



ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
Nurses' Experience in Palliative Care in Intensive Care Units

นุรดีนี แมเริาะ
Nurdeenee Maeroh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
Nurses' Experience in Palliative Care in Intensive Care Units

นุรดีนี แมเริาะ
Nurdeenee Maeroh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 ผู้เขียน นางสาวนุรดีนี่ แม่เร้าะ
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย)

.....กรรมการ
 (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวนุรดีนี่ แม่ไร่)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนุรดีณี แม่ไร่ะ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
ผู้เขียน	นางสาวนุรดีนี่ แมะเร้าะ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 10 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางของลินคอล์นและคูบา

ผลการศึกษาประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 7 ลักษณะ คือ (1) การดูแลแบบองค์รวม (2) การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต (3) การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม (4) การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (5) การดูแลที่ความเจ็บป่วย (6) การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา และ (7) การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

2. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน (2) การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ

3. ความรู้สึกเมื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ (1) รู้สึกทรมานกับการดูแล (2) รู้สึกดีที่ได้ดูแล และ (3) การดูแลด้วยประสบการณ์

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ภาระงานมาก (2) ทรัพยากรที่มีจำกัด และ (3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

5. ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ลดภาระงาน (2) สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ และ (3) ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม

การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งยังเป็นการนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

Thesis Title	Nurses' Experience in Palliative Care in Intensive Care Units
Author	Miss Nurdeenee Maeroh
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

The purposes of the study were to explore and describe nurses' experience in palliative care in Intensive Care Units (ICUs) using qualitative phenomenological research. The study included 10 registered nurses who worked in ICUs in a tertiary hospital in Narathiwat Province. Data were collected using in-depth individual interviews and analyzed using Colaizzi's method. Trustworthiness was established following Lincoln and Guba's criteria.

The study findings revealed five themes including:

1. The meaning of palliative care in ICUs included seven components (1) caring as holistic care, (2) caring to reduce suffering and to increase quality of life, (3) incorporating relatives' into the care, (4) caring for both patients and their family, (5) caring focusing on illness, (6) caring initiated together with cure, and (7) caring at the end-of-life.

2. The practices related to palliative care in ICUs included four components (1) supporting comfort and symptom management related to suffering, (2) providing information for decision making, (3) providing mental support, and (4) providing spiritual and belief support.

3. The feeling after providing palliative care in ICUs included three components (1) dedicating themselves in caring, (2) feeling good after caring, and (3) caring based on experience.

4. The barriers of palliative care in ICUs included three components (1) workload, (2) limited facilities, and (3) the relative's decision-making did not match the patient's needs.

5. The support needs of palliative care in ICUs included three components (1) reducing workload, (2) building the effective care team, and (3) receiving knowledge from colleagues who have been trained.

The study elicited primary information that could help nursing staff understand palliative care and develop and improve the quality of palliative care in ICUs.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งคอยสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไข และปรับปรุงเพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น และพี่ๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูและหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ที่คอยอำนวยความสะดวกในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ไว้วางใจและให้ความร่วมมือในงานวิจัยนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาระดับมหาบัณฑิตในครั้งนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยเสริมสร้างพลังอันยิ่งใหญ่ คอยช่วยเหลือ สนับสนุน มอบความรัก และความห่วงใยมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

นุรดีนี แมะเร้าะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง.....	6
ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง.....	6
หลักการดูแลแบบประคับประคอง.....	7
ระบบของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย.....	8
การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย.....	10
การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ในต่างประเทศ.....	10
การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ในประเทศไทย.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา.....	14
ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	14
ปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย.....	15
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	18
สถานที่ศึกษา.....	18
ผู้ให้ข้อมูล.....	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	19
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภูมิหลังของผู้วิจัย.....	21
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	21
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	23
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	25
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	28
ผลการวิจัย.....	28
อภิปรายผลการวิจัย.....	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	55
เอกสารอ้างอิง.....	57
ภาคผนวก.....	63
ก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	68
ค ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
ง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย.....	73
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	74
ประวัติผู้เขียน.....	75

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	29
2 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละความหมายของการดูแลแบบ ประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย.....	32
3 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองใน หออภิบาลผู้ป่วย.....	37
4 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละความรู้สึกต่อการดูแลแบบประคับประคอง ในหออภิบาลผู้ป่วย	40
5 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบ ประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย.....	42
6 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบ ประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย.....	45

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	การเลือกผู้ให้ข้อมูลจากการแนะนำของผู้ให้ข้อมูล.....	24
2	สรุปประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอ อภิบาลผู้ป่วย.....	48

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (วินัย, 2558) ด้วยเหตุนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.] (2553) จึงมีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดระบบการดูแลในลักษณะเครือข่าย และให้สถานบริการสุขภาพมีหน่วยบริการผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2555 สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของบุคลากร (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, 2555) ในปีต่อมา ชมรมพยาบาลแบบประคับประคองถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแบบประคับประคอง (ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง, 2556)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน และอาการเจ็บป่วยที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจรักษา ทั้งนี้เป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และยังรวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย (World Health Organization [WHO], 2014) การดูแลแบบประคับประคองจึงสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วย (Custer, 2014) แต่เป็นการดูแลที่ไม่ใช่เริ่มหลังจากการยุติหรือยืดยาวชีวิต (Curtis, 2008) แต่เป็นการดูแลที่สามารถทำได้ตั้งแต่การบรรเทาอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมายในการดูแลรักษา การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การสื่อสารและการร่วมมือกันของทีมให้การดูแล เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ก็ต้องให้การดูแลที่ลดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ และตายอย่างสมศักดิ์ศรี ตลอดจนครอบครัวได้รับการดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (Curtis, 2008; Nelson et al., 2011)

การปฏิบัติการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันท่วงที (สุจิตราและชวนพิศ, 2556) ทำให้มีการดูแลโดยเน้นการรักษาแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงรอดชีวิต และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา, 2556) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลยังเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลในระยะท้ายของชีวิตหรือใกล้ตาย (Fadare, Olaogun, Afolayan, Olatunya, & Ogundipe, 2014) ซึ่งพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการให้การดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น (Meghani, 2004) แต่การดูแลแบบประคับประคองเป็นการให้การดูแลที่เริ่มทันทีที่ให้การรักษา โดยไม่ได้เน้นการรักษาโรคให้หายขาด แต่เป็นการรักษาที่เป็นประโยชน์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยมากที่สุด (สันต์, 2552)

วิทยาลัยแพทยด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของสหรัฐอเมริกา (The American College of Critical Care Medicine) มีการพิจารณาและมีมติให้บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต (Truog et al., 2008) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้โดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยโรค และพยากรณ์โรคที่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเตรียมการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Aslakson, Curtis, & Nelson, 2014) โดยการประยุกต์องค์ความรู้ และการทำงานประสานกันเป็นทีม โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนมุมมองในการดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Abu-Saad, 2001) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ร่วมงานที่มีบทบาทสำคัญในทีมการดูแลที่สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และบรรเทาความทุกข์ทรมาน การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นตัวแทนผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาสีทธิที่ควรได้รับด้วยการให้ข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นผู้ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างครอบคลุม เป็นผู้ให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาที่ให้กับผู้ป่วย ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และเป็นส่วนตัวในช่วงท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาของฟาเดร์และคณะ (Fadare et al., 2014) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลในช่วงใกล้ตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของมาฮอนและแมคอูเลย์ (Mahon & McAuley, 2010) ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าพยาบาลมีการรับรู้ว่าเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการอาการ และส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ยังเชื่อว่าการดูแลแบบประคับประคองใช้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตายเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิรานมานเนสและคณะ (Iranmanesh, Razban, Tirgari, & Zahra, 2014) ศึกษาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย และพยาบาลในหอผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการจัดการอาการปวด และบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และยังพบว่าพยาบาลยังไม่เข้าใจในด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาที่ไม่เฉพาะเจาะจงในพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย แต่พบว่ามีการศึกษาที่มีการบูรณาการระหว่างการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งปอดในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี (Gay, Weiss, & Nelson, 2012) การบูรณาการระหว่างการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตช่วยในการเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี (Aslakson et al., 2014)

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลในช่วงเวลาการเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

(Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) ผลการศึกษาพบว่า การไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยว ไม่ทุกข์ทรมาน และมีการวางแผนเตรียมการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชอร์ตเตอร์และสแตร์ย์ (Shorter & Stayt, 2010) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรู้สึกดีเมื่อรับรู้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ในส่วนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Jacobowski, Girard, Mulder, & Ely, 2010; Slatore et al., 2012) พบว่าการสื่อสารโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจรักษา และยังพบการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติหรือยืดการรักษา (Paganini & Bouso, 2015) ผลการศึกษาพบว่า การทำงานท่ามกลางความกดดันของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีการเสริมแรงจนเกิดความมั่นใจ และสามารถเผชิญกับการปฏิบัติงานท่ามกลางเหตุการณ์ที่เกิดประเด็นทางจริยธรรม การศึกษาที่ใกล้เคียงกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยพบเพียงการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของเอชพีไอ, ยิง, ซิมส์, เฮลล์, และเวลส์ (Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010) ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายคือ พยาบาลยังขาดการวางแผนล่วงหน้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย การดูแลที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างรูปแบบของการรักษาของแพทย์ที่เน้นการรักษาอาการหรือการดูแลแบบแยกส่วน แต่รูปแบบการดูแลของพยาบาลเน้นที่การดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรักษาที่ไร้ประโยชน์ และเกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวังที่มากเกินไปของครอบครัวซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสาร นอกจากนี้การขาดความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดูแลดังกล่าวยังมีข้อขัดแย้งกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยที่ผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวควรจะได้รับดูแล

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยในบริบทหออภิบาลผู้ป่วยและหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม ประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาความรู้ด้วยตนเอง (สิรินทร์และอวยพร, 2556) ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในบริบทของหออภิบาลผู้ป่วย แต่การศึกษาในบริบทหออภิบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบเพียงการศึกษาของคงสุวรรณและลอคซิน (Kongsuwan & Locsin, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรู้สึกกังวลเมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ๆ เพราะไม่คุ้นเคย กลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้เทคโนโลยี และบอกว่าการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ก่อประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่าควรมีการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการให้เทคโนโลยีในการประคองชีวิตของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยโดยตรง พบเพียงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลในช่วงเวลาการเสียชีวิตและการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (สิริวรรณ, วราภรณ์, และกิตติกร, 2556; Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim,

