ามาเป็นหลัก ต้องมีญาติเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างเช่นว่า หาพระมาให้ หาเทพมาให้... ให้ญาติเป็นหลักในการจัดหา คือหมายความว่าเราต้องหาข้อมูลจากญาติก่อน เพราะบางครั้งเทพธรรมะที่เรามีมันไม่ได้ตรงกับที่เขาต้องการ บางทีถ้าเขามีที่บ้านก็จะให้เขาเอามา”

(ใหม่)

2.8 พยายามให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย

พยาบาลไอซียู 5 ราย สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลไอซียูพยายามให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย โดยรายงานให้พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อไปรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการยอมรับการตายของผู้ป่วยและญาติ ที่ตนสามารถประเมินได้ รวมทั้งการดูแลที่ได้ทำไปแล้ว เพื่อให้ญาติได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังที่นัทเล่าว่า

“จะส่งเวรต่อๆกันว่าญาติคนไหนเขายังไม่ยอมรับนะว่าคนไข้จะตาย เราพยายามคุยแล้วเขายังไม่ยอมรับนะ...ก็จะบอกไว้”

(นัท)

3. คุณแลจิตใจตนเองให้พร้อม

พยาบาลไอซียู 6 ราย สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลภาวะจิตใจของตนเองให้กลับสู่ภาวะปกติ โดยวิธีการแตกต่างกัน คือ 1) ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ 2) ทำให้ดีที่สุด 3) ทำบุญให้ผู้ป่วย และ 4) ร้องไห้ระบายความรู้สึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ

พยาบาลไอซียูสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลไอซียูจึงให้การดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อเกี่ยวกับความตายของตัวเองซึ่งทำให้พยาบาลไอซียูรู้สึกสบายใจที่ได้ทำสิ่งที่คิดว่าผู้ป่วยต้องการ ดังที่ซาร่าเล่าว่า

“น้องไม่รู้ว่าคุณต้องการอะไร และเราควรจะให้อะไร...อันนั้น(การสวดมนต์ให้ในใจ)ก็คือ ทำเพื่อความสบายใจของเราต่างหาก ไม่ได้ทำให้คนอื่นไข้อย่างเดียวนะ คือเราเป็นพุทธไง แล้วเรามีความเชื่อตรงนี้ เราทำไปแล้ว เราก็สบายใจนะ...เราก็ให้การพยาบาลตามความเชื่อส่วนตัว...เพื่อความสบายใจของเราว่าถ้าเป็นเราๆอยากได้แบบนี้เราก็เลยให้”

(ซาร่า)

3.2 ทำให้ดีที่สุด

พยาบาลไอซียูสะท้อนให้เห็นว่า การปรับความคิดว่าตนเองได้ให้การดูแลที่ดีที่สุดแล้ว ทำให้พยาบาลไอซียูมีความรู้สึกดีขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ดังที่อันเล่าว่า

“บางทีก็รู้สึกแย่นะที่ต้องบอกว่าร้ายกับญาติ แต่ว่าเราก็ต้องคิดว่า case นี้เค้ามีเวลาให้เราแค่นี้ เราก็ทำยังไงให้ดีที่สุดก็แล้วกัน ส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนั้น ไม่งั้นเราจะรู้สึกแย่”

(อัน)

3.3 ทำบุญให้ผู้ป่วย

พยาบาลไอซียูสะท้อนให้เห็นว่า การทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ทำให้พยาบาลไอซียูคลายความรู้สึกเศร้าเสียใจต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังที่นัทเล่าว่า

“น้องรู้สึกวุ่นวาย (เสียใจที่ผู้ป่วยเสียชีวิต) มากๆเลยตอนนั้น จำชื่อคนไข้ได้ แล้วนอนฝันเห็นแต่เค้า ตอนหลังก็ไม่ไหวแล้ว บอกแฟนว่าไม่ไหวแล้วไปทำบุญนะ ไปถวายสังฆทานแล้วก็เอ๋ยชื่อเค้า หลังจากทำบุญครั้งนั้น ก็ดีขึ้น”

(นัท)

3.4 ร้องไห้ระบายความรู้สึก

พยาบาลไอชิยูสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การร้องไห้เมื่ออยู่คนเดียวทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดน้อยลง ดังที่तालเล่าว่า

“เคสนี้เครียดมาก ลงเวรไปนอนไม่หลับเลย เพราะว่าพอ *death* แล้วแพ็คศพเสร็จก็ลงเวรไปเลย รู้สึกมันเครียด บอกไม่ถูก ปวดหัว ไม่รู้ทำยังไงก็ร้องระบาย แล้วหลับไป...ตื่นขึ้นมา ก็โอเค ดีขึ้น”

(ताल)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอชิยูได้สะท้อนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 7 ปัจจัย คือ 1) ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด 2) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3) ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 4) รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต 5) การบริหารเวลาในการทำงาน 6) รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และ 7) นโยบายและการบริหารจัดการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

พยาบาลไอชิยูสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้น มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น มีผลทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งเกิดความตระหนักว่านอกจากพยาบาลไอชิยูจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว บทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เป็นเพราะตัวเองเข้าใจบทบาทมากขึ้นมั้ง คือเราเรียนมาว่าเราต้องให้การดูแลทั้งกาย จิต สังคม แต่เรายังไม่เห็นความสำคัญนะ เราารู้สึกว่าเรายังรวมกันไม่ได้ เราก็แค่ดูแล(ทางกาย) ทำไมเราต้องไปดูแลอะไรกันขนาดนั้น(ดูแลทางจิตใจ) ไม่ใช่ญาติเราสักหน่อย แต่หลังๆ (เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น) เราเข้าใจมากขึ้น เราก็เลยรู้สึกว่าดูแลด้านจิตใจเป็นเรื่องที่สำคัญ...เคสแรกช่วงนั้นรู้สึกไม่กล้าพูดเลย พูดแค่สั้นๆ ว่าทำใจนะ แค่นั้นเอง แต่

หลังๆ นี่เคสที่ 2 เคสที่ 3 ก็โอเคขึ้น รู้สึกตัวเองปรับพฤติกรรมได้มากขึ้น...อาจจะเห็นการสูญเสียมาเยอะพอสมควรด้วยมั้ง มันก็เลยรู้สึกว่าเออเราควรจะมีบทบาทตรงนี้มากขึ้น”

(ใหม่)

นอกจากนี้ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลให้การดูแลและยอมรับพฤติกรรมของญาติได้มากขึ้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“น้องรู้สึกว่เมื่อก่อนตัวเองดูแลดีแล้วระดับหนึ่ง แต่ว่าพอช่วงที่ตาของน้องเสียชีวิต น้องรู้สึกว่คือเข้าใจความรู้สึกของญาติมากขึ้น ว่เวลาเราเสียคนที่ใกล้ชิด เราเป็นยังไง บางทีก็ทำใจปล่อยๆ บ้าง ญาติบางคนพอ พอถึงช่วงที่คนไข้กำลังจะ death ก็มักจะวุ่นวายแบบว่า aggressive ก็พยายามจะดูแลเค้า ก็คือเข้าใจเค้าเยอะขึ้น...เราก็จะใจเย็นลง แล้วก็ไม่ค่อยถือเขาเท่าไร...ความอดทนต่อญาติที่แบบว่าเข้าๆ ออกๆ มาอยู่ใกล้คนไข้ อะไรแบบนี้ก็จะรู้สึกแบบว่าทนได้เยอะกว่า เข้าใจว่เป็น โอกาสสุดท้ายที่เค้าจะได้อยู่ร่วมกัน”

(ตาล)

2. ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอซียู 9 รายสะท้อนให้เห็นว่ การมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใกล้ตายได้ ความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และความรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติเมื่อได้รับข่าวร้าย ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ดังที่พยาบาลเล่าว่

“เราต้องมีความพร้อมด้านความรู้ ความรู้เรื่อง *patho physiology* ของคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงไป...จะได้ประเมินได้ว่าคนไข้ใกล้แล้วนะ เริ่มต้นได้แล้วนะ...สองก็เป็นความรู้บวกกับความเชื่อเรื่องภพภูมิ...ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย แล้วก็ความรู้เรื่องการสวดมนต์...เพราะบางอย่างถ้าเราไม่รู้เราก็ทำให้เขาไม่ได้...ต้องรู้ อาจจะเป็นเล็กๆ น้อยๆ ที่อาจนำมาใช้ได้ เล็กเอา คัดสรรเอาที่ว่คนส่วนใหญ่น่าจะรู้”

(น้่ม)

“การที่จะดูแลคนไข้พวกนี้ได้ เราต้องมีความรู้ นะ ความรู้ว่าคนไข้ใกล้ตายนี้เป็นยังไง ญาติจะเป็นยังไงบ้าง... ไม่ใช่อยู่ๆ จะไปพูดมันไม่ได้ เราจะต้องรู้ว่าตอนนี้สภาพญาติอยู่ในระยะไหน คนไข้อยู่ในระยะไหน ต้องมีความพร้อม มีความรู้... นื่องบางคนเค้าจะเลี้ยงที่จะไปเผชิญกับคนไข้แบบนี้ กับญาติกับคนไข้...เค้าอาจจะไม่พร้อมทางด้านความรู้”

(อื่น)

3. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอซียู 10 ราย สะท้อนให้เห็นว่า การที่พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้ดีขึ้น โดยทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายคือ ทักษะการสื่อสาร และการดูแลด้วยใจ พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่า ตนยังขาดทักษะในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกเสียใจ ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลญาติที่อยู่ในภาวะดังกล่าว นอกจากนี้พยาบาลเห็นว่าการให้การดูแลด้วยใจแก่ผู้ป่วยและญาติ จะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เราควรจะพัฒนาเทคนิคการคุยนะ...บางทีเราไม่รู้ว่าจะต้องคุยยังไงบ้างก็มีนะพี่ ไม่รู้จะคุยอะไรกับเขาดี...อย่างญาติที่เขาฟูมฟาย ช่วงแรกๆ ที่ว่าฟูมฟายเยอะๆ เราก็ไม่ได้คุยกับเขา... เวลาเป็นอย่างนี้เราก็ปล่อยเขาไปเลย ส่วนมากเราไม่ค่อยเข้าไปเท่าไร ปิดม่านให้เค้า”

(เล็ก)

“การที่จะทำได้ดีนี้ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์นะ คือมันไม่ได้มีความรู้อย่างเดียวจะใช้ได้ พี่ว่าเราต้องใช้ใจในการที่จะให้ข้อมูลเค้า การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การ contact ญาติ ท่าทีของเรานั้นก็มีผลนะ ท่าทีต้องเป็นมิตร คือพวกนี้มันสื่อได้ ถ้าเราตั้งใจเราตระหนัก ญาติเค้าก็จะรับรู้ได้ แล้วทุกอย่างก็จะดีนะถ้าเราทำได้แบบนี้ได้”

(อื่น)

4. รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

พยาบาล ไอซียู 10 ราย ได้สะท้อนให้เห็นว่าปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในไอซียูที่มุ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ โดยทั้งแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลงของ

สัญญาชีพ การเปลี่ยนแปลงของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ มากกว่าการดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ โดยเฉพาะในขณะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“วัฒนธรรมขององค์กรมันสอนให้คนในองค์กรเนี่ยเน้นไปที่ ตัวเลขได้แล้วหรือยัง หมอต้องการตัวเลข หมอต้องการ EKG ต้องการความเรียบร้อยของคนไข้ ต้องการสิ่งแวดล้อมที่โอเค...อาจจะเป็นตัวว่ามันเป็นวอร์ดวิกฤตมันก็เลยต้องเอาชีวิตคนไข้ให้รอด คือไม่ได้คุยกันคนไข้ๆ ไม่ตายไงที่ ไม่ได้ให้ข้อมูลญาติคนไข้ไม่ตาย ไม่ได้ปลอบใจคนไข้ๆ ไม่ตาย แต่ถ้าไม่ได้ตาม order หมอคนไข้ตาย... ให้อั้วพวกนี้(การดูแลด้านจิตใจ)มันค่อยทำก็ได้เพราะไม่มีใครมาตรวจสอบ ไม่มีใครให้ความสำคัญ...ความคิดของพยาบาลไอซียูซึ่งน้องก็รู้สึกว่าเป็นความคิดของน้องด้วยก็คือว่าเอาคนไข้กลับมาให้ได้นะ เอา vital sign กลับมาเป็นปกติให้ได้นะ”