2012) และการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในบริบทของการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วย เป็นการศึกษา ประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดน้อย หรือมี แนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางกายในทาง ที่ เลวลง (อรพรรณ, กิตติกร, และวิภาวี, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัสสร (2554) ศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ได้ให้ความหมายของการ ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายคือการที่มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรค ไปในแนวทางที่แย่ง ไม่มีหวังในการรักษา และเป็นการเจ็บป่วยกะทันหันที่ญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัว หรือทำใจมาก่อน นอกจากนี้การศึกษาของอรพรรณ, กิตติกร, และวิภาวี (2551) พบว่าการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตายในบางครั้งเป็นการดูแลเหมือนเดินในที่มืด โดยที่ไม่สามารถแปลความหมายของปฏิกิริยา ภายหลังการดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลก็พยายามดูแลไปตามที่สมควร ซึ่งจากผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้ ศึกษาเฉพาะจงในการดูแลแบบประคับประคองในหอ อภิบาลผู้ป่วย แต่เป็นเพียงการศึกษา ประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอ อภิบาลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดที่ระบบสุขภาพให้ความสำคัญและ ตื่นตัว และมีการแนะนำให้ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้ได้ใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย เนื่องจากวิธีการศึกษานี้ทำให้เข้าใจถึง ความคิด ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างแท้จริงจาก การบรรยายและอธิบายประสพการณ์ของพยาบาลที่ประสพการณ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งผลการศึกษา สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม และ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอ อภิบาลผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

ประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology or transcendental phenomenology) ตามแนวคิดทางปรัชญาของฮัสเซิร์ล (Husserl) ซึ่งเชื่อว่า

ความรู้ที่อยู่ในประสบการณ์ของบุคคล และบุคคลเป็นคนที่สะท้อนสิ่งที่ได้ประสบมา และในการได้มาซึ่งความรู้ที่อยู่ในประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆจะต้องอยู่ภายใต้การรู้สติ (consciousness awareness) และเพื่อให้ได้ความรู้ที่แท้จริงในประสบการณ์นั้น จะต้องไม่นำสิ่งที่ได้รับรู้หรือมีความรู้มาก่อนใส่เข้าไป (epoch or bracketing) (Crowell, Heidegger, & Husserl as cited in McConnell-Henry, Chapman, & Francis, 2009) ในการศึกษาเป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย นักวิจัยนำแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายของ ฮัสเซิร์ลมาใช้ เนื่องจากเป็นแนวคิดซึ่งได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของประสบการณ์นั้น โดยที่ไม่นำความรู้และประสบการณ์ของนักวิจัยเข้าไปในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลนั้น โดยให้พยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นบุคคลที่สะท้อนเรื่องราวการดูแลแบบประคับประคองของตนเอง และนักวิจัยจะเปิดใจรับฟังเรื่องราวอย่างตั้งใจ นักวิจัยจะบรรยายความรู้หรือสาระที่ได้จากการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างที่เป็นจริง โดยที่ผู้วิจัยจะแยกความรู้และประสบการณ์ของตนเองออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา โดยการเขียนสิ่งที่นักวิจัยทราบหรือมีความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองออกมาตีแผ่ให้เห็นหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน หรือเมื่อมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังศึกษา เพื่อให้ได้ผลการศึกษาหรือความรู้ที่บรรยายจากการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองตามองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้อภิปรายผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองตามองค์การอนามัยโลกคือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิต โดยมีการเน้นการดูแลรักษาตามอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และเน้นการดูแลแบบองค์รวม และยังมีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองมีการดูแลตั้งแต่เริ่มมีการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นจนถึงระยะท้ายของชีวิต และยังมีการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (WHO, 2014)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ตามความเป็นจริงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในบริบทหออภิบาลผู้ป่วย โดยพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลจากการศึกษาทำให้เข้าใจการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.1 ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.2 หลักการดูแลแบบประคับประคอง
 - 1.3 ระบบของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย
2. การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 2.1 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยในต่างประเทศ
 - 2.2 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยในประเทศไทย
3. แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา
 - 3.2 ปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย
4. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (WHO, 2014) ตลอดจนมีการบูรณาการองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ตลอดจนความรู้สึกละเอียดอ่อน และความเห็นอกเห็นใจจากทีมสหวิชาชีพ (Sittipreechachan, 2013) นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระ เข้าถึงข้อมูล และมีทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และทำให้มีการเตรียมการล่วงหน้า (National Quality Forum [NQF], 2006)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือ การปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานของโรคให้อยู่ในระยะสงบ ไม่เกิดอาการรุนแรงซ้ำอีก ส่งเสริมการยอมรับ และปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อความเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยเท่าที่สามารถกระทำได้กับเวลาที่เหลืออยู่ ตลอดจนสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

การบริการที่ดี โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ลูกกลมขนาดไหน นอกจากนี้การดูแลแบบ ประคับประคองสามารถดูแลควบคู่กับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย (World Health Organization [WHO], 2002)

หลักการดูแลแบบประคับประคอง

หลักการการดูแลแบบประคับประคองมีดังนี้

1. ให้การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยพยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความละเอียดอ่อนต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเคารพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร, 2555) เนื่องจากครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การตัดสินใจ และมีเป้าหมายร่วมกันกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (ปฐมวดีและชนกพร, 2554)

2. ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสมบูรณ์ตามความต้องการของตนเอง เนื่องจากความตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของประสบการณ์การมีชีวิตอยู่ แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของประสบการณ์ชีวิต (กิตติกร, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย พยาบาลต้องมีความตระหนักและให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตโดยไม่ได้รับการเตรียมตัวทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมที่ให้การดูแล (วัลภา, 2553)

3. ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยการนำรูปแบบการดูแลต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมั่นใจว่าการดูแลที่ให้นั้นมีความสอดคล้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย หากพยาบาลเข้าใจและตระหนักถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ (กิตติกร, 2555) ตลอดจนมีการผสมผสานระหว่างความเชื่อที่ผู้ป่วยนับถือกับการดูแลแบบประคับประคองในมิติจิตวิญญาณ เข้าด้วยกัน (Keegan & Drick, 2011)

4. ให้การดูแลอย่างครอบคลุม เน้นความสุขสบาย การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมความสุขสบายทางด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เต็มที่ในช่วงที่มีชีวิตอยู่ (กิตติกร, 2555) การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และมีการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านความเชื่อ เป็นการดูแลทางด้านร่างกายที่ผสมผสานความเชื่อในการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบายแก่ผู้ป่วย (นริสา, กิตติกร, และวราภรณ์, 2557)

5. ให้ความสำคัญในการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการดูแลดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (กิตติกร, 2555) เพราะการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เริ่มต้นทันทีเมื่อมีการวินิจฉัยโรค โดยไม่ได้เน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่เป็นการดูแลรักษาที่เป็นประโยชน์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย (สันต์, 2552)

6. มีการทำงานเป็นทีม เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม โดยการดูแลที่มีการวางแผนเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งเสริมการตายดี (กิตติกร, 2555) การดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ทำให้การดูแลมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (ทัศนีย์, พิมลรัตน์, ศศิพินท์, พวงพะยอม, และยุพยงค์, 2556)

7. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การประสานงานระหว่างทีมการดูแลมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม นอกจากนี้สามารถช่วยให้พยาบาลรับรู้และเข้าใจถึงความวิตกกังวล และความต้องการของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการตัดสินใจรักษา (กิตติกร, 2555) ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ แต่การได้มาซึ่งข้อมูลต้องเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้สามารถประเมินข้อมูลบางอย่างที่จำเป็น จนมีการเปิดเผยข้อมูล และมีการตัดสินใจท่ามกลางบรรยากาศที่ปลอดภัย (Wiegand, 2006)

8. มีการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ผ่านการจัดอบรมหรือการพัฒนาทักษะ จะทำให้พยาบาลสามารถริเริ่ม สร้างสรรค์ และให้การดูแลแบบประคับประคองที่ทันสมัย และมีคุณภาพตลอดจนทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพและมีการรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง (กิตติกร, 2555) ความรู้ที่ได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการเข้าอบรม ประชุมวิชาการ และการค้นคว้าด้วยตนเอง (สิรินทร์และอวยพร, 2556)

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

เริ่มจากสถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดที่เกิดจากเซลล์มะเร็งลุกลามทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ทำให้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต (วินัย, 2558) การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยเริ่มในปี พ.ศ. 2527 จากการประชุมระดับชาติเรื่องความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Wright, Hamzah, Phunggrassami, & Baysa-Clasudio, 2010) ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 มีการประชุมของชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย และมีการจดทะเบียนเป็นสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551 ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ระบบการบริการสุขภาพของไทยได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอาศัยการอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศ และการศึกษาในงานในต่างประเทศที่มีระบบบริการด้านนี้ ส่วนประเทศไทยในช่วงนั้นมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสหวิชาชีพจากทั่วประเทศโดยคณะแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2540 และในปีถัดมา คือ พ.ศ. 2541 น.พ. ธนเดชสินธุเสก และพยาบาลจากศูนย์มะเร็งมทาวชิราลงกรณ์ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และกลับมาเริ่มให้บริการบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองที่ศูนย์มะเร็งมทาวชิราลงกรณ์ในปีเดียวกัน (Wright et al., 2010)

ในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมาตรการในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว จึงได้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในลักษณะเครือข่าย และให้สถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิมีหน่วยบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยให้มีพยาบาลประจำเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน ซึ่งต้องผ่านหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง 4 เดือน (สปสช., 2553) นอกจากนี้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556-2559 โดยมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนถึงวาระท้ายของชีวิต รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [สช.], 2556) ต่อมาได้มีการจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (ประเทศไทย) (Thai Palliative Care Society) เป็นสมาคมที่ประกอบด้วยคณะกรรมการที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, 2555) และมีการจัดตั้งชมรมพยาบาลแบบประคับประคองในเวลาต่อมา เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแบบประคับประคอง (ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง, 2556) นอกจากนี้สภาการพยาบาลก็ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยการจัดตั้งคณะทำงานโครงการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อกำหนดสมรรถนะพยาบาลและสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของสปสช. (สภาการพยาบาล, 2551)