(ชาร่า)

“ตอน CPR นี้เราแทบไม่ได้ทำอะไรเลยในด้านจิตใจ เพราะว่ามันเป็นภาวะวิกฤตนะก็มุ่งแต่ช่วยชีวิตคนไข้เสียมากกว่า...บางทีเราจะค่อนข้างละเอียดญาติ ลืมไปว่าควรปลื้มตัวมากคุยกับญาติสักหน่อยก็ยังดี มาบอกญาติหน่อยบางทีเราจะลืมไป”

(อัน)

รูปแบบการทำงานที่มุ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบนี้ ได้ถ่ายทอดไปยังพยาบาลจบใหม่ โดยพบว่า การสอนงานพยาบาลใหม่มุ่งเน้นให้พยาบาลใหม่มีความรู้และทักษะในการดูแลทางกายเพื่อช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิต ในระยะแรกที่เข้าทำงานในไอซียู พยาบาลไอซียูจึงสนใจเฉพาะการดูแลทางกายจนกระทั่งเมื่อสามารถปรับตัวได้แล้ว จึงเริ่มให้ความสนใจการดูแลด้านจิตใจและการดูแลญาติ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ตอนเราเข้ามาใหม่ๆ ที่เค้าเน้นว่าเราต้องมีความรู้อย่างนั้น เราต้องเก่งอย่างนี้ เราต้องผ่านการประเมิน ที่เป็นการประเมินทางด้านวิชาการไง...เราต้องดูแลคนไข้ให้รอดไง มันต้องเป็นอะไรที่คนไข้วิกฤตนะ คือเราต้องผ่านจุดนั้นไปก่อนนะกะ พอเราสามารถที่จะผ่าน(การประเมิน)มาได้แล้วเรารู้สึกว่า เราก็สามารถที่จะทำอย่างอื่นได้...ช่วงนี้เราสามารถ

*manage เวลาได้ เราเจอคนไข้มาเยอะ เราก็ชำนาญมากขึ้น เราก็ใช้เวลาทำอะไรแต่ละอย่าง
แบบๆ ใจ...เรามีเวลามากขึ้น การดูแลเราก็จะคิดถึงส่วนจิตใจมากขึ้น”*

(ปอ)

การมอบหมายงานโดยทั่วไปทำให้พยาบาลบางส่วนเปลี่ยนทีมบ่อย โดยเฉพาะ
พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่าง
ต่อเนื่อง จึงไม่รู้จักผู้ป่วยและญาติมากพอ ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล
ประคับประคองจิตใจญาติ รวมทั้งไม่สามารถประเมินความต้องการทางจิตสังคมที่แท้จริงของผู้ป่วย
และญาติได้ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

*“เราไม่รู้จักเขา (ผู้ป่วยและญาติ) มากพอ เหมือนกับที่เราโดนซึ่งไปซึ่งมา แบบนี้(การย้าย
ไปดูแลผู้ป่วยทีมอื่น) background ของเขาเราก็ไม่รู้ แล้วเราก็ไม่เคยคุยกับเขาเลย ไม่เคยเจอ
เขาเลย เราแทบจะไม่รู้จักเขาเลย ก็จะมีรู้สึกว่ามันเฉยๆ คือยังไม่ได้สนิท...เราต้องรู้
background เขาพอสมควร แล้วจะได้เข้าไปคุยกับเขาได้ง่ายขึ้น”*

(ใหม่)

*“เราก็ไม่รู้พื้นฐานของครอบครัวเค้า ว่าเค้าเป็นยังไง...เราก็ได้แค่บอกเค้าว่าคงไม่ไหวแล้ว
นะ แค่นั้น...ถ้าเรารู้จักกับเค้าดี เราจะคุยกับเค้าได้ง่ายขึ้น เราจะแสดงออก(ความรู้สึก)ได้ง่าย
ขึ้น แต่ว่าถ้าเราไม่รู้จักเค้าเลย เราก็ไม่รู้จะคุยยังไงถึงจะปลอบเค้าได้ดี”*

(เพลิน)

*“น้องว่ามันต้องต่อเนื่องนะนะ ไม่ใช่อยู่ๆ ไปถามแล้วเค้าจะบอกเราเลย เรื่องแบบนี้มันต้อง
ให้เวลา คือดูแลได้มัย ก็ดูแลได้แต่ว่าอาจจะดูแลได้ไม่ดี น้องว่าด้านจิตสังคมถ้ามันไม่
ต่อเนื่องมันก็ไม่ได้”*

(ปอ)

นอกจากนี้ พยาบาลไอซียูสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วย
รอดชีวิต ทำให้พยาบาลไอซียูไม่คุ้นเคยกับการแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก จึงหลีกเลี่ยงที่จะให้การ
ดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ แต่การเห็นแบบอย่างจากพยาบาลคนอื่นๆ ทำให้พยาบาล
เหล่านั้นสามารถให้การดูแลด้านจิตใจได้โดยไม่รู้สึกรว่าเป็นเรื่องผิดปกติ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“จำได้ว่าครั้งแรกนั้นก็เงินเหมือนกัน รู้สึกว่าไม่กล้าพูดเลย...รู้สึกว่าสิ่งที่ตัวเองต้องมานั่งพูดลอบแบบนี้ แล้วก็แสดงความรู้สึกเห็นใจอะไรแบบนี้ มันเป็นเรื่องที่กระดาก...ช่วงหลังเห็นที่พี่ ๆ เขาทำกัน ก็จากที่เห็นเขาทำกันก็รู้สึกว่าเออเราก็ทำได้ ทำไมต้องมานั่งเงินตรงนี้ ก็คนอื่นเขาก็ทำกัน”

(ใหม่)

5. การบริหารเวลาในการทำงาน

พยาบาลไอซียู 9 รายสะท้อนถึงการที่พยาบาลมีภาระงานมากเกินไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ร่องลงมาเป็นงานเกี่ยวกับการบันทึก ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้เคียงได้ โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งพยาบาลไอซียูมีความเห็นว่า ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่องจึงสามารถให้การดูแลได้ดี ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“(การดูแลด้านจิตใจ)มันต้องใช้เวลาในการประเมินด้วย แล้วต้องใช้สัมพันธ์ภาพพอสมควร มันต้องใช้การพูดคุย ถ้าจะจบด้วยว่าพยาบาลไม่มีเวลาเนี่ยมันก็ฟังดูไม่ดี แต่นื่องว่ามันใช้...พยาบาล 1 คนดูแลคนไข้ 2 คน ตัวเองอาจจะเข้าทำงานไม่ทัน ทำงานไม่ทันนี้ไม่ใช่ว่างงานของพยาบาลไม่ทันนะ แต่เป็นงานตาม order หมอ แต่ทำให้มันครบตาม order นี้คนไข้ก็นอนอยู่อย่างนั้นแหละ พยาบาลไม่ได้จับคนไข้เลย ไม่ได้พูดอะไรกับคนไข้เลย แต่ monitor vital sign แค่นั้น”

(ซาร่า)

บางครั้งการสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติถูกขัดจังหวะด้วยงานอื่นที่เร่งรีบกว่า ดังที่ปอเล่าว่า

“ถ้าเกิดจะอ้างว่ายุ่งนี้ก็เหมือนอ้างนะ แต่มันมีผลนะ...บางทีเหมือนกับว่าเวลาเราคุยนะที่คือนื่องว่าเวลาเราคุยนะที่ พอเราคุยเสร็จ(ขณะกำลังคุย) อ้าวเสียง alarm อ้าวยาหมดก็เดี๋ยวนะคือเราไม่ได้คุยต่อเนื่อง”

(ปอ)

6. รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล

พยาบาลไอซียู 10 ราย มีความเห็นว่าการที่จะบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้น จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ หากแพทย์และพยาบาลมีการสื่อสารระหว่างกันที่ดี และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะการให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะช่วยให้ญาติเข้าใจและยอมรับความตายของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ที่สำคัญคือทีมต้องไปด้วยกันนะ ไม่ใช่หมอพุดทางพยาบาลพุดทางหนึ่ง ทีมต้องไปด้วยกัน ญาติจะได้ไม่สับสน”

(อัน)

นอกจากนี้ หากแพทย์ พยาบาล และ ญาติของผู้ป่วยมีการสื่อสารและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาาร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการได้ดียิ่งขึ้น ดังที่ นัทกล่าวว่

“คนที่สำคัญที่สุดกับคนไข้ใกล้ตายนึ่งว่าเป็นญาติ ถ้าเราได้คุยกับญาติ ได้มีแนวทางร่วมกันมันจะดีมากเลยคะ บางทีเค้าบอกคนไข้ไม่ชอบธรรมะ เอาเทพธรรมะให้ฟังก่อนก็จบ บางทีคนไข้ชอบฟังเพลง เหมือนเคสนั้นคนไข้ชอบฟังเพลงนะ แก่ฟังเพลงคลาสสิกจนแกเสียคะ...ถ้าเราได้คุยกับญาติ ได้ assess กับญาติแล้วคุยแนวทางร่วมกัน นึ่งว่าจะ work มากเลย”

(นัท)

7. นโยบายและการบริหารจัดการ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นโยบายและการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1 การให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของหัวหน้าหน่วยงาน

พยาบาลไอซียูเห็นว่าการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลโดยการร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมทั้งมีการตรวจสอบการปฏิบัติอยู่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติมากขึ้น ดังที่ปอเล่าว่า

“น้องว่าเดี๋ยวนี้เราดูแลดีกว่าเมื่อก่อนนะ...หัวหน้ามีส่วน เพราะเราก็ต้องมีการกระตุ้น...แกจะเน้นเรื่องนี้มากขึ้น บางวันแกก็จะมาดู nurse's note มีการตรวจสอบว่าเราได้ทำกันหรือเปล่า...conference ตอนเช้าก็คุยกันเรื่องนี้ อย่างเช่น 'เดี๋ยวลองไปคุยกับแกสิ ลองถามญาติสิว่าเป็นยังไงบ้าง' น้องก็รู้สึกว่ามันมีเรื่องอย่างนี้ เราควรทำอย่างนี้นะ...มีผลมาก ถ้าเกิดหัวหน้าเราที่ต้องช่วยด้วย พี่เค้าก็พยายามเน้นนะว่าน้องได้คุยกับญาติบ้างมั๊ย น้องให้ข้อมูลญาติด้วยนะ คำนึงใจให้เขียนใน nurse's note ด้วยนะ แล้วแกก็จะมาตามดูว่าเขียนกันหรือเปล่า เราก็ต้องตามนะ หัวหน้าเน้นเรื่องนี้เราก็ต้องทำด้วย”

(ปอ)

7.2 การยืดหยุ่นระเบียบการเยี่ยม

พยาบาลไอซียู 3 ราย สะท้อนให้เห็นว่า ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ป่วย ที่มีการจำกัดเวลาและจำนวนญาติที่เข้าเยี่ยมในแต่ละครั้ง ทำให้พยาบาลมีความยุ่งยากที่จะตัดสินใจผ่อนปรนระเบียบการเยี่ยมให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในเวลาที่ไม่ใช่เวลาเยี่ยม เพราะพยาบาลบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการปฏิบัติดังกล่าว ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ผ่อนปรนระเบียบการเยี่ยมเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ในขณะที่หลายคนทำ คือให้ญาติคนไข้อยู่ต่ออะลุ่มอล่วย ก็จะมีหลายๆคนมาบอก ทำไมต้องเผื่ออะ ะไรอย่างนี้ มันก็เลยทำให้เราไม่กล้าจะแหกกฎในบางที คือการตัดสินใจของเราจะยากขึ้นในการที่จะอะลุ่มอล่วยให้ญาติอยู่ต่อ”

(ชาร่า)

นอกจากนั้น นัทยังเห็นว่าช่วงเวลาที่ให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นั้น บางช่วงเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่พยาบาลมักมีงานอื่นมากอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีเวลามาให้การดูแลญาติ

“ช่วงที่ญาติคนไข้มาเยี่ยมก็เป็นช่วงที่เรากำลังยุ่ง...เราอาจมีเวลาคุยกับญาติ...เหมือนช่วงเย็นก็ควรจะเลี้ยงบาย 3 สักหน่อย ก็คือให้พอรับเวรส่งเวรเสร็จถึงค่อยเข้ามาแต่ส่วนใหญ่ก็คือรู้สึกจะเป็น 16 น. ด้วยซ้ำแต่ว่าญาติส่วนใหญ่จะเข้ามาประมาณ 15 ถึง 15.30 นี่ก็ช่วงเวลาส่งเวรเลยแหละ น้องว่ามันชนกันไปหน่อย เราก็เลย พอเราปรับเวรเสร็จปั๊บเราก็ต้องรีบเร่งไปทำงานพอรับเวรเสร็จ บางที late ไปถึง 5 โมงแล้วก็ถึงเวลา record แล้วเราก็รีบไป record ทำนู่นทำนี่ พอเราเริ่มว่างปั๊บญาติก็ต้องทยอยออกแล้วท่มึง”

(นัท)

7.3 การจัดหอผู้ป่วยแบบผสมผสาน

พยาบาลไอซียู 9 ราย สะท้อนให้เห็นว่าการจัดหอผู้ป่วยที่จัดเตียงผู้ป่วยทั้ง 10 เตียง อยู่ในห้องรวมทำให้การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบและเป็นส่วนตัวนั้นทำได้ยาก เพราะการปิดม่านระหว่างเตียงนั้น ไม่สามารถป้องกันเสียงรบกวนจากการดูแลรักษาผู้ป่วยรายอื่น ได้ ดังที่เล็กเล่าว่า

“เตียงใกล้ๆ กัน...เตียงอื่นก็แบบว่ายุ่งๆ อยู่นะพี่ โครมคราม โครมคราม...บางทีคนนี้ก็ไม่ได้ คนนั้นก็ไม่ได้ มานอนอยู่ใกล้กันอะ ไรอย่างนี้ ก็มันไม่ได้เป็นส่วนตัวที่ให้เขาอยู่กับญาติ เต็มที่ บางทีเราก้ปิดม่านให้แต่มันก็กันเสียงไม่ได้ไง”

(เล็ก)

7.4 การจัดหาทรัพยากรเพื่อผู้ป่วยโดยเฉพาะ

พยาบาลไอซียู 5 ราย สะท้อนให้เห็นว่า การจัดหาอุปกรณ์ในการฟังเทปที่ยังไม่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ทำให้ไม่สามารถให้ผู้ป่วยฟังเทปได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“มีอุปสรรคเรื่องเครื่องมือ จะไปเปิดเทปให้คนไข้ฟัง ไอ้โน้นก็เสีย ไอ้นี้ก็เสียใช้ไม่ได้ เสียหมดเลย...คือพอจะหยิบใช้ถ้าไม่มี คนไข้ก็ไม่ได้ฟัง”

(แพร)

“ตอนนี้ยังมีปัญหาว่า เราไม่มีเทปธรรมะที่เป็นซีดี...เครื่องเล่นเทปที่มีอยู่ประมาณ 2-3 เครื่อง แต่เครื่องมันเสีย...มีเครื่องเล่นซีดี แต่ว่าซีดีที่มีอยู่มันจะเป็นเพลง ไม่มีที่เป็นธรรมะ”

(เพลิน)

7.5 ความชัดเจนของนโยบาย

พยาบาลไอซียู 3 ราย สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจุบันองค์กรหรือโรงพยาบาลที่ศึกษาให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานชีวิตนิบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ และการจัดให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ใกล้ตายมากขึ้น หน่วยชีวิตนิบาลมีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ดังที่ใหม่และอันเล่าว่า

“เมื่อก่อนเขาไม่ได้เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรืออะไรแบบนี้ ก็เลยรู้สึกว่ามันเป็นเรื่องที่แบบมันไม่อยู่ในความสนใจในช่วงนั้น...แต่พอหลังจากนั้นเขาก็เน้นกันเรื่องนี้มากขึ้น เขาพูดเรื่องนี้กันเยอะขึ้น โรงพยาบาลก็เน้น palliative ทั้งระบบมันเน้น มันก็ทำให้เราเห็นความสำคัญมากขึ้น”

(ใหม่)

“ทีมนี้ (หน่วยชีวิตทิบาล) จะมีประโยชน์ในส่วนที่ว่ามาให้ความรู้เราเวลาที่เค้ามา round ณะนะ ทำให้เราได้คิดว่าเราลืมนองจุดไหนหรือเปล่า มาเป็นตัวเพิ่มความรู้อะไรหรือว่ามาเพิ่มทักษะในการที่เราจะเอาไปดูแลคนไข้อีกที”

(อื่น)

การอภิปรายผล

ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาล ไอซียู

ผลการศึกษานี้พบว่า พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ โดยผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองในทางที่ดีต่อการรักษาแม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว สอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณาของแพทย์ที่ว่าผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูเป็นผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว และมีข้อมูลที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยเข้าข่ายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่สิ้นหวัง (ดุสิต, 2548) และสอดคล้องกับการให้ความหมายผู้ป่วยใกล้ตายของคณะกรรมการด้านจริยธรรมของสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา (AGS Ethic Committee, 1995 อ้างตาม วันดี, 2543) อย่างไรก็ตาม การอธิบายลักษณะผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูในการศึกษานี้ มีความแตกต่างกับการอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ ในการศึกษาของนุจรินทร์ (2543) ที่พบว่า พยาบาลอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะคือ 1) ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย 2) ผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หาย และ 3) ผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตาย โดยพยาบาลไอซียูในการศึกษานี้ไม่เห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายเป็นผู้ป่วยใกล้ตาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงให้รอดชีวิตนั้นเป็นบทบาทแรกของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Tukker, 1992 as cited in Isaak & Paterson, 1996) ดังนั้นพยาบาลไอซียูจึงพิจารณาว่าผู้ป่วย

ที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายนั้นยังคงมีโอกาสรอดชีวิต การดูแลที่พยาบาลไอซียูให้แก่ผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายจึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นหลัก

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียูเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้ามาก ค่าความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างมากเป็นเวลานาน ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนไม่รู้สึกรู้ตัว ลักษณะสีหน้าหมองคล้ำ รับประทานอาหารไม่ได้ และ ถ่ายอุจจาระปริมาณมาก สอดคล้องกับการอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้ป่วยใกล้ตายของแพทย์ (สุมาลี, 2546) และการอธิบายอาการบ่งชี้ว่ามีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความตายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป (นุจรินทร์, 2543) และเป็นที่น่าสังเกตว่า พยาบาลไอซียูไม่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียู ในขณะที่แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปได้อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิต และ แสดงพฤติกรรมการเสี่ยงของผู้ป่วยใกล้ตายด้วย (นุจรินทร์, 2543; สุมาลี, 2546) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากภาวะใกล้ตายในไอซียูตามประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นภาวะใกล้ตายแบบกะทันหัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียูนั้นผู้ป่วยมักไม่รู้สึกรู้ตัว ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถสังเกตอาการทางจิต หรือพฤติกรรมการเสี่ยงของผู้ป่วยใกล้ตายได้

สำหรับภาวะใกล้ตายแบบค่อยเป็นค่อยไปนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลไอซียูเล่าว่าพบได้น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายจะถูกย้ายออกจากไอซียูภายใน 1-2 วัน ภายหลังจากแพทย์มีคำสั่งการรักษา “ไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (DNAR)” สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อสำรวจความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียูในประเทศอเมริกา (Puntillo et al., 2004)

ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นการทำสิ่งที่มีคุณค่า การดูแลด้วยใจ เป็นงานยากแต่ทำทาบอบบาท และ การดูแลแบบเดาสุ่มสำหรับการให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นการทำสิ่งที่มีคุณค่านั้น พยาบาลไอซียูเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นการทำสิ่งที่มีความสำคัญแทนญาติของผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลไอซียูทุกคนมีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งในวัฒนธรรมไทยพุทธนั้นเห็นว่า การตายหรือการสิ้นสุดของชีวิตจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ ช่วงหนึ่งของมนุษย์ (พระครุฑชิต, 2547) เป็นโอกาสสุดท้ายของชีวิตที่จะบรรลุนิพพานซึ่งเป็น

ประโยชน์สูงสุดของชีวิต (พระธรรมปิฎก, 2542) ประกอบกับสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดในไอซียู ทำให้ญาติไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดังนั้น พยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาจึงมีโอกาสดูแลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตายแทนญาติ

พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็นการดูแลด้วยใจ โดยพยาบาลไอซียูต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายและญาติอย่างจริงใจ ซึ่งเกิดจากความรักรัก ความเข้าใจ และความเมตตาสงสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยและญาติ การให้ความหมายดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลเอื้ออาทรแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ซึ่งการดูแลเอื้ออาทรเป็นศิลปะที่ต้องให้ด้วยจิตใจ เกิดจากการที่พยาบาลให้ความรัก ความเมตตาสงสาร และความ ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติอย่างจริงใจ (ฟาริดา, 2535; สิวลี, 2544)

โดยทั่วไปการเข้ารับการดูแลรักษาในไอซียู มักเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Boyle, Miller & Forbes-Thompson, 2005) และญาติมักจะคาดหวังว่าการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยอาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ (สมาพร และ วณิชชา, 2547; สหัชยา, 2547) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นการยากที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นได้อย่างสงบ สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็น การทำงานที่ยากแต่ท้าทาย บทบาท โดยพยาบาลไอซียูมีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลา และความสามารถจึงจะให้การดูแลได้ดี อีกทั้งมีความเห็นว่า การดูแลใกล้ตายที่คืนั้น พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลได้อย่างอิสระ ด้วยการสนทนา และการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นหลัก แตกต่างจากการปฏิบัติงานของพยาบาลไอซียูโดยทั่วไป ที่ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (กรณิ, 2535)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูบางส่วนซึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย แต่ศึกษาด้วยตนเองจากหนังสือเกี่ยวกับความตายทำให้มีความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ใกล้ตายที่วิญญานออกจากร่างและรับรู้สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ ซึ่งขัดแย้งกับความรู้เกี่ยวกับภาวะไม่รู้สึกร่างที่ได้รับจากการเรียนการสอนในระบบการศึกษา เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกร่าง พยาบาลไอซียูรู้สึกว่าคุณภาพการดูแลใกล้ตายได้ โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ แต่ด้วยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่มีหน้าที่โดยตรงในการให้การดูแลบุคคลให้ไปสู่การตายอย่างสงบ (ฟาริดา, 2543) พยาบาลไอซียูจึงพยายามดูแลผู้ป่วยตามที่เห็นสมควร ซึ่ง

พยาบาลเห็นว่าเป็นการให้การดูแลแบบเดาสุ่ม และให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่าเป็น การดูแลเหมือนการเดินทางในที่มีด

ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูเกือบทั้งหมดสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ เนื่องจากผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรับรู้และการสื่อสาร จึงไม่สามารถรายงานอาการหรือความทุกข์ทรมานของตนเองได้ ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากผู้ป่วยโดยตรงได้ และไม่ทราบการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ให้ (Nelson & Danis, 2001) พยาบาลไอซียูจึงไม่แน่ใจว่าการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น ได้ตอบสนองความต้องการ หรือได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริงหรือไม่ โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า บ่อยครั้งที่แพทย์และพยาบาลมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูที่แตกต่างกัน (Ferrand, 2003 as cited in Curtis, 2548; Nelson & Danis, 2001) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูรู้สึกอึดอัด ขัดแย้ง ที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่ ในกรณีที่แพทย์ยังคงให้การรักษาอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ขณะที่พยาบาลไอซียูเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย และต้องการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยมากกว่า ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากเห็นว่าแพทย์คือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลไอซียูจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามการตัดสินใจของแพทย์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูรู้สึกลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ ซึ่งเป็นความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อแพทย์ผู้รักษาไม่ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย อาจเนื่องจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายเป็นการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้ในสังคมไทยเห็นว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล คนไทยจึงมักหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตาย (ภัทรพร, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักหรือไอซียูรู้สึกลำบากใจในการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ เพราะไม่แน่ใจว่าจะบอกความจริงอย่างไรจึงจะเป็นผลดีกับทุกฝ่าย (กาญจนา, 2543) นอกจากนี้ ความรู้สึกลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู อาจเกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของพยาบาล ความรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การประเมินตนเองว่าขาดความรู้ความชำนาญ

พอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ความกลัวที่จะแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นเห็น และการมี
ความรู้สึกร่วมกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้นไป (กุซงค์, 2548; ธนา, 2548)

พยาบาลไอซียูบางคนเกิดความรู้สึกเครียด กอดันเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึก
ร่วมกับญาติได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และผู้ป่วยมีอายุน้อย ความรู้สึก
ดังกล่าว เกิดจากการที่พยาบาลไอซียูเกิดความรู้สึกเสียใจ เศร้าใจร่วมกับญาติ และต้องการ
แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจในฐานะคนธรรมดา แต่ขณะเดียวกันในบทบาทของพยาบาลซึ่ง
พยาบาลไอซียูเห็นว่า พยาบาลไม่ควรมีส่วนร่วมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเรียน
การสอนทางการพยาบาลในอดีตไม่ส่งเสริมให้พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับความรู้สึก และความ
ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยนักการศึกษาในอดีตส่วนใหญ่เห็นว่า การใช้อารมณ์และความรู้สึกใน
การดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลไม่มีความเป็นวิชาชีพ (Jull, 2001 as cited in Schantz, 2007) ดังนั้น
พยาบาลส่วนใหญ่จึงรู้สึกไม่สบายใจที่จะแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (Anselm
et al., 2005) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนักการศึกษาเห็นว่า หากพยาบาลแสดงออกถึงความเห็นอก
เห็นใจได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง รู้สึกอบอุ่นใจ มีคนเข้าใจ
พร้อมให้คำปรึกษาและกำลังใจ (ฟาริดา, 2535; ลิวลี, 2544) นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดของ
พยาบาลในไอซียูที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับธรรมชาติความอ่อนไหวของ
งาน ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วยที่ดูบอบบาง การเข้าไปมีส่วนร่วมในวาระสุดท้ายของการตาย การ
รับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและความรู้สึกบีบคั้นของญาติจากการเข้าไปมีส่วนร่วมใน
กระบวนการเศร้าโศกของญาติ (McNamara, Waddell & Colvin, 1995; Levy, 2004)

การที่พยาบาลไอซียูรู้สึกสงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย นั้น เกิดจากการที่
พยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้ในกระบวนการตายและกระบวนการสูญเสียของผู้ป่วยและญาติ และ
เกิดความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของญาติ โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วย
ใกล้ตายที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งพยาบาลเห็นว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งนี้ทั่วไปผู้คนมักคิดถึง
ความตาย และเตรียมตัว เตรียมใจให้พร้อมที่จะจากไปเมื่อเข้าสู่วัยชรา (ฟาริดา, 2535) การตายของ
ผู้ป่วยที่เป็นวัยรุ่นจึงอยู่นอกเหนือความคาดหมายของพยาบาล ทำให้พยาบาลทำใจยอมรับความตาย
ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยได้ยาก ทั้งนี้ความรู้สึกดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการดูแลเอื้อ
อาทรของพยาบาล และนำไปสู่การที่พยาบาลมีความอดทน เพียรพยายามทำสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย
และญาติ (ฟาริดา, 2535)

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูมากกว่าครึ่ง (7 ราย) มีความรู้สึกดีและอึดใจ ที่มีส่วนช่วย
ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลไอซียูเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
โดยเฉพาะการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นการทำความดีหรือการทำบุญ ซึ่งในวัฒนธรรมไทย

เชื่อว่าการได้ทำความดีโดยเฉพาะการช่วยเหลือให้บุคคลมีจิตใจสงบ ถือเป็นการทำบุญชั้นสูงสุด จะทำให้ผู้ทำความดีเกิดความปีติปราโมทย์ ความชุ่มชื่นใจ หรืออิมเมใจ (พุทธทาสภิกขุ, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษารอบสนองของพยาบาลต่อความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Narayanasamy & Owens, 2001) ที่พบว่า การให้การดูแลทางจิตวิญญาณทำให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจ นอกจากนี้ การที่พยาบาลไอซียูสามารถประเมินผลของการดูแลได้ว่าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบนั้น อาจทำให้พยาบาลไอซียูมองเห็นความสำเร็จ และแง่ดีของวิชาชีพพยาบาล จึงมีความสุขในการทำงาน (ฟาริดา, 2541)

การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 3 ลักษณะ คือ

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างเป็นองค์รวม โดยให้การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งกาย จิต และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตายที่ดี หรือ เสียชีวิตอย่างสงบมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Rittmen, Paige, Rivera, Sutphin & Godown, 1997) ที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลให้คุณค่าสูงสุดกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สำหรับการดูแลด้านกายนั้นพยาบาลไอซียูให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลไอซียูเห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีความสุขสบายนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำจิตใจให้สงบได้ง่ายขึ้น ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายนี้ เป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ให้ความสำคัญกับการบรรเทาปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (เต็มศักดิ์, 2548; Carlet et al., 2004; Low & Payne, 1996; Payne et al., 1996; McNamara, Waddell, & Colvin, 1994) และผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ผ่านมา (นุจรินทร์, 2543; ระนอง, 2541; Halcomb, Daly, Jackson, & Davidson, 2004; Low & Payne, 1996; McClement & Degner, 1995; McNamara, Waddell, & Colvin, 1994; Payne et al., 1996)

ผู้ป่วยในไอซียูมักมีความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความรุนแรงของโรค และการรักษาที่มีการสอดใส่สายสวนต่างๆ ในร่างกาย (Nelson et al., 2001) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในไอซียูส่วนใหญ่ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ (Levy, 2001) ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลไอซียูให้การ

ดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยบางครั้งพยาบาลไอซียูต้องปรึกษาแพทย์เพื่อขอให้มีคำสั่งการรักษาให้ยาหรือเพิ่มขนาดยาเพื่อบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโดยทั่วไปแพทย์ที่ปฏิบัติงานในไอซียูยังให้ความสนใจในการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยน้อย (Carlet et al., 2004; Truog et al., 2001) นอกจากนี้ พยาบาลไอซียูยังคงให้การดูแลทั่วไปตามมาตรฐานแก่ผู้ป่วย แต่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยตามปกติในไอซียู เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่เน้นการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ไม่เน้นการให้การรักษาเพิ่มเติมเพื่อยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยใกล้ตาย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติมากที่สุด อยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ ส่งเสริมให้จิตใจสงบ และอยากได้อะไรก็ทำให้อะไรก็ทำได้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากนักวิชาการ และผลการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยของพยาบาลไอซียู (Clark & Heidenreich, 1995; Thobaben, 2000) ผลการศึกษานี้พบว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตามพื้นฐานความต้องการและความเชื่อของทั้งผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลผู้ให้การดูแล ทั้งนี้เนื่องจากในวัฒนธรรมไทย คนไทยโดยทั่วไปได้รับการสั่งสอนว่า ถ้าผู้ใกล้ตายสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ มีจิตที่เป็นกุศล มีศรัทธาในพระรัตนตรัย ระลึกถึงสิ่งที่ดีงามหรือพระผู้เป็นเจ้า และได้ปล่อยวางในสิ่งทั้งปวงแล้ว เมื่อเข้าสู่เวลาตาย ผู้ตายจะได้อัปสูคติ (พระไพศาล, 2549; สุกฤษณ์, 2549) พยาบาลไอซียูในการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จึงให้ความสำคัญกับการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ (พระไพศาล, 2549) โดยพยาบาลไอซียูได้เรียนรู้วิธีการเหล่านี้จากการเห็นผู้ใหญ่ในสังฆมณฑลปฏิบัติต่อผู้ใกล้ตาย ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว ครอบคลุมถึงเมื่อพยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่นับถือศาสนาอื่น ได้แก่ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า พยาบาลไอซียูได้พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบโดยสอบถามญาติเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้มีจิตใจสงบตามความเชื่อทางศาสนานั้นๆ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ญาติปฏิบัติตามความเชื่อนั้น และในกรณีที่ไม่มีญาติและพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของศาสนานั้นๆ พยาบาลจะให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาของตนเอง นอกจากนี้ สังคมไทยส่วนใหญ่เห็นว่าการพูดถึงความตายเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นสิ่งที่ไม่ดี (ภัทรพร, 2539) พยาบาลไอซียูส่วนหนึ่งจึงหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตายโดยตรงกับผู้ป่วยที่ยังคงรู้สึกตัว

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลไอซียูให้การดูแลผู้ป่วยโดยทำด้วยความนุ่มนวล และ ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินจำเป็น ซึ่งเป็นการดูแลที่แสดงถึงการให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้การคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่ง

ของการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น (ฟาริดา, 2545; ยูดี้, 2543; ลิวลี, 2549) พยาบาลส่วนใหญ่จึงถูกหล่อหลอมให้มีความเชื่อในศักดิ์ศรีและคุณค่าของบุคคลที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม การศึกษา และเศรษฐกิจ (ฟาริดา, 2535) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเองเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยดี (Thobaben, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า พยาบาลไอซียูให้การเคารพต่อศพของผู้ป่วย โดยจัดการศพด้วยความนุ่มนวล และไม่รีบเร่ง (McClement & Degner, 1995)

2. การดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูให้ความสำคัญกับการดูแลญาติของผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไปในไอซียู สอดคล้องกับหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (เต็มศักดิ์, 2548) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ผ่านมา (ระนอง, 2541; พัชรี, 2547; วันทิวา, 2540; Halcomb et al., 2004; Kirchhoff et al., 2000; McClement & Degner, 1995; Rittman et al., 1997)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูให้การดูแลญาติของผู้ป่วยใกล้ตายตั้งแต่เมื่อทราบว่าผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งเคลื่อนย้ายศพออกจากไอซียู มีเป้าหมายเพื่อให้ญาติยอมรับการตายได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย ให้อาสาปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ เตรียมญาติในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ข้อมูลเพื่อทำใจ ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจของญาติ ดูแลความทุกข์สบายทางกายของญาติ ให้อาสามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ พยายามให้อาสายอมรับการตายของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเพื่อทำใจ มากที่สุด ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจและยอมรับการตายของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลตระหนักว่าการรับทราบข้อมูลดังกล่าวเป็นข่าวร้าย ซึ่งมักมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการให้ข้อมูลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง(อานนท์ และ จารุรินทร์, 2548) โดยพยาบาลไอซียูมีการประเมินสภาพจิตใจและการรับรู้ข้อมูลของญาติก่อนเริ่มให้ข้อมูล จากนั้นจึงค่อยๆ ให้ข้อมูลแก่ญาติให้เห็นการดำเนินโรคที่เป็นไปในทางที่เลวลง ในขณะที่ให้ข้อมูลพยาบาลไอซียูมีการสังเกตปฏิกิริยาของญาติแล้วให้การช่วยเหลือตามสมควร และให้เวลาในการทำใจยอมรับความจริง

ซึ่งการปฏิบัติของพยาบาลไอซียูในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ (สันต์, 2544; Curtis & Patrick, 2001 อ้างตาม ดุสิต, 2548) นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการให้เกิดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติที่มีคุณภาพ (White & Luce, 2004) ดังที่พยาบาลไอซียูทำหน้าที่เป็นผู้ประสานให้มีการสนทนาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคระหว่างแพทย์กับญาติ ในกรณีที่พยาบาลไอซียูประเมินว่าญาติยังไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากแพทย์โดยตรง