กล่าวโดยสรุป การดูแลแบบประคับประคองในอดีตที่มีการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย เริ่มต้นในผู้ป่วยมะเร็งแต่ในปัจจุบันแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเปลี่ยนไปจากที่ดูแลเฉพาะกลุ่ม เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา การดูแลแบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรค จนถึงระยะท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีหลักการการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ให้การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่จนถึงวาระท้ายของชีวิต ให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ให้การดูแลอย่างครอบคลุม เน้นความสงบสุข ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการทำงานเป็นทีม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และพยาบาลมีการศึกษาที่ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองที่ทันสมัยและมีคุณภาพ จะเห็นว่าประเทศไทยมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการเพื่อตอบสนองตามความต้องการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และให้การดูแลแก่ครอบครัวเช่นเดียวกัน โดยมีการร่วมมือจากหลายองค์กรในการผลักดันการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นที่ยอมรับและมีคุณภาพทางการดูแล

การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยในต่างประเทศ

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยพบว่า มีการศึกษาในประเทศไนจีเรียของฟาเดร์และคณะ (Fadare et al., 2014) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิในตะวันออกเฉียงใต้ของไนจีเรีย จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 90.2 รับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคือ การดูแลในช่วงใกล้ตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของมาฮอนและแมคคูเลย์ (Mahon & McAuley, 2010) ศึกษาความเข้าใจของพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการรับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นที่การจัดการอาการ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการดูแลแบบประคับประคองใช้เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตายเท่านั้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านมีการศึกษาของอิรานมานेशและคณะ (Iranmanesh et al., 2014) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในอิหร่าน ในพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยและพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 14 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจการดูแลแบบประคับประคองเป็นการจัดการความปวด และบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นว่าจากการศึกษาที่กล่าวมาไม่เฉพาะเจาะจงในบริบทพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย และผลการศึกษาแสดงถึงการรับรู้และการเข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่ยังไม่ครอบคลุม

นอกจากนี้ เกย์และคณะ (Gay et al., 2012) ศึกษาการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยมะเร็งปอดในหออภิบาลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินและจัดการอาการทุกข์ทรมาน การสื่อสารเพื่อการตัดสินใจรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การส่งเสริมและเยียวยาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาทำให้ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยไม่ได้คำนึงถึงการพยากรณ์โรค ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่การศึกษาของเนบ, ลาฮีวาลา, อะโรรา, และกิดวานี (Naib, Lahewala, Arora, & Gidwani, 2015) ศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ศึกษาในผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 117 ราย พบว่าผู้ป่วยจำนวน 32 ราย เสียชีวิตโดยปราศจากการดูแลแบบประคับประคอง แสดงให้เห็นว่าหากมีการดูแลแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดี

ในต่างประเทศยังมีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลในช่วงเวลาการเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การเตรียมการตายอย่างสงบของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตในพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของเบ็คสตรานด์และคณะ (Beckstrand et al., 2006) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ศึกษาในพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 861 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยการไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังในขณะที่กำลังเผชิญกับความตาย บรรเทาความปวดที่ก่อให้เกิดความทุกข์

ทราบแก่ผู้ป่วย ตลอดจนมีการวางแผนการรักษาเพื่อเตรียมการตายอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของชอร์เตอร์และสแตร์ย์ (Shorter & Stayt, 2010) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโศกเศร้าหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 8 ราย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้สึกบั่นทอนจิตใจลดลงเมื่อรับรู้ว่ามีผู้ป่วยตายอย่างสงบ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเตรียมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง และทำให้พยาบาลรู้สึกดีที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสื่อสารของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งศึกษาในพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 33 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การเคารพผู้ป่วยเป็นบุคคล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจ (Slatore et al., 2012) สอดคล้องกับจาโคโบวสกีและคณะ (Jacobowski et al., 2010) ศึกษาการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่รอดชีวิตเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับความถี่ในการสื่อสารของแพทย์ และการสนับสนุนแก่ครอบครัวระหว่างการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งจะเห็นว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ และทำให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจ อีกทั้งยังพบการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในส่วนประเด็นจริยธรรมในตัดสินใจเกี่ยวกับยุติหรือยืดการรักษา ได้แก่ เอกสิทธิ์ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ระยะท้ายของชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วย (Paganini & Bouso, 2015) ศึกษาในพยาบาลจำนวน 14 ราย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยทำงานท่ามกลางความกดดัน จึงต้องมีการเสริมแรงแก่พยาบาลเพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คับขัน และมีความมั่นใจในการตัดสินใจ ส่งผลให้พยาบาลตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมตามหน้าที่และบทบาทของตนเองได้ดี

การศึกษาที่ใกล้เคียงพบเพียงการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของเอซพีโนซาและคณะ (Espinosa et al., 2010) ศึกษาในพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยจำนวน 18 ราย ผลการศึกษาสามารถอธิบายถึงอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตคือ (1) พยาบาลยังขาดการวางแผนล่วงหน้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย การดูแลที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างรูปแบบของการรักษาของแพทย์ที่เน้นการรักษาอาการ แต่รูปแบบการดูแลของพยาบาลเน้นที่การดูแลแบบองค์รวม มีการรักษาที่ไร้ประโยชน์และเกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวังที่มากเกินไปของครอบครัว ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสาร และการขาดความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ทำให้พยาบาลต้องการรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย (2) ความรู้สึกขัดแย้งภายในที่เกิดขึ้นกับพยาบาลได้แก่ ความรู้สึกสับสนกับการดูแลที่เปลี่ยนไปมาจากการดูแลรักษาให้หายขาดเป็นการดูแลแบบประคับประคองจนถึงการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ความรู้สึกเหมือนกำลังทอดทิ้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ทั้งนี้ยังมีข้อขัดแย้งในเรื่องการบริหารยาที่มีผลลัพธ์ที่ต่างกัน เช่น การให้ยาบางชนิดเพื่อบรรเทาความปวดและทุกข์ทรมาน แต่ในทางตรงกันข้ามเกิดข้างเคียงทำให้เกิดการหายใจ และเป็นสิ่งที่ยากในการทำให้หากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตยังมีอายุน้อย และ (3) ความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยใกล้

ตาย ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกที่หลากหลายในการเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวตั้งแต่ ร้องไห้พร้อมกับครอบครัวผู้ป่วย บางคนมีการสร้างความน่าเชื่อถือให้ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับ บางคนแสดงออกให้สิ่งที่ตรงข้ามกับความรู้สึกที่กำลังหดหู่โดยการนิ่งเฉย ไม่เสียใจ บางคนสะท้อนประสบการณ์ในระยะท้ายโดยการเขียนบันทึกทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น และมีการเขียนกิจกรรมการดูแลให้ระยะท้ายเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในรายต่อไปเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของสิรินทร์ และอวยพร (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในหออภิบาลผู้ป่วยและหอผู้ป่วยทั่วไป โดยศึกษาในพยาบาลจำนวน 274 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 114 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม ประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในบริบทของหออภิบาลผู้ป่วย การศึกษาในบริบทของหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองพบเพียง การศึกษาเชิงคุณภาพของคงสุวรรณและลอคซิน (Kongsuwan & Locsin, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคใต้ จำนวน 12 ราย พบว่า พยาบาลรู้สึกกังวลเมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ๆ เพราะไม่คุ้นเคย กลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้เทคโนโลยี และบอกว่าการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ก่อประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้น พยาบาลให้คุณค่ากับการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิต อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลเพราะต้องดูแลทั้งเทคโนโลยีและผู้ป่วย ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่คับแคบ และผู้ป่วยเต็มไปด้วยเทคโนโลยีประคองชีวิตทำให้ไม่สะดวกในการดูแล ผลการศึกษสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยีประคองชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้มีการศึกษาการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง (Meghani, 2004) โดยอรพรรณและคณะ (2554) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย ในพยาบาลไอซียูศัลยกรรมและไอซียูอายุรกรรมจำนวน 12 ราย ผลการศึกษสามารถอธิบายว่า พยาบาลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้น้อย และมีการเปลี่ยนแปลงทางกายในทิศทางที่แย่ง ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาของสุภัสสร (2554) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะท้าย ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายคือ การที่ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคหรือพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคไปในแนวทางที่แย่ง โดยไม่มีหวังในการรักษา และเป็นการเจ็บป่วยกะทันหันที่ญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน นอกจากนี้การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยของอรพรรณและคณะ (2551) พบว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในบางครั้งเป็นการดูแลเหมือนเดินในที่มืด โดยที่ไม่สามารถแปลความหมายของปฏิกิริยาภายหลัง

การดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลก็พยายามดูแลไปตามที่สมควร จากการศึกษาดังกล่าวเป็นเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในบริบทหออภิบาลผู้ป่วย แต่ยังไม่ใช้การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลในช่วงการเสียชีวิต ได้แก่ การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการส่งเสริมการตายอย่างสงบในหออภิบาลผู้ป่วยของกงสุรณและลอคซิน (Kongsuwan & Locsin, 2009) ผลการศึกษาสามารถอธิบายการส่งเสริมการตายอย่างสงบคือ พยาบาลมีความตระหนักในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ โดยการบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย และมีการอธิบายเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นผู้ป่วยให้ญาติได้รับทราบ ทั้งนี้การส่งเสริมการตายอย่างสงบต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยการที่ครอบครัวยอมรับการตายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย และเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตาย มีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุรณและคณะ (Kongsuwan et al., 2012) ศึกษาการรับรู้ของครอบครัวไทยพุทธเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในหออภิบาลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่ามีเวลาเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในทางพุทธเมื่อความตายใกล้เข้ามาถึง ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ การไม่ทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยวเมื่อเข้าสู่ความตายและการไม่เศร้าโศกจนเกินไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการดูแลในระยะใกล้ตายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ทั้งนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตของสิริวรรณและคณะ (2556) ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและ ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมีปฏิกริยาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย ด้านจิตใจได้แก่ มีความเศร้าเสียใจ ร้องไห้ หดหู่ และเบื่อหน่าย ด้านพฤติกรรม ได้แก่ แยกตัวออกจากสังคม และด้านความคิดได้แก่ มีความคิดหมกมุ่น และคิดฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งพบเพียงการศึกษาในบริบทที่ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงสนใจว่าการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยของพยาบาลเป็นอย่างไร ผลการศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย และสามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาที่แพร่หลายในงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แต่ยังไม่พบว่าเป็นการศึกษาที่ไม่เฉพาะเจาะจงในบริบทหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาที่ใกล้เคียงพบเพียงการศึกษาในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายในหออภิบาลผู้ป่วย ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในบริบทที่ไม่เฉพาะเจาะจงในหออภิบาลผู้ป่วย และพบการศึกษาในระยะท้ายของชีวิตซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง และมีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบ

ประคับประคอง ทั้งนี้จะเห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในพยาบาลหอ
อภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา

ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจาก
หลักปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology as philosophy) ซึ่งเป็นการศึกษา
ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น เป็นการศึกษา
ความหมาย ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง เป็นการอธิบายให้เห็นภาพของประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้
เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น (van Manen, 1990)

กระบวนการพัฒนาวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยามีทั้งหมด 6 แบบ (Streubert &
Carpenter, 2003) ดังนี้

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการ
ค้นหาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลโดยตรง การวิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ตามข้อมูลที่เป็นจริง โดย
ไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริงทั้งหมด
ให้ได้ข้อมูลมากที่สุด มีความกว้าง และลึกที่สุด ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ การเข้าใจปรากฏ
การที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการบรรยายปรากฏการณ์นั้นๆ

2. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์ (phenomenology
of essences) เป็นการค้นหาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นแก่นและมีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่
กำลังศึกษา โดยใช้ความคิดและจินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้อง

3. การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenology of
appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา หรือเฝ้าสังเกตความ
แตกต่างที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ เพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. การศึกษาปรากฏการณ์เชิงโครงสร้างของ (constitutive phenomenology) เป็น
การศึกษาถึงรูปแบบการเกิดของปรากฏการณ์ ทำให้สามารถมองเห็นโครงสร้างของปรากฏการณ์
ทั้งหมด

5. การศึกษาแบบสรุปรวมของปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการตัด
ทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อกำจัดความลำเอียงของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยไม่นำพื้นฐานความเข้าใจ
การอคติส่วนบุคคล หรือสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามารบกวนผลจากศึกษา โดยการใส่วงเล็บ
(bracketing) หมายถึงการเก็บความคิด และความเชื่อของผู้วิจัยพักไว้ชั่วคราว ไม่นำมาปะปนหรือ
รบกวนความคิดความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ให้ข้อมูลในปรากฏการณ์ที่
ศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบฮิวเมนิติกส์ (hermeneutic phenomenology) เป็น
การศึกษาโดยการตีความ การแปลความหมาย และการให้ความหมายของปรากฏการณ์ของแต่ละ

บุคคลแต่ละปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีความเชื่อว่าปรากฏการณ์ทั้งหลายที่มีอยู่จะไร้ความหมายหากปราศจากการตีความ โดยใช้วิธีการค้นหา วิเคราะห์ และเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์บนพื้นฐานการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปรากฏการณ์แบบบรรยาย เนื่องจากทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของประสบการณ์นั้นๆ โดยที่ไม่มีการนำความรู้และประสบการณ์ของนักวิจัยเข้าไปทำ ความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลนั้น เป็นศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง วิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบ สมมติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ใช้การหยั่งรู้ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์

ปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาถูกพัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์ของฮัสเซอร์ล (Husserl) ที่มีแนวคิดหลักคือการค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มี การคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และการจัดการความอ้ำแอ้งที่เกิดขึ้นจากการศึกษา ต้องมีการจัดการความคิดโดยการใส่วงเล็บ และมีการจัดการข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่แท้จริง (Crowell et al. as cited in McConnell-Henry et al., 2009)

การศึกษาปรากฏการณ์แบบบรรยายประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ ได้แก่ (1) การหยั่งรู้ (2) การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และ (3) การบรรยายปรากฏการณ์ (Colaizzi as cited in Streubert & Carpenter, 2007) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การหยั่งรู้ (intuiting) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าไปเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่ได้รับ จากการบอกเล่าเรื่องราวจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงต้องหลีกเลี่ยง การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความคิดเห็น และไม่แสดงความตั้งใจมากเกินไปโดยการไม่จดจ่อต่อ ผู้ให้ข้อมูลมากเกินไป เพราะจะทำให้ไม่สามารถมองสิ่งที่ปรากฏการณ์รอบข้างของผู้ให้ข้อมูล เพื่อ จะค้นหาความจริงจากเรื่องที่สนใจ การฟังรายละเอียดประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการ สัมภาษณ์ ศึกษาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และทบทวนหลายๆครั้ง ว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลมี ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอย่างไร

2. การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (analyze) เป็นการระบุแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่กำลัง ศึกษา ซึ่งได้มาจากข้อมูลที่สัมภาษณ์ และมีการนำเสนอทั้งข้อมูลที่มีความเหมือนและความแตกต่าง ของส่วนประกอบ ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา ในกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องคลุกคลีอยู่กับข้อมูลจนได้แก่นแท้ที่เกิดจากปรากฏการณ์นั้น โดย สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2 ครั้ง หลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยถอดเทปเสียงด้วยตนเอง และอ่านบท สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลายๆครั้งเพื่อเกิดความเข้าใจ ตลอดจนนำบทสัมภาษณ์มาจัดหมวดหมู่ และ บรรยายปรากฏการณ์ดังกล่าวตามความเป็นจริง

3. การบรรยายปรากฏการณ์ (describing) โดยผู้วิจัยสื่อให้ผู้อ่านเข้าใจปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา อยู่บนพื้นฐานของการแบ่งกลุ่มปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะบรรยายข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วเท่านั้น

วิธีการวิเคราะห์ที่นิยมใช้ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ประกอบด้วย (1) แนวคิดของ โคลไลซ์ซี (Colaizzi) (2) แนวคิดของเจียจี้ (Giorgi) และ (3) แนวคิดของแวนแคม (Van Kaam) ซึ่งทั้ง 3 แนวคิด มีฐานคิดจากปรัชญาของฮัสเซิร์ล (Husserl's philosophy) แต่ทั้ง 3 แนวคิดมีความแตกต่างกันคือ แนวคิดของโคลไลซ์ซี เป็นวิธีการเดียวที่ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบ สำหรับแนวคิดของเจียจี้ ผู้วิจัยเพียงผู้เดียวที่ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยไม่มีการนำข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ส่วนแนวคิดของแวนแคม จะนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Polit & Beck, 2008) สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของโคลไลซ์ซี เนื่องจากสามารถสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล และไม่เกิดความลำเอียงในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

กล่าวโดยสรุป ปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายเป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษา มาจากแนวคิดของฮัสเซิร์ล ซึ่งข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อเท็จจริงของประสบการณ์นั้นๆ โดยที่ไม่มีการนำความรู้และประสบการณ์ของนักวิจัยเข้าไปทำความเข้าใจประสบการณ์นั้นๆ เป็นการค้นหาโดยตรง วิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ได้แก่ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ข้อมูล และการบรรยายปรากฏการณ์ ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ตามแนวคิดของโคลไลซ์ซี เพราะมีการนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบ ประคับประคองในหอผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองในอดีตจนถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่ม รวมถึงผู้วิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูที่มีภาวะ คุกคามต่อชีวิตต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเข้ามาประคองชีวิต ทำให้มีการบูรณาการการดูแลแบบ ประคับประคองเข้ากับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์การเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยให้การ สนับสนุนและคอยผลักดันให้การดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพเทียบเท่ากับต่างประเทศ การ ดูแลแบบประคับประคองมีองค์ประกอบย่อยในการดูแลเพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ หลายงานวิจัยใน ต่างประเทศพบว่า การดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่การบรรเทา อาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน การเตรียมตัวผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ รวมถึง การดูแลภาวะโศกเศร้าหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ทั้งนี้พบว่าพยาบาลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล แบบประคับประคองว่า เป็นการดูแลในระยะท้ายของชีวิต จากการศึกษาในประเทศไทยพบเพียง การศึกษาในบริบทหอผู้ป่วย แต่พบเพียงการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะ

ท้าย ยังไม่พบการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยโดยตรง โดยผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยายโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่ทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยจากสิ่งที่เกิดขึ้น และเป็นอยู่ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อเท็จจริงของประสบการณ์นั้น โดยที่ไม่มีการนำความรู้ประสบการณ์ และความเชื่อของนักวิจัยเข้าไปทำความเข้าใจประสบการณ์นั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลใช้การวิเคราะห์ตามแนวคิดของโคไลซ์ซี่ เนื่องจากสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในบทที่ 3 จะนำเสนอเกี่ยวกับสถานที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ภูมิหลังของผู้วิจัย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สถานที่ศึกษา

สำหรับสถานที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 407 เตียง ในจังหวัดนราธิวาส มี 2 หอผู้ป่วย คือ (1) หอผู้ป่วยไอซียู มีจำนวนทั้งหมด 10 เตียง เป็นห้องแยก 2 ห้อง หอผู้ป่วยนี้รับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ศัลยกรรมประสาท สูติกรรม และกุมารเวชกรรม ส่วนห้องแยกจะรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตโดยใช้เครื่องไตเทียม และ/หรือผู้ป่วยที่มีโอกาสแพร่เชื้อ ได้แก่ วัณโรค และ (2) หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยซีซียูมีทั้งหมด 6 เตียง ซึ่งเป็นห้องแยก 1 ห้อง และมีอีก 1 เตียง สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน หอผู้ป่วยนี้รับผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องบริหารด้วยยาละลายลิ่มเลือด

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยไอซียูมีจำนวนทั้งหมด 24 คน โดยแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน เป็นหัวหน้าเวร 1 คน และแบ่งการดูแลเป็นทีม ทีมละ 2 คน คือ หัวหน้าทีมสำหรับทำหน้าที่บริหารเกี่ยวกับการพยาบาล และสมาชิก 1 คน สำหรับทำหน้าที่ให้การพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพประจำหอซีซียูมีจำนวนทั้งหมด 16 คน แต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ประกอบด้วยหัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีมอีก 2 คน ดูแลผู้ป่วย 6 ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา โดยได้รับการบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ทางหออภิบาลผู้ป่วยมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไว้ 2 ช่วง คือ ช่วง 13.00-15.00 น. และ 19.00-20.00 น. อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือใกล้เสียชีวิต ทางหออภิบาลผู้ป่วยมีการยืดหยุ่นกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยม และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าไปดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่นการอาบน้ำ การเช็ดตัวร่วมกับพยาบาล การสวดมนต์ หรือการอ่านอัลกุรอาน ส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองที่ทางหออภิบาลผู้ป่วยได้ปฏิบัติคือ มีมุมอัลกุรอาน และบทสวดตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งญาติสามารถหยิบอ่านให้แก่ผู้ป่วยเมื่อเข้าเยี่ยม

ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ (Patton, 2002) และสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ (Morse, 1990) โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากในช่วงปีแรกของการปฏิบัติงานอยู่ในระหว่างการปรับตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านไปช่วยให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์นั้น (รจนา, วราภรณ์, และกิตติกร, 2558)

2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้

จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้อง และตอบคำถามวิจัยได้อย่างสมบูรณ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิม โดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมมาอีก (ทวิศักดิ์, 2548) แต่มอร์ส (Morse, 1990) ให้ข้อเสนอแนะว่า การทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานั้น ถ้าผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 คน จำนวน 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ข้อมูลอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประมาณ 6-10 คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้วิจัยที่ทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วง 8-15 ราย (นริสาและคณะ, 2557; สิริวรรณและคณะ, 2556; สุภัสสร, 2554; อรพรรณและคณะ, 2554) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่ได้เริ่มได้ข้อมูลซ้ำๆ ในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 แต่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 3 ราย เพื่อเป็นการยืนยันว่าไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้น ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย ลักษณะของข้อมูลมีความอิ่มตัว และไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Patton, 2002) ดังนั้นคุณภาพงานวิจัยขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิจัยเป็นส่วนใหญ่ (ทวิศักดิ์, 2548)

2. แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วย การอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์การดูแล

แบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลแบบประทับประคองของบุคคลใกล้ชิด ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลแบบประทับประคอง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 2 ราย หลังจากนั้นนำแนวคำถามที่ได้จากการทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลจัดกลุ่มคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต่อไป ซึ่งประกอบด้วยความหมายของการดูแลแบบประทับประคอง การรับรู้ความหมายของการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ความรู้สึกและคุณค่าต่อการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย จากคำถามหลักสามารถขยายเป็นแนวคำถามย่อยเพื่อให้ได้คำตอบที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 2

3. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น ความรู้สึก อารมณ์ สีหน้าท่าทางการแสดงออก ตลอดจนสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ซึ่งสามารถทำให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบรรยายและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก ส่วนที่ 3

4. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย

4.1 เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง เพื่อสำรองไว้เมื่อเครื่องชำรุดขณะสัมภาษณ์

4.2 สมุดบันทึกสำหรับจดรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล บทสัมภาษณ์หรือใจความสำคัญ โดยแยกเป็นการจดข้อมูลที่เป็นจริงกับความคิดเห็นของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยโดยใช้แนวคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่ สร้างภายใต้คำถามวิจัย และปรับตามผู้ให้ข้อมูลหลังจากจากทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย และทำให้เกิดความเข้าใจวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลจริง ซึ่งการสร้างและปรับแนวคำถามอยู่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน และหลังจากนั้นนำมาเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการวิจัยเชิงคุณภาพ และทางด้านการดูแลแบบประทับประคอง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลแบบประทับประคองในหออภิบาล จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ภูมิหลังของผู้วิจัย

ในการศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ใช้วิธีศึกษาปรากฏการณ์แบบบรรยาย ดังนั้นผู้วิจัยต้องตีแผ่ความรู้ ประสบการณ์ และความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังศึกษาเพื่อค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามี ผู้วิจัยต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา (bracketing) โดยกระทำการตีแผ่ออกมาหลังการเก็บข้อมูลทุกวัน หรือเมื่อมีความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่กำลังศึกษาโดยการเขียนสะท้อนในสมุดบันทึก

ผู้วิจัยนับถือศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หลังสำเร็จการศึกษาได้เข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง 1 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษที่มีผู้ป่วยทั้งศัลยกรรม และอายุรกรรม หลังจากนั้นได้มารับตำแหน่งเป็นผู้ช่วยสอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ในระหว่างนั้นได้รับโอกาสให้เพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยไอซียู ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูหลายราย ในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยร้องขอหลายๆครั้ง ส่งเสริมความสบายทางด้านร่างกาย เช่น การนวดผ่อนคลาย และให้ญาติมีส่วนร่วมในช่วงท้ายของชีวิตหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ในทางที่แยกลง เริ่มมีการวางแผนกับญาติเพื่อร่วมตัดสินใจในการให้การรักษาพยาบาล สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลที่ผ่านมาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้วิจัยจะไม่ได้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แต่จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้เริ่มเรียนรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองอย่างมากครั้งเมื่อเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท และได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการที่ผู้วิจัยให้การพยาบาลดังกล่าว พบว่ายังมีการดูแลแบบประคับประคองที่ยังไม่ครอบคลุมทำให้เกิดข้อขัดแย้งกับทฤษฎีที่ว่า การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนผู้ป่วยเสียชีวิต และการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองได้รับจากการเรียนในระดับปริญญาโท และจากการเข้าอบรมเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ และความรู้สึกอยากดูแล เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างลึกซึ้ง และสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด จึงเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ และแน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยได้ใช้แนวความคิดตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองทุกวันหลังจากสัมภาษณ์ตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัย หรือเมื่อมีความคิดเห็น

เกี่ยวกับงานที่กำลังศึกษา การสะท้อนตนเองเป็นการตรวจสอบผลกระทบจากการความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลในการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย ช่วยเปิดใจ และสามารถแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Kock, 1996; Streubert & Carpenter, 2003)

การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 30-60 นาที และก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบล่วงหน้าว่าการศึกษาคั้งนี้มุ่งที่ประเด็นใดเป็นหลัก ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงความสำคัญ ประโยชน์ คุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และผลจากการวิจัยที่มีต่อส่วนรวม ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตท่าทาง สีหน้า อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้บอกอย่างชัดเจน แต่แสดงออกด้วยท่าทางสีหน้าแทน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามที่ต่อเนื่องเพื่อให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป (วิณา, 2547)

นอกจากนี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และนำข้อสรุปที่ได้จากข้อมูลในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป (Kock, 1996)

2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ในรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถพิจารณาตัดสินในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ (Kock, 1996)

3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (conformability) ผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งข้อมูลของหลักฐาน ได้แก่ การใส่รหัสเบื้องต้นของเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยที่มีการแยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละราย และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ โดยไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลภาคสนามทุกครั้งที่ได้ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (มีรายละเอียดดังภาคผนวก ก ส่วนที่ 3) เพื่อให้เห็นถึงบรรยากาศ ท่าทางที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ความไว้วางใจได้ (dependability or audit ability) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ตรวจสอบตั้งแต่วิธีการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ (วิณา, 2547) หลังจากนั้นนำไปฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเดียวกับที่ต้องการ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ผ่านการตรวจสอบและเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ต้องการข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง และมีการบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับประเด็นที่สำคัญ และสังเกตได้ โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความรู้เชิงวิชาการจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย รวมทั้งระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย ศึกษาแนวคิด ปรัชญา และหลักการจรรยาบรรณของนักวิจัย นอกจากนี้ศึกษาเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทคนิคสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยการทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อให้เข้าใจวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลจริง รวมทั้งเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ที่เก็บข้อมูลเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และสามารถเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

1.2 สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่คุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 2 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบ และมีการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามไปแก้ไข ปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

1.3 เตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง แบบบันทึกภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์ต่างๆ สมุดบันทึก และปากกา/ดินสอให้พร้อมเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

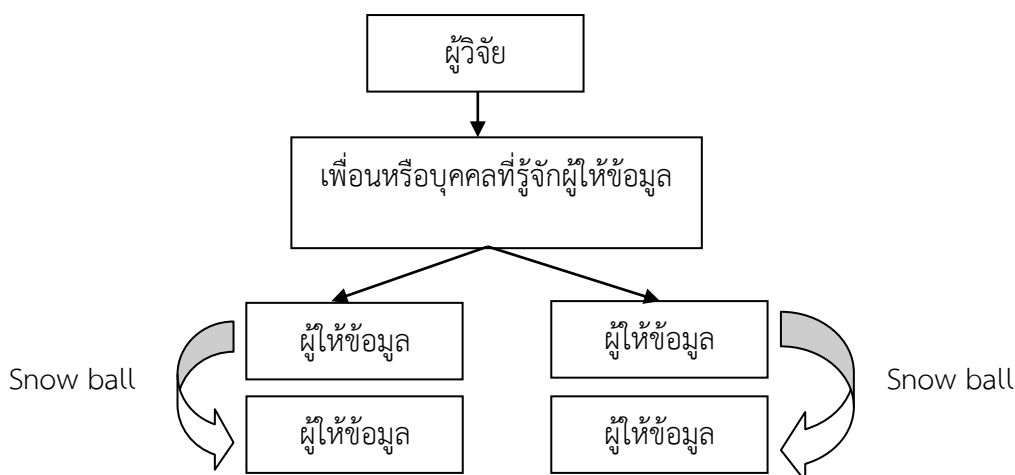
1.4 เตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ ศธ 0521.1.05/1547 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เลือกศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2.2 หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูและซีซียูเพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยวาจาอีกครั้ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นขออนุญาตเชิญชวนพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยขอความช่วยเหลือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเพื่อนที่รู้จักผู้ให้ข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยให้พยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัยแนะนำพยาบาลคนต่อไปแบบบอกต่อกัน (snowball purposive sampling) ดังในภาพ 1



ภาพ 1 การเลือกผู้ให้ข้อมูลจากการแนะนำของผู้ให้ข้อมูล

2.4 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์คือ ห้องพักรักษาพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูและซีซียู และห้องพักส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลในบริเวณโรงพยาบาลตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการบันทึกเสียงสัมภาษณ์โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการสัมภาษณ์ ตลอดจนถึงถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญกับงานวิจัย โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล ตลอดจนถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการลงชื่อเป็นหลักฐานในเอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล หรือแสดงความยินยอมด้วยวาจาก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

2.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการดังนี้

2.5.1 สัมภาษณ์แบบเจาะลึกในบริบทที่เป็นธรรมชาติ เนื่องจากปรากฏการณ์ในขณะที่เกิดขึ้นจะไม่เปลี่ยนแปลง หรือถูกควบคุมจากนักวิจัย และเปิดกว้างสำหรับทุกอย่างที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างเก็บข้อมูล โดยไม่มีการกำหนดผลที่คาดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลมีการผ่อนคลายในขณะเล่าประสบการณ์ การศึกษาคั้งนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่ห้องพักรักษาพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูและซีซียู และห้องพักส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลในบริเวณโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด โดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง และผู้ให้

ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

2.5.2 ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยคที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วนำมาตรวจสอบว่าข้อความใดไม่ชัดเจน และต้องการนำไปสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งต่อไป

2.5.3 วางแผนการเก็บข้อมูลเจาะลึกบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยการตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.5.4 การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างชัดเจน และผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลซ้ำๆโดยไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นอีก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นต้องมีการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในเรื่องส่วนตัว ความรู้สึก และทัศนคติ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว จิตใจ และอารมณ์ (ศิริพร, 2546) เพื่อให้งานวิจัยอยู่บนพื้นฐานมนุษยธรรม ดังนั้นผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยในด้านการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อให้เกิดความเสียหายใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ ดังภาคผนวก ข

2. ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ในห้องที่มีเสียงรบกวน เพื่อความถูกต้อง ชัดเจนของเนื้อหา และลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล หากคำถามที่ผู้วิจัยถามทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนทางอารมณ์ เช่น รู้สึกสะเทือนใจ เศร้า ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว และยินดีเป็นที่ปรึกษาโดยการอยู่เป็นเพื่อน เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยผู้วิจัยจะรับฟังอย่างตั้งใจเพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออก และส่งต่อหากผู้ให้ข้อมูลต้องการแหล่งช่วยเหลือ ผู้วิจัยยินดียุติการสัมภาษณ์ครั้งนั้น หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้สัมภาษณ์และขออนุญาตนัดหมายในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลยังคงยินดีที่จะให้ข้อมูลในการศึกษานี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลคนใดที่มีการเปลี่ยนทางอารมณ์ขณะเล่าประสบการณ์ของตนเอง

3. เทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม และการวิเคราะห์ทุกอย่างให้รหัสเบื้องต้น (coding) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล เช่น P111 คือ P (participant) หมายถึง ผู้ให้ข้อมูล I (interview) หมายถึง การสัมภาษณ์ ดังนั้น P111 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ในการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียว ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี

4. ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้น้อยมาก ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi as cited in Streubert & Carpenter, 2007) เนื่องจากตามแนวคิดของโคไลซซี่ ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบหลังจากถอดเทปเสียง มีการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละเอียดรอบคอบในขณะเก็บข้อมูล และภายหลังการเก็บข้อมูล โดยขณะเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ความหมายของข้อมูลที่ได้รับทำให้ผู้วิจัยได้รู้ว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีความหลากหลาย อุ่มตัว และตอบคำถามการวิจัยได้หรือไม่ ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลต่อเพื่อให้ได้คำอธิบายและข้อสรุปที่ชัดเจน ซึ่งมีทั้งหมด 9 ขั้นตอนต่อไปนี้ (ศิริพร, 2548) ดังตัวอย่างในภาคผนวก ค

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ และพิมพ์แบบคำต่อคำประโยคต่อประโยค หลังจากนั้นอ่านเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆของผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกัน และเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาให้มากที่สุด รวมทั้งรวบรวมข้อมูลที่นอกเหนือจากคำพูด เช่น กริยา ท่าทาง สีหน้า และน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสนับสนุนประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบ

3. ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลที่ได้ รวมทั้งให้เลขลำดับบรรทัดข้อมูล เพื่อความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงข้อสรุป หรือคำอธิบายในภายหลัง

4. ผู้วิจัยอ่าน และดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการขีดเส้นใต้ข้อความที่เป็นประสบการณ์ของพยาบาล และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกไว้ในตารางที่จัดไว้คู่ขนานกับข้อมูล

5. ผู้วิจัยอ่านแต่ละกลุ่มคำที่ค้นพบทุกคำที่มีความสำคัญ คำต่อคำ ประโยคต่อประโยค บรรทัดต่อบรรทัด แล้วให้ความหมายหรือให้รหัส ซึ่งในแต่ละประโยคอาจมีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยได้มากกว่า 1 ประเด็น บันทึกข้อความที่ให้ความหมาย ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยให้ความหมายนั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ามีข้อมูลส่วนใดที่ยังไม่ครบถ้วน หรือยังไม่ชัดเจน และต้องวางแผนกำหนดประเด็น และเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งเป็นคำถามที่นอกจากยืนยันคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรกแล้ว ยังเป็นคำถามที่ใช้ถามเพื่อทราบหรือทำความเข้าใจในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนในการสัมภาษณ์ในครั้งแรกอีกด้วย

6. ผู้วิจัยนำความหมายของข้อมูลที่บ้านทึกลงไว้นำมาจัดกลุ่ม แบ่งเป็นหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสรุปเป็นความคิดรวบยอด เป็นประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับประเด็นหลักนั้น ข้อสรุปที่ได้เป็นข้อสรุปชั่วคราว อาจเหมือนหรือแตกต่างจากแนวความคิดดูแลแบบประคับประคองก็ได้ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องในการจัดกลุ่ม และแบ่งหมวดหมู่ของข้อมูล

7. ผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้มาบันทึก โดยเขียนคำอธิบายของแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำลังศึกษา โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล ประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งหมดนั้นเป็นความจริง มีหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นการแสดงความน่าเชื่อถือของข้อมูล

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่ และเขียนบรรยายเรียบเรียงอย่างเรียบร้อย และนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

9. ในกรณีที่ผู้วิจัยพบประเด็นใหม่ที่ยังไม่ได้รับในการสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยนำประเด็นใหม่มาวิเคราะห์เพิ่มเติม แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่มีอะไรจะบอกเล่า หรือได้ประเด็นซ้ำเหมือนการสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยทำการยุติการสัมภาษณ์

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ในบทที่ 4 นำเสนอเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ผลการวิจัย โดยครอบคลุมถึงข้อมูลทั่วไป ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ความหมาย การปฏิบัติการดูแล ความรู้สึก ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ และประสบการณ์โดยตรงของผู้ให้ข้อมูล และอภิปรายผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในการศึกษานี้จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยซีซียู จำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยไอซียูจำนวน 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 27 ถึง 41 ปี ($Mean = 31.1, SD = 4.84$) แบ่งเป็น เพศหญิง 7 ราย เพศชาย จำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม 9 ราย นับถือศาสนาพุทธ 1 ราย สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด 10 ราย มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 3 ถึง 16 ปี ($Mean = 6.2, SD = 3.65$) มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูอยู่ระหว่าง 3 ถึง 7 ปี ($Mean = 5, SD = 1.2$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูเฉลี่ยมากกว่า 5 ราย เคยผ่านการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง 7 ราย ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคคลใกล้ชิด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n=10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)
อายุ (ปี) (<i>Mean = 31.1, SD = 4.84,</i> <i>Min = 27, max = 41</i>)		เพศ	
20-29	6	หญิง	7
30-39	3	ชาย	3
40-49	1		
ศาสนา		ระดับการศึกษา	
อิสลาม	9	ปริญญาตรี	10
พุทธ	1	ปริญญาโท	-
ประสบการณ์ในการทำงานใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี) (<i>Mean = 6.2, SD = 3.65,</i> <i>Min = 3, Max = 16</i>)		ประสบการณ์ในการทำงานใน ตำแหน่งพยาบาลหออภิบาล ผู้ป่วย(ปี) (<i>Mean = 5, SD =</i> <i>1.2, Min = 3, Max = 7</i>)	
1-5	7	1-5	8
6-10	2	6-10	2
>10	1		
ประสบการณ์ในการดูแลแบบ ประคับประคองในหออภิบาล ผู้ป่วย (ราย)		การอบรม/ประชุม/สัมมนา เกี่ยวกับ การดูแลแบบ ประคับประคอง	
>5-10	10	เคย	2
		ไม่เคย	8
ประสบการณ์ในการดูแลแบบ ประคับประคองให้แก่บุคคล ใกล้ชิด หรือบุคคลใน ครอบครัว เช่น บิดา มารดา หรือบุคคลที่รัก			
เคย	1		
ไม่เคย	9		

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

เพศหญิง อายุ 27 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ปี โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซีซียูโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส 3 ปี ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซีซียู ผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยมีแนวคิดให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ และเน้นการดูแลทางด้านจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

เพศหญิง อายุ 31 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 ปี โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูมาแล้ว 7 ปี ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยวิกฤตหลายราย ส่วนใหญ่ผู้รับบริการนับถือศาสนาอิสลาม ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทร ลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเหมือนเป็นการดูแลญาติ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณตามหลักศาสนาอิสลามเป็นอย่างดี โดยการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

เพศชาย อายุ 41 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแล้ว 5 ปี โดยประจำหอผู้ป่วยซีซียู 5 ปี มีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อีกทั้งเคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นแม่ จึงมีความเข้าใจถึงความต้องการ ความเชื่อ ของผู้ป่วยในการลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมความสุขสบาย และตายอย่างสงบในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจแนวทางความเชื่อ และความศรัทธาของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นอย่างดี เนื่องจากเคยเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา จึงได้นำหลักการมาประยุกต์ใช้เพื่อตอบสนองในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิม

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

เพศชาย อายุ 28 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยไอซียูมาแล้ว 5 ปี ในระยะแรกในการปฏิบัติงานยังขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง และยังมีประสบการณ์ในการดูแลน้อย แต่หลังจากได้ให้การดูแลด้วยประสบการณ์ในหอผู้ป่วยไอซียู จึงมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

เพศชาย อายุ 27 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียูมาแล้ว 5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยไอซียูแบบประคับประคองหลายราย มีประสบการณ์ที่ประทับใจ และรู้สึกดีที่ได้ให้การดูแล นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจถึงตามความเชื่อทางศาสนาเป็นอย่างดี จึงสามารถให้การดูแลในการปฏิบัติตามความเชื่อเพื่อตอบสนองตามในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

เพศหญิง อายุ 33 ปี ศาสนาพุทธ จบพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลังจากจบการศึกษาทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยซีซียูมาแล้ว 5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญกับการดูแล โดยมีการค้นคว้าด้วยตนเองเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

เพศหญิง อายุ 29 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยไอซียูมาแล้ว 7 ปี บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต้องย้ายออกไปดูแลต่อในหอผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากข้อจำกัดของเตียง อีกทั้งยังการดูแลที่ให้ญาติเข้ามาดูแล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนมีการเคารพในการตัดสินใจของญาติ เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