พยาบาลไอซียูให้การประคับประคองจิตใจของญาติโดย รับฟังอย่างเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อนเพื่อปลอบโยน และ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของญาติเพื่อไม่ให้ญาติมีความสงสัยหรือรู้สึกผิดในใจ ทั้งนี้การที่ญาติขาดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวจะส่งผลให้ญาติรู้สึกว่าคุณไม่ได้ปกป้องดูแลผู้ป่วยดีพอ จึงอาจเกิดความรู้สึกผิด โกรธ และเสียใจในภายหลังได้ (Boyle et al., 2005) และเพื่อประคับประคองจิตใจญาติให้ยอมรับความตายของผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลไอซียูให้การดูแลโดยจัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดีก่อนที่จะให้ญาติเข้าเยี่ยม ซึ่งการดูแลดังกล่าวช่วยให้ญาติมีความทรงจำเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยในทางที่ดีมากที่สุด ช่วยลดความเศร้าโศกของญาติที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Andrew, 1998) นอกจากนี้ พยาบาลไอซียูให้การดูแลความสบายทางกายของญาติ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยที่พยาบาลมีให้แก่ญาติ การแสดงออกดังกล่าวจะก่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง และสร้างความรู้สึกรอบอุ้มใจให้แก่ญาติ (สิวลี, 2544) ทั้งนี้พยาบาลไอซียูมักจัดการให้ญาติช่วยดูแลญาติที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียมาก เป็นไปตามแนวทางที่คอร์รั และคอร์รั (Corr & Corr, 2000 as cited in Kirchhoff, Song & Kehl, 2004) แนะนำว่าควรใช้เครือข่ายทางสังคมเพื่อเพิ่มการประคับประคองญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก

สำหรับการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูให้คำแนะนำและปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างเพื่อให้ญาติกล้าที่จะปฏิบัติ อาจเนื่องจากพยาบาลไอซียูเข้าใจความรู้สึกของญาติว่าอาจรู้สึกอึดอัด และลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องมือ และท่อต่างๆมากมายออกมาจากตัวผู้ป่วย (Simpson, 1997) ทั้งนี้การมีพยาบาลอยู่ด้วยขณะที่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยอาจทำให้ญาติมีความมั่นใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูส่วนหนึ่ง พยายามให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย ด้วยการส่งต่อข้อมูลที่ประเมินได้ให้แก่พยาบาลในเวรถัดไป โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและญาติเนื่องจากไม่มีสูตรสำเร็จที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกคน (เต็มศักดิ์, 2548)

3. คุณแลจิตใจตนเองให้พร้อม

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมักได้รับผลกระทบทางจิตใจจนทำให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (Levy, 2004) พยาบาลไอซียูจึงจำเป็นต้องรักษาสมดุลในจิตใจ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้ยาวนานขึ้น (Andrew, 1998) โดยผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติเพื่อดูแลภาวะจิตใจของตนเองให้กลับสู่ภาวะปกติโดยวิธีการแตกต่างกัน คือ ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ ทำให้ดีที่สุด ทำบุญให้ผู้ป่วย และ ร้องไห้ระบายความรู้สึก เช่นเดียวกับเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับความขัดแย้งทางจริยธรรม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (กฤษณา, 2545; พจนา, 2545; Hopkinson, Hallett & Luker, 2005)

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาค้นคว้านี้กับผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป (นุจรินทร์, 2543) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดย ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย คุณแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และ ให้ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ใกล้ตาย คล้ายคลึงกับผลการศึกษาค้นคว้านี้ ยกเว้นการปฏิบัติในการจัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดี และ การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เพื่อประคับประคองจิตใจของญาติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาบาลไอซียูตระหนักว่า ผู้ป่วยในไอซียูมักมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์จำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องบันทึกการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวนจากการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ (วิจิตร, 2544) อาจทำให้ญาติของผู้ป่วยรู้สึกตกใจกลัว และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตอย่างไม่สงบ พยาบาลไอซียูจึงให้การดูแลดังกล่าวเพื่อประคับประคองจิตใจญาติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (รสพร, 2534) ผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าการที่พยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น ทำให้พยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เกิดความตระหนักว่านอกจากพยาบาลไอซียูจะมีบทบาทในการ

ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว บทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า การมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลให้การดูแลและยอมรับพฤติกรรมของญาติได้มากขึ้น สอดคล้องกับที่คูเบลอร์-รอส (2525) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ต้องอาศัยความพร้อมและประสบการณ์ ซึ่งทำให้พยาบาลเข้าใจพฤติกรรม และการแสดงออกของผู้ป่วย จึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม

2. ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตาย และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีส่วนช่วยให้พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ด้วยความมั่นใจ และไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และทำให้พยาบาลเข้าใจความต้องการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ จึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการศึกษาและปลูกฝังมา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแนวคิดของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย (ระนอง, 2541) พยาบาลที่ได้รับการเตรียมเพื่อ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความวิตกกังวลต่อความตายลดลง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการเตรียม (Degner & Gow, 1988) นอกจากนี้ การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถพิจารณาการเข้าสู่ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยได้ การมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจึงช่วยลดความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรคซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย (Anselm et al., 2005)

การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างผู้ที่มีความรู้ ทำให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของญาติที่ต้องการมีความมั่นใจว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะดีพอในการประเมินและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย และต้องการมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการความปวดและความสุขสบายอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Andrew, 1998) อย่างไรก็ตาม การจัดการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย ยังคงพบได้น้อย (ธนา, 2548)

3. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้ดีขึ้น การขาดทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของแพทย์และพยาบาลเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโดยเฉพาะในไอซียู (Anselm, et al., 2005) โดยการสื่อสารที่เพียงพอจะทำให้ญาติของผู้ป่วยใกล้ตายรู้สึกพึงพอใจ

ต่อการดูแล (Hayland et al., 2003) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลไอซียูส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดทักษะในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกเสียใจ ทำให้พยาบาลไอซียูหลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลญาติที่อยู่ในภาวะดังกล่าว อาจเนื่องจากโดยทั่วไปการดูแลรักษาในไอซียูมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากมาย ทำให้พยาบาลไอซียูต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ด้านพยาธิสรีรภาพ แผนการรักษา และวิธีปฏิบัติในการรักษา ตลอดจนต้องมีทักษะ ความชำนาญในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ เพื่อให้สามารถให้การดูแลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ (ยิวดี, 2543) รวมทั้งพยาบาลไอซียูมีความคิดว่าหน้าที่ในการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นหน้าที่ของแพทย์ (Kirchhoff et al., 2000) จึงไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารของตน ซึ่งโดยทั่วไปพยาบาลไอซียูมักไม่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่เพียงพอ (Carlet et al., 2004; Truog et al., 2001) นอกจากนี้ ผู้ป่วยใกล้ตายต้องการมิตรภาพจากใจ (DuBoulay & Saunders, 1984 as cited in Carlet et al., 2004) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องอาศัยการกระทำที่ออกมาจากใจ (วาสิณี, 2549) ดังที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หากพยาบาลมีทักษะการดูแลด้วยใจ พยาบาลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รูปแบบการทำงานที่มุ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากกว่า การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ทำให้ทั้งแพทย์และพยาบาลให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย มากกว่าการดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ทั้งนี้รูปแบบการทำงานดังกล่าว อาจเกิดจากการปฏิเสธความตายของคนในปัจจุบัน โดยไอซียูถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นสถานที่ที่ให้การบำบัด และการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อยืดชีวิต ทำให้แพทย์และพยาบาลรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกล้มเหลวในการทำงานเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จึงพยายามให้การรักษาเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ (พระไพศาล, 2549; Nelson, 2006) ซึ่งนอกจากผู้ป่วยใกล้ตายจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ได้รับแล้ว การดูแลรักษาที่มุ่งช่วยชีวิตผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยพบว่าหากผู้ป่วยมีการไหลเวียนโลหิตที่ไม่คงที่ การหายใจไม่ดี และการย่อย การดูดซึมไม่ดี ก็จะมีการจำกัดการให้ยาแก้ปวดหรือยาช่วยสงบแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้หากผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว ระดับความแข็งตึงของหน้าท้อง ผู้ดูแลก็มักจะมองข้ามความสบายของผู้ป่วย (Nelson & Danis, 2001)

จากข้อค้นพบที่ว่า การสอนงานพยาบาลใหม่ในไอซียูที่ทำการศึกษานี้ มุ่งเน้นให้พยาบาลใหม่มีความรู้และทักษะในการดูแลทางกายเพื่อช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิต ดังนั้นในระยะแรกที่เข้าทำงานในไอซียู พยาบาลไอซียูจึงสนใจเฉพาะการดูแลทางกาย ทั้งนี้ลักษณะการสอนงาน

ดังกล่าว ทำให้พยาบาลไอซียูมีความมุ่งมั่นในการหาหนทางเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ (Byock, 2006)

ผลการศึกษานี้พบว่า รูปแบบการทำงานที่มุ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ทำให้เกิดแบบแผนการปฏิบัติในการมอบหมายงาน ที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยไอซียูที่ทำการศึกษานี้ มีการมอบหมายงาน โดย แบ่งทีมการดูแลผู้ป่วยเป็นสองทีม และมักมอบหมายให้แต่ละทีมมีพยาบาลที่มีความสามารถเหมาะสมกับความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้พยาบาลบางส่วนเปลี่ยนทีมดูแลบ่อย พยาบาลดังกล่าวจึงไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยและญาติมากพอ ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแล ประคับประคองจิตใจญาติ รวมทั้งไม่สามารถประเมินความต้องการทางจิตสังคมที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้ ทั้งนี้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับญาติมีผลต่อความสามารถในการดูแลของพยาบาล โดยพยาบาลให้การดูแลญาติของผู้ป่วยได้ยากหากไม่เคยรู้จักญาติมาก่อน (Halcomb et al., 2004; Isaak & Paterson, 1996) การใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยและญาติช่วยให้พยาบาลรู้จักและมีความผูกพันกับผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้ รวมทั้งทำให้พยาบาลสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมหรืออารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างไม่ขัดใจ (Rittmen et al., 1997)

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้พบว่า รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ทำให้พยาบาลไอซียูไม่คุ้นเคยกับการแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก จึงหลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ แต่การเห็นแบบอย่างจากพยาบาลคนอื่นๆ ทำให้พยาบาลเหล่านั้นสามารถให้การดูแลด้านจิตใจได้โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (กิตติกร และ คณะ, 2548) ที่พบว่าการขาดแบบอย่างในการปฏิบัติจากพยาบาลอาวุโส เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

5. การบริหารเวลาในการทำงาน

ผลการศึกษานี้พบว่า ภาระงานที่มากเกินไปรวมทั้งความเร่งรีบของงาน โดยเฉพาะภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถบริหารเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสถานที่ที่ทำการศึกษานี้ เป็นไอซียูในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งเป็นสถานที่สำหรับการเรียนการสอนแพทย์และพยาบาล ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยปริมาณมาก มีการทำหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อนบ่อย ประกอบกับผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลโดยแพทย์หลายคน ได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำไอซียู และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งมาตรวจรักษาผู้ป่วย

ในเวลาแตกต่างกัน รวมทั้งการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่คงที่ จึงมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาบ่อย ทำให้พยาบาลมีภาระงานที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์มาก นอกจากนี้พยาบาลไอซียูยังมีภาระงานด้านอื่นๆ ได้แก่ การประสานงาน และการบันทึก ประกอบกับการจัดอัตรากำลังที่มีสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:1.25 ซึ่งการจัดอัตรากำลังที่มีสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยน้อยกว่า 1:1 อาจไม่เพียงพอกับภาระงานที่มีมาก ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาให้สามารถอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้ (Nelson & Danis, 2001) ผลการศึกษาอัตรากำลังที่ควรจะเป็นในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นไอซียูขนาด 8 เตียง (อภิรดี, 2545) พบว่า ในเวรเช้าสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยควรเท่ากับ 1:1 เวิร์บายและเวรดึกสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยควรเท่ากับ 1:1.33 ทั้งนี้ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ (Beckstrand et al., 2006)

6. รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่ (10 ราย) ในการศึกษาครั้งนี้มีความเห็นว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์และพยาบาลมีส่วนทำให้ญาติของผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับความตายของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม (Andrew, 1998; Carlet, et al., 2004) โดยการดูแลแบบแยกส่วนที่ผู้ให้การดูแลไม่สื่อสารกัน ต่างฝ่ายต่างให้การดูแลไม่มีโอกาสได้พบกัน ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือให้ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ไม่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้ญาติและทีมผู้ดูแลเกิดความเครียด ไม่พอใจ ขาดความเข้าใจ ขาดความเชื่อถือไว้วางใจ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการดูแล และการขัดแย้งกันของผู้ปฏิบัติงาน (Boyle et al., 2005; Nelson, 2006) โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาล ซึ่งมักมีความเห็นที่แตกต่างกันในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย (Cook et al., 1995 as cited in Nelson & Danis, 2001) ทั้งนี้การทำงานเป็นทีมช่วยให้การสนทนาและการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับสถานการณ์เกี่ยวกับการรักษา สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ทั้งแพทย์และพยาบาลเกิดความพึงพอใจกับการตัดสินใจนั้นๆ อีกทั้งส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วยด้วย (White & Luce, 2004)

7. นโยบายและการบริหารจัดการ

พยาบาลต้องการการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งที่ปรึกษาและการประคับประคองให้สามารถพัฒนาความเป็นวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง (Danielson & Berntsson, in press) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นโยบายและการบริหารจัดการทั้งในระดับหอผู้ป่วย และระดับ

องค์กร เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลไอซียูมีการพัฒนาตนเองให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติมากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูส่วนใหญ่เห็นว่า ญาติมีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ แต่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถอนุญาตให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาได้ เนื่องจาก การกำหนดระเบียบการเยี่ยมที่มีการจำกัดช่วงเวลาที่ยอนุญาตให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติที่ต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้ายก่อนตายได้อย่างเต็มที่ (ยูวนิดา, 2550; สมพร และ วณิชชา, 2547; สหรัยา, 2547; Truog, Cist, Brackett, et al., 2001) ทั้งนี้ การยึดหยุ่นระเบียบการเยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของผู้ป่วยใกล้ตายเห็นว่ามีผลสำคัญที่ทำให้มีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายที่ดีในไอซียู (White & Luce, 2004) นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้พบว่า การจัดหาทรัพยากรเพื่อผู้ป่วยโดยเฉพาะ ได้แก่ อุปกรณ์ในการฟังเทปที่ยังไม่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ในภาวะใกล้ตายนั้นผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบ และมีความเป็นส่วนตัวที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงออกถึงความรู้สึก และประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ได้โดยไม่รบกวนผู้อื่น แต่ลักษณะการจัดหอผู้ป่วยแบบผสมผสาน ที่แต่ละเตียงวางใกล้กัน และ แบ่งกันได้ด้วยผ้า màn ทำให้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบและมีความเป็นส่วนตัวได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Kirchhoff et al., 2000) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่มีความเป็นส่วนตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้เต็มที่ นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่ไม่มีความเป็นส่วนตัวยังเป็นอุปสรรคในการให้การดูแลด้านจิตใจด้วย (กิตติกร และ คณะ, 2548)

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้พบว่า ความชัดเจนของนโยบายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้บริหารของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้ให้ความสำคัญและการจัดให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ใกล้ตายมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานชีวิตนิบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยและญาติในภาวะใกล้ตายมีปัญหาและอุปสรรคมากมาย (Anselm et. al., 2005; Carlet

et. Al., 2004; Nelson & Danis, 2001) การขาดแนวทางในการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล
แบบประคับประคอง เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (Nelson, 2006)

ภาพ 1

สรุปประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตาย

1. มีโอกาสรอค่อนข้างน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้
2. มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย

ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. การทำสิ่งที่มีคุณค่า
2. การดูแลด้วยใจ
3. การทำงานที่ยากแต่ท้าทายบทบาท
4. การดูแลเหมือนการเดินในที่มืด

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน
 - 1.1 ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย
 - 1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติมากที่สุด
 - 1.3 อยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ
 - 1.4 ส่งเสริมให้จิตใจสงบ
 - 1.5 ดูแลทั่วไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในไอซียู
 - 1.6 อยากรู้จะได้ทำอะไรทำให้
 - 1.7 ทำด้วยความนุ่มนวล และ ไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น
2. ดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย
 - 2.1 ให้อาสาปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ
 - 2.2 เตรียมญาติในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน
 - 2.3 ให้ข้อมูลเพื่อทำใจ
 - 2.4 ให้อาสาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
 - 2.5 ประคับประคองจิตใจของญาติ
 - 2.5.1 รับฟังอย่างเข้าใจ และ อยู่เป็นเพื่อน
 - 2.5.2 จัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดี
 - 2.5.3 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ
 - 2.6 ดูแลความสุขสบายทางกายของญาติ
 - 2.7 ให้อาสามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.8 พยายามให้อาสาช่วยรับภาระตายของผู้ป่วย
3. ดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม
 - 3.1 ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ
 - 3.2 ทำให้ดีที่สุด
 - 3.3 ทำบุญให้ผู้ป่วย
 - 3.4 ร้องไห้ระบายความรู้สึก

ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. สงสัย ไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ
2. อึดอัด ขัดแย้งที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่
3. ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ
4. เครียด กอดคั้นเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้
5. สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย
6. รู้สึกดีและภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

1. ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด
2. ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
3. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
4. รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต
5. การบริหารเวลาในการทำงาน
6. รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล
7. นโยบายและการบริหารจัดการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไอซียูผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล และสรุปข้อมูลที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ ผู้วิจัยเขียนบันทึกส่วนตัวตลอดระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ เป็นการสะท้อนตัวเองของผู้วิจัยที่ช่วยลดอคติในการดำเนินการวิจัย

ภายหลังเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นจนไม่พบข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้ว จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้วิธีการของแวน มาเนน (van Manen) ได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายตามการรับรู้ของพยาบาลไอซียู

พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูใน 2 ลักษณะคือ 1) มีโอกาสรอดน้อย และมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และ 2) มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงทางกาย นอกจากนี้ พยาบาลไอซียูได้แบ่งภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยในไอซียูออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะใกล้ตายแบบกะทันหัน ซึ่งเป็นภาวะใกล้ตายที่การตายเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ โดยผู้ป่วยอาจเข้ารับรักษาในไอซียูด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออุบัติเหตุ ที่มีอาการรุนแรง โดยไม่ได้คาดหมายว่าผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายมาก่อน และ 2) ภาวะใกล้ตายแบบค่อยเป็นค่อยไป พบในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือในไอซียูมาแล้วระยะหนึ่ง สามารถคาดหมายได้ว่าล่วงหน้าว่าผู้ป่วยใกล้ตาย

ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

พยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทำสิ่งที่มีคุณค่า เป็นการทำสิ่งที่มีความสำคัญแทนญาติของผู้ป่วยซึ่งไม่มีโอกาสได้ทำ 2) การดูแลด้วยใจ โดยพยาบาลไอซียูเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ดีเกิดจากการให้การดูแลด้วยใจ บนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาสงสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยและญาติ 3) การทำงานที่ยากแต่ทำทาบทบาท โดยการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลา และความสามารถจึงจะให้การดูแลได้ดี และ 4) การดูแลเหมือนการเดินทางในที่มีด โดยพยาบาลไอซียูขาดความชัดเจนในการรับรู้ของผู้ป่วยใกล้ตาย และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย แต่พยายามดูแลผู้ป่วยตามที่เห็นสมควร

ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพยาบาลไอซียูเกิดความรู้สึกใน 6 ลักษณะ คือ 1) สงสัยไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ 2) อึดอัด ขัดแย้งเมื่อไม่สามารถทำได้ตามต้องการ โดยเฉพาะในกรณีที่แพทย์ยังคงให้การรักษายิ่งเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ขณะที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายซึ่งควรให้การดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 3) ลำบากใจที่ต้องบอกความจริงกับญาติ โดยเฉพาะเมื่อแพทย์ผู้รักษาไม่ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย 4) เกรียด กอดันเพราะไม่สามารถแสดงออกถึงความรู้สึกร่วมกับญาติได้ 5) สงสาร หดหู่ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสีย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พยาบาลเห็นว่ายังไม่ถึงวัยที่จะเสียชีวิต เมื่อญาติแสดงออกถึงความรัก ความผูกพันระหว่างผู้ป่วยและญาติ และความเศร้าโศกเสียใจรุนแรง และ 6) รู้สึกดี และ อิ่มใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติใน 3 ลักษณะ คือ 1) ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) ดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) ดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน

พยาบาล ไอซียูสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลมีการปฏิบัติใน 7 ลักษณะคือ 1) ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย โดยการดูแลสุขอนามัย และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับญาติมากที่สุด โดยเฉพาะในช่วงโมงสุดท้ายก่อนผู้ป่วยตาย 3) อยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ โดยการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย หรือสัมผัสตัวผู้ป่วย 4) ส่งเสริมให้จิตใจสงบ โดยการให้ผู้ป่วยฟังเพลง เสียงสวดมนต์หรือธรรมะตามความชอบของผู้ป่วย การพุดน้อมนำและเตือนสติผู้ป่วยใกล้ตาย ให้ปล่อยวางและทำจิตใจให้สงบสบาย พร้อมทั้งระลึกถึงสิ่งที่ดีงามหรือสิ่งที่เคารพนับถือ และการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยซึ่งมีทั้งสวดเสียงดังให้ผู้ป่วยได้ยินและสวดในใจ 5) ดูแลทั่วไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในไอซียู ได้แก่ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) อยากรู้ทำอะไรก็ทำให้ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือคำสั่งเสียของผู้ป่วย และ 7) ทำด้วยความนุ่มนวล และ ไม่เปิดเผยร่างกายเกินจำเป็น

2. การดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย

พยาบาล ไอซียูให้การดูแลญาติใน 8 ลักษณะคือ 1) ให้ญาติปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อ 2) เตรียมญาติในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน 3) ให้ข้อมูลเพื่อทำใจ โดยมีขั้นตอนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ประเมินการรับรู้ก่อนให้ข้อมูล ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และ ให้เวลาญาติในการรับทราบข้อมูล 4) ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต และในกรณีที่ญาติไม่อยู่ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต พยาบาลจะติดต่อญาติให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต 5) ประคับประคองจิตใจของญาติโดย รับฟังอย่างเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อน จัดสภาพผู้ป่วยให้ดูดี และ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ 6) ดูแลความสุขสบายทางกายของญาติ โดยการจัดหาเครื่องดื่มและที่นั่งพักให้ญาติ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อญาติมีอาการทางกาย และเปิดโอกาสให้ญาติได้พักผ่อนตามสมควร 7) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลจะปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง และ 8) พยายามให้ญาติยอมรับการตายของผู้ป่วย

3. ดูแลจิตใจตนเองให้พร้อม

เมื่อเกิดความรู้สึกด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาล ไอซียูดูแลภาวะจิตใจของตนเองให้กลับสู่ภาวะปกติโดยวิธีการแตกต่างกัน คือ ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ ทำให้ดีที่สุด ทำบุญให้ผู้ป่วย และ ร้องไห้ระบายความรู้สึก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูได้สะท้อนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 7 ปัจจัย คือ 1) ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด 2) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3) ทักษะในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 4) รูปแบบการทำงานที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต 5) การบริหารเวลาในการทำงาน 6) รูปแบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล และ 7) นโยบายและการบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายครั้งนี้ สามารถให้แนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การศึกษาการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากขึ้น รวมทั้งเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
2. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลไอซียู เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายกับผู้ป่วยและญาติ ทักษะการสื่อสารกับทีมสุขภาพ รวมทั้งทักษะการดูแลด้วยใจ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ทำให้พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ควรจัดให้มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายแบบกะทันหัน

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มสำหรับพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจแก่พยาบาลไอซียู ที่เกิดความรู้สึกด้านลบจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งผู้ป่วยอื่นๆ ในไอซียูต่อไปอย่างมีความสุข และเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพการพยาบาล

2. หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ โดยควรแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดตั้งหน่วยงานหรือกลุ่มทำงานที่รับผิดชอบด้านนี้โดยเฉพาะ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยในไอซียู

3. การสอนงานพยาบาลใหม่ในไอซียู ควรจัดให้มีการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการดูแลด้านร่างกาย เพื่อให้พยาบาลใหม่เกิดความตระหนัก และมีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

4. หัวหน้าหน่วยงานควรจัดระบบการมอบหมายงานประจำวันแก่พยาบาล ที่ทำให้พยาบาลไอซียูมีโอกาสได้มีการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาการพยาบาล

1. ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการจัดการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทั้งในสถานศึกษา และ ในหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆมากขึ้น เพื่อให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และมีความรู้ ทักษะเพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเพื่ออธิบายการประเมินผลและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในบริบทของสังคมไทย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความชัดเจนในการประเมินผลหรือการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความหมายและกระบวนการก่อเกิดทักษะการดูแลด้วยใจ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาทักษะดังกล่าวในนักศึกษาพยาบาล และพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กอบกุล อุทัยรัตน์. (2528). *การศึกษาเปรียบเทียบทัศนะว่าด้วยความเชื่อและพิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของชาวไทยพุทธและไทยมุสลิม ในอำเภอชนบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสนาเปรียบเทียบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- กฤษณา เกลียวศักดิ์. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- กาญจนา รักชาติ. (2543). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- กานดาวศรี ตูลาธรรมกิจ. (2546). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังและใกล้ตาย. เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง วันที่ 25-27 มีนาคม 2546. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- กิตติกร นิลมานันต์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริินทร์ ศาตราบุรุษย์, ยูพา อ่องโกทัย และ ศรีวรรณ ช่วยนุกูล. (2548). *อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสียงจากพยาบาลปฏิบัติการ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23(5), 291-301.*
- เกสรฯ ศรีพิชญากา. (2534). *เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- คูเบลอร์-รอส, เอลิซาเบธ. (2525). *ความตาย กับ ภาวะใกล้ตาย (มาลินี วงศ์พานิช, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ปี ค.ศ. 1969)*
- จอนพะจง เฟื่องจาด. (2546). *ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10.*
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2548). *Withdrawal of life-sustaining therapies in intensive care unit. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying (หน้า 192-198). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

- ชวลีพรรณ ศรีสุนทร. (2548). ความตายตามความเชื่อของคริสตชน. ใน เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 193-200). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง.
- โซเกียล ริน โปเช. (2544). *ประคองสู่สภาวะใหม่* (พระไพศาล วิสาโล, ผู้แปล)(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2543). Critical Care Unit. ใน จงจิตต์ คณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี, และ ประชิต ศราธพันธุ์ (บรรณาธิการ), *ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 1* (หน้า 1-5). กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- คารุณี จงอุดมการณ์. (2545). การวิจัยเชิงคุณภาพ: ภาพสะท้อนจากการปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(1), 85-98.
- คูสิต สถาวร. (2548). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัตรแก้ว, และ นันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 175-191). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เต็มศักดิ์ พิงรัมย์. (2548). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัตรแก้ว, และ นันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคนองค์กร ชุมชน สังคม*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 337-341). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ปัญจมีดิถี. (2542). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย. *วารสารพยาบาล*, 48(3), 148-152.
- นิตยา ชูโต. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พรินต์โพร.
- นุจรินทร์ ถักนทกุล. (2543). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- ประณีต ส่วงวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และ เพ็ญพิศ ฐานิวัฒน์นันท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรัชญาการณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-23.
- ปัญญานันท์ทกิกขุ. (2545). ธรรมชาติของงานในโรงพยาบาล. ใน พุทธทาสภิกขุ และ ปัญญานันท์ทกิกขุ, *ฉบับใหม่เหลือ: ธรรมชาติของงานในโรงพยาบาล* (หน้า 1-11). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- ปิ่น ศรีประจิดติชัย, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ดนัย อุดมพรวิวัฒน์, สุภาวดี สติระเศรษฐทวี, เทวรักษ์ วีระวัฒนกานนท์, และ ปวีณา บุญบุรพงศ์. (2545). ความหลากหลายของผู้ป่วยและผลการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: รายงานเบื้องต้น. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 46(3), 269-279.
- พจนา วิภามาศ. (2545). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรทิพย์ โกศลยวัฒน์. (2541). บทบาทของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16(2), 2-5.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2548). ความตายและภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 224-228). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระครุฑชิต คุณวโร. (2547). ช่วยให้อายุยืนหรือช่วยให้ตายดี. ใน ภัคภร ช่วยคุณูปการ (บรรณาธิการ), *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โครงการสัมมนาวิชาการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ครั้ง* (หน้า 11-29). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2542). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2549). *เหนือความตาย: จากวิกฤตสู่โอกาส*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- พระไพศาล วิสาโล, สุลักษณ์ ศิวรักษ์, นิธิ เอียวศรีวงศ์, พรทิพย์ โรจนสุนันท์ และ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2546). *ชีวิตและความตายในสังคมสมัยใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เคล็ดไทย.

- พวงเพ็ญ ชุณหปราณ. (2549). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. ใน โสรัจจ์ หงส์คารมภ์ (บรรณาธิการ), *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์* (หน้า 69-84). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี ชูทิพย์. (2547). *การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิเชษฐ์ กาลามเกษตร. (2548). แนวความคิดของอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ในมรณะวิถี. ใน เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 125-158). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง.
- พุทธทาสภิกขุ. (2548). *คู่มือมนุษย์*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2535). *สาระแห่งวิชาชีพการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). *นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2543). การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ. *วารสารพยาบาล*, 49(2), 122-124.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2545). พยาบาลและองค์กรรวม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 20(1), 8-10.
- ภรณ์ พวงแก้ว. (2535). *การศึกษาการใช้เวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ภัทรพร สิริกาญจน์. (2539). ชีวิตกับความตายในมุมมองทางศาสนา. ใน ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ), *มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย* (หน้า 112-118). กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- เมตตานนุโท ภิกขุ. (บรรณาธิการ). (2548). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (11-122). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง.
- ยุจินต์ เดชชัยย์. (2537). *การศึกษาความจำเป็นต้องการการพัฒนานาวิชาการสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

- ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2543). แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม. ใน จงจิตต์ คณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี, และ ประชิต ศรราชพันธุ์ (บรรณาธิการ), *ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 2* (หน้า 1-8). กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- ยุวนิดา อารามรัมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ระนอง สรวายเอี่ยม. (2541). *จริยศาสตร์ กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจริยศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ว.วชิรเมธี. (2550). สบตากับความตาย (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วงรัตน์ ไสสุข.(2544). *ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วันดี โภคะกุล. (2543). ภาวะสุดท้ายของชีวิต แนวคิด-ปรัชญา. ใน วันดี โภคะกุล และ สถาพร ลีลานั้นทกิจ (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะระยะสุดท้ายสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์* (หน้า 1-10). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). *การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วาสนี วิเศษฤทธิ. (2549). ความตาย: การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย. ใน โสรจจ์ หงส์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ), *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์* (หน้า 113-134). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2544). บทนำการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (หน้า 1-10). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

- วีณา เทียงธรรม. (2547ก). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(1)*, 70-78.
- วีณา เทียงธรรม. (2547ข). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(2)*, 97-108.
- สมมาตร โล่สวัสดิ์กุล และ วณิชชา พึ่งชมพู. (2547). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สหัชชา แก้วพิบูลย์. (2547). *ประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุสัถยณ์ ศิวรักษ์. (2549). การตายกับความตาย: มุมมองจากศาสนาและวิทยาศาสตร์. ใน โสรจจ์ หงส์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ), *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์* (หน้า 39-60). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2546). แพทย์กับความตาย. ใน ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และ สายพิน ด่านวัฒนะ (บรรณาธิการ), *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี: มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ* (หน้า 100-106). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- สิวลี ศิริไล. (2544). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวลี ศิริไล. (2548). ศาสนา จริยศาสตร์ และวิชาชีพพยาบาล. ใน สิวลี ศิริไล (บรรณาธิการ), *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (หน้า 97-151). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวลี ศิริไล. (2549). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน โสรจจ์ หงส์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ), *ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์* (หน้า 135-146). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุถรงค์ จันทวานิช. (2537). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2546). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. *หมอชาวบ้าน, 25(296)*, 17-21.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.

- อรรถยา อมรพรหมภักดี. (2547). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อภิรดี แสงศิริโรจน์. (2545). การศึกษาอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรทั้งไป: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อานนท์ วิทยานนท์ และ จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2548). การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง. ใน สกถ สิงหะ และ ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *ก้นสู้อย่างกลับเข้าสู่สังคม: การช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ป่วยมะเร็ง* (หน้า 1-22). สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 42(1), 16-31.
- อุไร ศรีแก้ว, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2544). มโนทัศน์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต. ใน อุไร ศรีแก้ว, ทิพมาส ชินวงศ์ และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (อายุรศาสตร์)* (หน้า 3-12). สงขลา: เอส.ซี.วี. บิสซิเนสส์.
- Andrew, C. M. (1998). Optimizing the human experience: Nursing the families of people who die in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 3, 59-65.
- Angus, D. C., Barnato, A. E., Linde-Zwirble, W. T., Weissfeld, L. A., Watson, R. S., Rickert, T., et al. (2004). Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine*, 32(3), 638-643.
- Anselm, A. H., Palda, V., Guest, C. B., McLean, R. F., Vachon, M. L. S., Kelner, M., et al. (2005). Barriers to communication regarding end-of-life care: perspectives of care providers. *Journal of Critical Care*, 20, 214-223.
- Asch, D. A., Faber-Langendoen, K., Shea, J. A., & Christakis, N. A. (1999). The sequence of withdrawing life-sustaining treatment from patients. *The American Journal of Medicine*, 107, 153-156.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-46.

- Beckstrand, R. L., & Kirchhoff, K. T. (2005). Providing end-of-life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *The American Journal of Critical Care, 14*(5), 395-403.
- Boyle, D. K., Miller, P. A., & Forbes-Thompson, S. A. (2005). Communication and end-of-life care in the intensive care unit: Patient, family, and clinician outcomes. *Critical Care Nursing Quarterly, 28*, 302-316.
- Brenner, Z. R. (2002). Lessons for critical care nurses on caring for the dying. *Critical Care Nurse, 22*(1), 11-12.
- Burke, J. D. (1997). Death with dignity. *Wisconsin Medical Journal, February*, 23-26.
- Byock, I. (2006). Improving palliative care in intensive care unit: Identifying strategies and interventions that work. *Critical Care Medicine, 34*(11), s302-s305.
- Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., et al. (2004). Statement of the 5th international consensus conference in critical care challenges in end-of life care in the ICU. *Resuscitation, 13*, 440-452.
- Carson, S. S., & Bach, P. B. (2001). Predicting mortality in patients suffering from prolonged critical illness. *Chest, 120*, 928-933.
- Chapple, H. S. (1999). Changing the game in the intensive care unit: Letting nature take its course. *Critical Care Nurse, 19*(3), 25-34.
- Clark, C., & Heidenreich, T. (1995). Spiritual care for the critically ill. *American Journal of Critical Care, 4*, 77-81.
- Cook, D., Ricker, G., & Heyland, D. (2004). Dying in the ICU: Strategies that may improve end-of-life care. *Canadian Journal of Anesthesia, 51*(3), 266-272.
- Curtis, J. R. (2004). Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Critical Care Clinics, 20*, 363-380.
- Curtis, J. R. (2548). Improving communication about end-of-life care in the intensive care unit. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ถิ่นชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying* (หน้า 85-92). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Danielson, E., & Berntsson, L. (in press). Registered nurses' perceptions of educational preparation of professional work and development in their profession. *Nurse Education Today*.
- Degner, L. F., & Gow, C. M. (1988). Preparing nurses for care of the dying. *Cancer Nursing*, 11(3), 160-169.
- Dorland, W. A. (2003). *Dorland's illustrated medical dictionary* (30th ed.). Philadelphia: W.B. Saunder.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1998). The promise of a good death. *Lancet*, 351(Suppl.2), 21-29.
- Faber-Langendoen, K., & Lancken, P. N. (2000). Dying patients in the intensive care unit: Forgoing treatment, maintaining care. *Annals of Internal Medicine*, 133, 886-893.
- Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davodson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 214-222.
- Hennenman, E. A., & Karras, G. E. (2004). Determining brain death in adults a guideline for use in critical care. *Critical Care Nurse*, 24(5), 50-56.
- Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. (2005). Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 125-133.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Isaak, C., & Paterson, B. L. (1996). Critical care nurses' lived experience of unsuccessful resuscitation. *Western Journal of Nursing Research*, 18(6), 688-702.
- Kesecioglu, J. (2000). From intensive care to treatment of the critically ill. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 11, 150-158.
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care*, 9, 96-105.
- Kirchhoff, K. T., Song, M.-K., & Kehl, K. (2004). Caring for the family of the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, 20, 453-466.

- Kirchhoff, K. T., Spuhler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, V., & Clemmer, T. (2000). Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *American Journal of Critical Care, 9*, 36-42.
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: The decision trail. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 976-986.
- Levy, M. M. (2001). End-of-life care in the intensive care unit: Can we do better?. *Critical Care Medicine, 29*(Suppl.2), 56-61.
- Levy, M. M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical Care Clinics, 20*, 541-547.
- Levy, M. M., & Carlet, J. (2001). Compassionate end-of-life in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 29*(Suppl.2), 1.
- Levy, M. M., & McBride, D. L. (2006). End-of-life care in the intensive care unit: State of the art in 2006. *Critical Care Medicine, 34*(11(Suppl.)), s306-s308.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Low, J. T., & Payne, S. (1996). The good death perceptions of health professionals working in palliative care. *European Journal of Cancer Care (Engl.), 5*(4), 237-241.
- Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. Alberta: Qual Institute Press.
- McClement, S. E., & Degner, L. F. (1995). Expert nursing behaviors in care of the dying adult in the intensive care unit. *Heart & Lung, 24*, 408-419.
- McNamara, B., Waddell, C., & Colvin, M. (1994). The institutionalization of the good death. *Social Science & Medicine, 39*(11), 1501-1508.
- McNamara, B., Waddell, C., & Colvin, M. (1995). Threats to the good death: The cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health & Illness, 17*(2), 222-244.
- Minichiello, V., Aroni, R., Timewell, E., & Alexander, L. (1995). *In-depth interviewing: Principles, techniques, analysis* (2nd ed.). Melbourne: Longman.
- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (2nd ed, pp.127-145). California: Sage publications.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(4), 446-455.
- Nelson, J. E. (2006). Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in intensive care unit. *Critical Care Medicine, 34*(Suppl.11), s324-s331.

- Nelson, J. E., & Danis, M. (2001). End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now?. *Critical Care Medicine, 29*(2), 2-9.
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine, 29*(277-282).
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.
- Payne, S. A., Langley-Evans, A., & Hillier, R. (1996). Perceptions of a 'good' death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliative Medicine, 10*, 307-312.
- Plager, K. A. (1994). Hermeneutic phenomenology: A methodology for family health and health promotion study in nursing. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health*. (pp.65-83). Thousand Oaks: Sage publications.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prendergast, T. J., Classens, M. T., & Luce, J. M. (1998). A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 158*, 1163-1167.
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung, 19*, 526-533.
- Puntillo, K. A., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stott, N., Stannard, D., et al. (2001). End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care, 10*(4), 216-229.
- Rittman, M., Paige, P., Rivera, J., Sutphin, L., & Godown, I. (1997). Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing, 20*(2), 115-119.
- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum, 26*, 1683-1687.
- Schantz, M. L. (2007). Compassion: a concept analysis. *Nursing Forum, 42*(2), 48-55.
- Simpson, S. H. (1997). Reconnecting: The experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing, 13*, 189-197.

- Smith, R. (2000). A good death: An important aim for health services and for us all. *British Medical Journal*, 320, 129-130.
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M., & Tulsky, J.A. (2000). In search of a good death: Observations of patients, families, and provider. *Annals of Internal Medicine*, 132 (10), 825-832.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (Eds). (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- The SUPPORT principal investigators. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *The Journal of the American Medical Association*, 274, 1591-1598.
- Thobaben, M. (2000). Helping terminally ill clients experience a “good death”. *Home Care Provider*, December, 202-203.
- Truog, R. D., Cist, A. F., Brackett, S. E., Burns, J. P., Curley, M. A., Danis, M., et al. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The ethics committee of the society of critical care. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2332-2348.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience*. London: The Althouse Press.
- White, D. B., & Luce, J. M. (2004). Palliative care in the intensive care unit: barriers, advances, and unmet needs. *Critical Care Clinics*, 20, 329-343.
- Workman, S., McKeever, P., Harvey, W., & Singer, P. A. (2003). Intensive care nurses’ and physicians’ experiences with demands for treatment: Some implications for clinical practice. *Journal of Critical Care*, 18(1), 17-21.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในไอซียู ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลไอซียูสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ดียิ่งขึ้น และพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงานมากขึ้น เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุด ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการการสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 2-3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณครั้งละ 45-60 นาที และมีความจำเป็นต้องบันทึกเสียงไว้ด้วยทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ท่านสามารถเลือกเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก ในระหว่างการสัมภาษณ์ หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกใจที่จะตอบ ก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถบอกยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยก็ได้ และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ภายหลังการสัมภาษณ์ดิฉันจะทำการถอดเทปเขียนเป็นบทสัมภาษณ์ ซึ่งในบทสัมภาษณ์ บันทึกต่างๆ และการรายงานผลวิจัยจะใช้ชื่อสมมติทั้งสิ้น เทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์นี้ดิฉันจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 3 ปี

ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วย
ใกล้ตาย

คำชี้แจง กรุณานึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่ท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งท่านได้ให้การดูแล
จนกระทั่งในชั่วโมงสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต และเล่าเหตุการณ์ครั้งนั้นอย่างละเอียด

1. ผู้ป่วยใกล้ตายที่ท่านให้การดูแลเป็นอย่างไรบ้าง อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนั้น
เป็นผู้ป่วยใกล้ตาย
2. ท่านมีการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือไม่ อย่างไร
3. ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นบ้าง และท่านให้การดูแลอย่างไร
อะไรทำให้ท่านทำอย่างนั้น
4. การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไปในไอซียูหรือไม่
อย่างไร
5. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้างต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (กรุณาเล่าความรู้สึกนั้นอย่าง
ละเอียด)
6. การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง และท่านมีวิธีการใดบ้างที่ทำให้
รู้สึกดีหรือสบายใจขึ้น
7. ท่านคิดว่าจะเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายกับอะไรได้บ้าง
8. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของท่านมีอะไรบ้าง
9. ท่านประสบปัญหาหรือความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างไรบ้าง และอะไรที่
ช่วยให้ท่านแก้ปัญหาต่างๆได้
10. ท่านต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด จากใครบ้าง และอย่างไร
11. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูได้รับการดูแลที่เหมาะสม
มากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างการจัดการข้อมูล: บทสัมภาษณ์

ความคิดเห็น	บทสัมภาษณ์	การแปลความหมาย
<p>คำถามต่อ:</p> <p>-มีกรณีไหนบ้างที่เราไม่ได้ดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-ที่ารู้สึกไม่ดีที่ต้องย้ายคนไข้ใกล้ตายไปวอร์ดนี้ เป็นอย่างไร และช่วยเล่าให้ฟังได้มั้ยว่ากรณีแบบนี้ พี่ให้การดูแลคนไข้และญาติอย่างไรบ้าง</p>	<p>P เราดูแลจนถึงโน้นเลยแหละ จนถึงเค้า death เลยแหละ แล้วส่วนใหญ่ถ้าสามารถอยู่ที่เราจนถึง death เราก็ดูแลจนถึง death นะ ถ้าคนไข้อยู่กับเราหลายวันจะรู้สึกที่เราจะได้ดูแลทั้งคนไข้และก็ญาติด้วยส่วนใหญ่ นะ คือกลายเป็นว่าเราต้องดูแลทั้งครอบครัวเค้า นะ แต่ก็จะมีบาง case ที่เรารู้สึกไม่ดีที่คนไข้แย่มากแล้วเราต้องย้ายกลับวอร์ดไป</p> <p>R ถ้าคนไข้ตายที่เราหลังจากคนไข้ตายแล้วเราทำอะไร</p> <p>P ส่วนใหญ่ญาติจะบอก บางทีก็จะคุยกับญาติ ถ้าญาติบอกว่าอย่าเพิ่งเอาท่อออกนะ เราก็จะเอื้อให้ได้สักพัก บางทีเค้าบอกว่าอยากรอกันโน้นก่อนอย่าเพิ่งถอดมอนิเตอร์ เราก็ได้ ส่วนใหญ่ถ้าเป็นคนไข้ที่ตายแล้วเนี่ย การตอบสนองส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองความต้องการของญาติ.....</p>	<p>-ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยให้การดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตอบสนองความต้องการของญาติ</p>

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการเขียนบันทึกส่วนตัว

14 พ.ย. 49

วันนี้ ฉันสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เป็นครั้งแรก บรรยากาศในการพูดคุยเป็นไปอย่างเป็นกันเอง ตลอดการพูดคุยผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา อาจเป็นเพราะเราเคยทำงานร่วมกันมาก่อน ในเรื่องคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ฉันรู้สึกคำถามที่ฉันถามผู้ให้ข้อมูลไม่ค่อยชัดเจน และบางครั้งก็มุ่งถามเหตุผลของการให้การดูแลมากเกินไป ฉันจัดจังหวะการพูดของผู้ให้ข้อมูลหลายครั้ง และยังคงมีการถามนอกรอบบ้าง ซึ่งฉันต้องเพิ่มความระมัดระวังในจุดนี้ให้มากขึ้น

....

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงการให้ข้อมูลของแพทย์ที่ไม่ชัดเจน และให้ความหวังในการรอดชีวิตของคนไข้ถ้าได้ให้การรักษามากขึ้น ทำให้ฉันนึกถึงครั้งหนึ่งที่ฉันเคยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นคนไข้หญิงเป็นมะเร็งตับอ่อน ผลการผ่าตัดไม่ค่อยดีนัก และคนไข้มีภาวะ sepsis จำได้ว่าคนไข้อยู่ไอซียูนานมาก แพทย์ให้การรักษามากขึ้นและให้ข้อมูลว่ามีโอกาสที่จะหาย แต่ฉันรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่น่าจะรอดชีวิตและการรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยทรมาน ฉันได้พูดคุยกับญาติ ถามเขาว่าหมอบอกว่าอย่างไรบ้าง คนไข้จะมีโอกาสหายมั้ย ญาติก็รับรู้ว่าคนไข้มีโอกาสหาย ฉันพยายามพูดคุยกับเขาให้เขารับรู้ว่าโอกาสที่คนไข้จะไม่หายและจากไปก็มีเหมือนกัน แต่ในช่วงนี้เราให้การดูแลคนไข้อย่างเต็มที่ และฉันรู้จากญาติว่าคนไข้ชอบทำบุญ บางครั้งฉันจึงถามคนไข้ว่าอยากทำบุญมั้ย อยากถวายสังฆทานหรือเปล่า ถ้าแพทย์หน้าฉันก็แจ้งให้ญาติทราบว่าคุณไข้อยากทำอะไรและเมื่อญาติไปทำแล้วให้มาบอกคนไข้ด้วย แม้ว่าญาติจะไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยจะตายแต่ฉันก็พยายามที่จะค้นหาความต้องการและสิ่งที่คุณไข้อยากทำก่อนตายแต่ก็ทำได้ไม่มากนักเพราะบางช่วงคนไข้ไม่ค่อยรู้ตัว ไม่ค่อยตอบสนองคล้ายมีอาการซึมเศร้า ฉันก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ได้แต่ถามแผนการรักษาจากหมอด้วยความคาดหวังว่าจะยุติการรักษาที่ยื้อคนไข้ไว้แบบนี้ลงเสียที แต่ก็ยังคงให้การรักษาไปเรื่อยๆ จนสุดท้ายคนไข้ arrest เมื่อช่วยขึ้นมาได้จึงเริ่มมีการให้ข้อมูลกับญาติว่าอาจจะไม่ไหว แต่ตอนนั้นคนไข้ก็ไม่รู้สึกตัวแล้ว การรักษาที่เคยให้มาหลายอย่างยุติลง ยกเว้นการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่นานคนไข้ก็เสียชีวิต

ภาคผนวก จ**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ นัทรแก้ว
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร. ทิพนาส ชินวงศ์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณประสพสุข อินทร์รักษา
หออภิบาลผู้ป่วย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4857029		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2532

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6

หออภิบาลผู้ป่วย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

E mail address: chorapan@medicine.psu.ac.th