เพศหญิง อายุ 38 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลังจากนั้นเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเป็นเวลา 11 ปี หลังจากนั้นย้ายกลับมาทำงานที่บ้านเกิดและเนื่องครอบครัวเป็นคนจังหวัดนราธิวาส ที่หอผู้ป่วยซีซียูมาแล้ว 5 ปี มีความเข้าใจถึงการดูแลอย่างองค์รวม และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลายราย โดยเน้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

เพศหญิง อายุ 28 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลังจากจบการศึกษาได้มาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยซีซียูมาแล้ว 5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองหลายราย โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาเพื่อตอบสนองด้านจิตวิญญาณ และคอยอำนวยความสะดวกให้ญาติ อีกทั้งมีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลแบบประคับประคองทำให้เป็นแรงบันดาลใจในการดูแลที่ดียิ่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

เพศหญิง อายุ 29 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทำงานในหอผู้ป่วยซีซียูในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมาแล้ว 4 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยซีซียูหลายราย และมีประสบการณ์ที่ดีในการดูแล โดยเน้นการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและให้

ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังให้การดูแลญาติโดยการบอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่ญาติเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และเพียงพอเพื่อให้ญาติใช้ประกอบในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยทำการวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 10 ราย ซึ่งครอบคลุมความหมาย การปฏิบัติกรดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก และปัญหาอุปสรรค รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

ในการอธิบายความหมายของประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และสะท้อนจากประสบการณ์ใน 7 ลักษณะ คือ (1) การดูแลแบบองค์รวม (2) การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต (3) การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม (4) การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (5) การดูแลที่ความเจ็บป่วย (6) การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา และ (7) การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต จากการนำความหมายทั้ง 7 ลักษณะที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่าแต่ละความหมายมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
(n = 10)

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
การดูแลแบบองค์รวม	3	2, 6, 9
การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต	5	1, 2, 4, 5, 8
การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม	7	1, 2, 3, 4, 7, 9, 10
การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว	5	1, 3, 7, 8, 9
การดูแลที่ความเจ็บป่วย	5	1, 3, 4, 5, 6
การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา	3	3, 5, 9
การดูแลที่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต	6	1, 3, 4, 5, 7, 8

1. การดูแลแบบองค์รวม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม คือ กาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ ให้ครอบคลุม ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ดูแลทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณคนไข้...เช่นดูตามอาการ...ให้ผู้ป่วย ละเอียดตามที่ต้องการ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“...เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ...กาย เราก็ดูแลทำ ความสะอาดคนไข้ทุกวัน ดูแล hygiene care (สุขวิทยาทั่วไป) aseptic technique (ดูแลให้ปราศจากเชื้อ)...ในส่วนจิตใจทั้งคนไข้และญาติ ก็คนไข้ที่ รับรู้หรือไม่รับรู้เราก็จะคุยกับเขา บอกก่อนว่าจะทำอะไร ยังไง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

2. การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยในการจัดการอาการต่างๆที่ทำให้เกิด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ดัง ตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลตามอาการของคนไข้...ตอนนี้เราต้อง ทำยังไงก็ได้ให้เค้าทรมานให้น้อยที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“...เช่นในคนไข้มะเร็งที่มีอาการปวด เรา (พยาบาล) ก็จะให้ยาแก้ปวดตาม แผนการรักษา และเราก็จะมีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย คือการพูดคุยเพื่อ เบี่ยงเบนความปวด และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย...คนไข้ไอซียูมีทั้งคนไข้วิกฤต และคนไข้ที่มีโอกาสถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้เรา (พยาบาล) ต้องดูแลแบบ ประคับประคอง...เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ทุกข์ ทรมาน ในขณะที่มีชีวิตอยู่ และการรักษาเป็นไปตามความต้องการ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3. การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นการดูแลที่ให้ญาติสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเวลาที่กำหนด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามความเชื่อ และการเปิดโอกาสให้สอบถามอาการเปลี่ยนแปลง และให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจรักษาแทนผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ โดยให้คนไข้ไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนเองป่วย รู้สึกว่าไม่ได้อยู่โรงพยาบาล ทำยังไงก็ได้ให้คนไข้รู้สึกดี หายจากอาการที่เป็นอยู่ให้เร็วที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“...palliative care ในไอซียู คือการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาเยี่ยมตรงต่อเวลา หรือว่ายืดหยุ่นได้ แล้วก็เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามอาการของคนไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การให้ญาติมีส่วนร่วม ในไอซียูเรานี้ก็ส่วนใหญ่ เราจะให้ญาติมาอ่านตามความเชื่อ ถ้าไทยพุทธเราให้สวดมนต์ ถ้ามุสลิมเราให้อ่านยาซีน หรืออ่านอัลกุรอาน... ต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อทำความเข้าใจ และยอมรับอาการเจ็บป่วย จนกระทั่งมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

4. การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นการดูแลที่ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการดูแลญาติผู้ป่วยด้วย เนื่องจากในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติ เพราะญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีการดูแลญาติโดยการให้กำลังใจแก่ญาติ เพื่อให้สามารถปรับตัว และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ใช่เป็นการดูแลคนไข้อย่างเดียว เป็นการดูแลญาติด้วย ส่วนมากผู้ป่วยเราจะเน้นอยู่แล้ว แต่เราจะเน้นญาติด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เหมือนคนที่เค้าไม่อยู่ด้วยกัน พอรู้ข่าวอีกทีพ่อแม่ป่วยหนัก...ทำให้เรา (พยาบาล) ต้องดูแลทั้งญาติและคนไข้ จนกว่าที่ญาติจะทำใจรับได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

5. การดูแลที่ความเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นการดูแลที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง แต่เป็นการดูแลผู้ป่วยทุกรายที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มันไม่เฉพาะกับคนไข้วิกฤตหรือคนไข้ NR (not resuscitated) แต่มันเกิดขึ้นกับคนไข้ทุกคนที่เข้ามา...การดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลทุกคน เพราะคนไข้ที่ไม่สบาย ไม่ได้ปกติอย่างเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การดูแลแบบประคับประคองถ้าที่เราไม่ได้จำกัดว่ากลุ่มโรคไหน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

6. การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ โดยพยาบาลให้การดูแลตั้งแต่การชักประวัติผู้ป่วยจากญาติ และให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจรักษา ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราให้ตั้งแต่แรกกับคนไข้เลย ตั้งแต่ชักประวัติญาติเพื่อถามข้อมูล...แล้วถ้าเกิดต้องมีการผ่าตัด ญาติยอมไหม เป็นการ advise (แจ้ง) ญาติ ว่าสามารถตัดสินใจได้ไหม หรือต้องรอใครมาตัดสินใจร่วมด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองเราให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้ามาที่เรา และแม้ว่าคนไข้ NR เราก็กังให้การดูแลตามปกติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

7. การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นมักจะเน้นให้การดูแลในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต หรือหลังจากญาติตัดสินใจยุติให้การรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยให้การดูแลที่เน้นประคับประคองทางด้านจิตใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ส่วนมากมันจะเห็นในคนไข้ที่ NR มากกว่า คนไข้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือคนไข้ที่ไม่ได้วิกฤตเราอาจจะไม่เห็นในส่วนนั้น...เราจะเน้นในระยะสุดท้าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เริ่มตั้งแต่ที่ญาติบอกว่า NO CPR (no cardiopulmonary resuscitation) เราจะให้การดูแลแบบประคับประคอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

สรุปความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความหมายจากประสบการณ์ของตนเองคือ การดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เน้นการรักษาตามอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน และเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองเป็น 2 แนวคิด คือ การดูแลควบคู่กับการรักษาตั้งแต่ต้น และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน (2) การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ จากการนำการปฏิบัติทั้ง 4 ด้าน ที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล พบว่าในแต่ละการปฏิบัติมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย (n = 10)

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน	7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ	4	1, 3, 4, 10
การดูแลจิตใจ	4	1, 2, 5, 9
การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ	9	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

1. การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า เป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย โดยการจัดการตามอาการและอาการแสดงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เช่น การจัดการอาการปวด การเช็ดตัวลดไข้ นอกจากนี้การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และการดูแลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้อาหาร การนอนหลับพักผ่อนเหมือนคนปกติที่ได้ปฏิบัติ รวมทั้งการจัดการท่าทางเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พอบอกว่าเป็นคนไข้ palliative care ปู่ก็ให้ยาอย่างเดียว ดูตามอาการ...ก็คือดูแลให้คนไข้สุขสบาย ไม่ว่าจะคนไข้จะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว...อย่างที่ยกไปคือให้ inotropic (ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ) เช็ดตัว ให้ยา เช็ดตัวลดไข้ คือแก้อาการตามอาการแสดงของคนไข้ คนไข้มีปัญหาตรงไหนก็แก้ ณ จุดๆนั้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“...เหมือนที่เวิร์ดก็จะมีกรอบน้ำให้คนไข้วันละครึ่ง ถ้าคนไข้แบบว่าถ่ายเหลวบ่อยเราก็จะทำความสะอาดบ่อยหน่อย ก็อยากให้เขา (ผู้ป่วย) รู้สึกสบาย”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เช่นในคนไข้มะเร็งที่มีอาการปวด เรา (พยาบาล) ก็จะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และเราก็จะมีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาไปด้วย คือการพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความปวด และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย...ก็ในเรื่องความสุขสบายของคนไข้ คือการจัดทำนอนที่สุขสบายแก่คนไข้ ให้เขา (ผู้ป่วย) รู้สึกสบายมากที่สุด...ก็ดูแลเรื่อง พลิกตะแคงตัว จัดทำนอนให้สุขสบาย ทำความสะอาดของร่างกาย เรื่องยาที่ให้ต่างๆแก่คนไข้ เรื่องอาหารคือ feed นม คือเขาต้องได้รับการดูแลเหมือนคนทั่วไปในแต่ละวัน ที่เพิ่มเติมคือเรื่องที่รักษาโรคของเขา (ผู้ป่วย)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2. การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมตัดสินใจทำให้การตัดสินใจในการรักษาเป็นสิทธิของญาติ ทำให้มีการดูแลเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจของญาติโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น แนวโน้มของโรค และแนวทางในการรักษา เพื่อให้ญาติสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ในเวิร์ดเราคือคนไข้อยู่กับเรา แต่ญาติอยู่ข้างนอก นั้นแสดงว่าเราต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเรื่อยๆ ว่าตอนนี้คนไข้เป็นยังไง คีขึ้นหรือแยลง ทิศทางในการรักษาเป็นยังไง... เราให้ข้อมูลตั้งแต่แรกกับคนไข้เลย ตั้งแต่ซักประวัติญาติเพื่อถามข้อมูลคนไข้ เช่นเหมือนคนไข้ระบบประสาทมาถึง ผลมี hemorrhage (ภาวะเลือดออก) เราก็แจ้งคร่าวๆ ว่าตอนนี้ผลคือคนไข้มีเลือดออกในสมอง ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับคุณหมอกคงจะแจ้งอีกครั้ง แล้วถ้าเกิดต้องมีการผ่าตัด ญาติยอมไหม เป็นการ advise ญาติว่าสามารถตัดสินใจได้ไหม หรือต้องรอใครมาตัดสินใจร่วมด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เพราะคนไข้ส่วนใหญ่ที่เราเป็นคนไข้วิกฤตที่ต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเพื่อทำความเข้าใจ และยอมรับอาการเจ็บป่วย จนกระทั่งมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับคนไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3. การดูแลจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ในภาวะการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อสภาพที่จิตใจที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การดูแลจิตใจโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่อ่อนน้อมทั้งก่อน ขณะ และหลังให้การพยาบาลถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรับรู้ เพราะผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ถึงการดูแลจิตใจที่ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแล ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การให้กำลังใจ การให้การพยาบาลแบบนุ่มนวลไม่ใช่แค่การกระทำ หรือการทำหัตถการ แต่รวมทั้งคำพูดของพยาบาลเวลาให้การพยาบาล หรือขณะให้การพยาบาล หรือว่าก่อน หลังการให้การพยาบาล ก็จะมีการพูดคุยให้กำลังใจ น้ำเสียงทำให้คนไข้รู้สึกดี ไม่ได้รู้สึกที่เราตำหนิเค้า แต่เป็นการให้กำลังใจคนไข้มากกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ก็เหมือนเวลาเราพูดกับคนไข้เราต้องมีความอ่อนน้อม แ่คำพูดที่เราจะคุยกับคนไข้ก็ต้องรักษาน้ำใจกัน ไม่ว่าเราจะทำอะไร ถึงคนไข้ไม่รู้รู้สึกตัวก็บอกหมด อย่างเช่น คุณลุงจะฉีดยาแก้ปวดนะ ถึงแม้ว่าเขาไม่รู้รู้สึกตัวแต่เขารับรู้ทางด้านจิตใจนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

4. การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลแบบองค์รวมส่วนหนึ่งคือการดูแลมิติจิตวิญญาณ ซึ่งท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรมทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและความเชื่อที่เฉพาะเจาะจง โดยยึดความเชื่อตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ และอนุญาตให้ญาติเข้ามาประกอบพิธีทางศาสนา ได้แก่ การฟังบทสวดตามความเชื่อ การนิมนต์พระสวด การอ่านอัลกุรอาน การมูจำบ (กล่าวปฏิญาณตน) แก่ผู้ป่วยมุสลิมที่กำลังจะเสียชีวิตเพื่อให้จิตใจสงบ และเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตมีการดูแลศพหลังจากเสียชีวิตตามความเชื่อทางศาสนา ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ถ้าเขา (ผู้ป่วย) จะละหมาดก็ให้โอกาสเขาละหมาดได้ เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาดูแลคนไข้เปิดโอกาสให้เข้ามาอ่านอัลกุรอานได้ ในคนไข้ที่รู้สึกตัวก็ให้ญาติมาเอาน้ำละหมาดให้คนไข้ แล้วให้ละหมาดตามที่ต้องการ...คนไข้ไทยพุทธ ญาติเขาก็จะนิมนต์พระมาสวดมนต์ให้ เคยเจอคือพระมาสวดมนต์วันนี้สักป้ายสามห้าโมงก็ death (ตาย) แหละ เค้ไปเร็วมาก และสงบมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ในส่วนที่พี่ทำตามความเชื่อทางศาสนาคือ เมื่อคนไข้ใกล้ตายแล้วเรตามญาติไม่ได้ หน้าที่เราคือการกล่าวมูจำบให้แก่ผู้ป่วยข้างๆหู ในวินาทีสุดท้าย แล้วหลังจากคนไข้ตายแล้ว เค้จะมีความเชื่อว่าจะต้องรีบนำศพ กลับบ้านเพื่อทำพิธีทางศาสนา ทางเราก็จะรีบเคลียร์ให้เร็วที่สุด โดยเราจะตามหมอให้มาฟัง heart sound แล้วสังเกตอาการอีกสักพัก ระหว่างนี้เราก็จะจัดการเกี่ยวกับเอกสารของผู้ป่วยไปด้วย ในส่วนคนไทยพุทธ เราก็คจะทำความสะดวกสบายร่างกายในกรณีที่สกปรกมากๆ เปลี่ยนชุดให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ใช้เทปอันเล็กๆมีบทสวดให้คนไข้ฟัง คนไข้หนักบางที่เราเห็นอาการเขาดีขึ้น แต่คนไข้บางคนก็จากไปอย่างสงบ มันจะเป็นบทสวดของไทยพุทธกับของอิสลาม...คราวก่อนที่เคยทำ เป็นเคส accident (อุบัติเหตุ) มีเลือดออกในสมองทำอะไรไม่ได้ แต่เขายังรู้สึกอยู่...พอทำไปรู้สึกว่คนไข้อาการคงที่ จากที่ BP drop (ความดันโลหิตต่ำ) HR swing (ชีพจรเปลี่ยนแปลง) ขึ้นๆลงๆ มันก็ดีขึ้น stable หายใจเครื่องก็ไม่ร้อง คนไข้อยู่ได้เป็นเดือน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ความรู้สึกต่อการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมี 3 ลักษณะ คือ (1) รู้สึกต้องทู่แทกับการดูแล (2) รู้สึกดีที่ได้ดูแล และ (3) การดูแลด้วยประสบการณ์จากการนำความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3 ลักษณะที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล พบว่าแต่ละความรู้สึกมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละความรู้สึกต่อการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย (n = 10)

ความรู้สึกต่อการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายชื่อ)
รู้สึกต้องทู่แทกับการดูแล	2	1, 9
รู้สึกดีที่ได้ดูแล	4	1, 2, 5, 9
การดูแลด้วยประสบการณ์	2	9, 10

1. รู้สึกต้องทู่แทกับการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่ารู้สึกต้องทำให้ดี เต็มที่ และทู่แทเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีเมื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราขอทำเต็มที่อะไรที่เราทำได้ ก็จะทำโดยที่เราจะนึกว่าถ้าเป็นเราเราจะรู้สึกยังไง...เราอยากทำอะไรก็ได้ให้คนไข้รู้สึกดี ไม่ทุกข์ทรมานมากกว่าเดิม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เราให้การดูแลแก่คนไข้เต็มทีนะ บางอย่างที่เราให้ได้เราก็อยากดูแลให้หมด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. รู้สึกดีที่ได้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า รู้สึกดีจนเกิดกำลังใจในการให้การดูแล เมื่อได้ให้การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งความรู้สึกดีนั้นเกิดจากการแสดงออกด้วยท่าทาง คำขอบคุณที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออกมา เช่น จับมือ กล่าวขอบคุณ และญาติกลับมาเยี่ยม ถึงแม้ว่าการดูแลนั้นไม่ได้มีค่าตอบแทน แต่คำขอบคุณกลับเป็นค่าตอบแทนที่ได้รับ และส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่อยากดูแลอย่างนี้เรื่อยไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พอเราได้ทำแล้วรู้สึกดีมันผ่านไป แล้วมันย้อนกลับมา ญาติบางคนที่ผ่านมาอะไรมาเยอะในห้องเรา ไม่ว่าจะ death (ตาย) หรือ discharge (จำหน่าย) ไปอาการดีขึ้น บางคนเค้าจะกลับมาหาเราที่ตึก กลับมาขอบคุณเราที่เคยดูแล ทำอะไรให้เค้า มันทำให้เรารู้สึกดี ทำให้เรารู้สึกว่าในสิ่งที่เราทำถึงแม้ว่ามันไม่มีค่าตอบแทน แต่มันทำให้เรารู้สึกดี และมีกำลังใจที่จะทำมากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ก็รู้สึกดีและดีใจที่เห็นญาติสบายใจ ในส่วนของคนไข้ บางคนก็รู้สึกตัวเขาก็รู้สึกดีไปกับเรา บางคนถึงขั้นจับมือเวลาเราเข้าไปให้การพยาบาล ขอขอบคุณที่เราดูแลเขาเป็นอย่างดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3. การดูแลด้วยประสบการณ์

จากการดูแลที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์น้อย จึงยึดการปฏิบัติการดูแลตามประสบการณ์ และตามแบบอย่างของรุ่นพี่ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาตินั้น ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ยอมรับเลยว่าตัวเองก็ไม่เข้าใจหรอกนะว่าการดูแลแบบประคับประคองคืออะไร แต่ก็ทำตามเรื่อยๆตามพี่ๆบ้าง แต่จริงๆมันเป็นยังไง ไม่รู้ เพราะไม่เคยอบรมเฉพาะเรื่องนี้แบบเต็มรูปแบบ ถ้าเกิดเรามีความรู้ที่ถูกต้อง คิดว่าน่าจะดีกับคนไข้ และเราก็จะได้เข้าใจมากขึ้นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ถามว่าเราเข้าใจ palliative care ใหม่ เราเองไม่รู้เหมือนกันว่าสิ่งที่เราเข้าใจมันถูกไหม โดยประสบการณ์ด้วย เพราะเรามีประสบการณ์น้อย ส่วนมากที่พวกเราทำตามพี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย มีปัญหาและอุปสรรคในการดูแล แต่ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่เหลือจำนวน 4 ราย ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคอง 3 ด้าน คือ (1) ภาระงานมาก (2) ทรัพยากรที่มีจำกัด และ (3) การตัดสินใจของญาติที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จากการนำปัญหาและอุปสรรค 3 ด้านที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่าแต่ละด้านมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ($n = 10$)

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
ภาระงานมาก	3	3, 7, 8
ทรัพยากรที่มีจำกัด	2	2, 7
การตัดสินใจของญาติที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	2	4, 8

1. ภาระงานมาก

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ความไม่สมดุลของภาระงานและอัตรากำลังของพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากในบริบทการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่คอยช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการจัดสรรอัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต คือ 1: 2 นั้นหมายความว่า พยาบาล 1 คน ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2 คน โดยที่การดูแลให้การพยาบาลทุกอย่างเป็นหน้าที่ของพยาบาลทั้งสิ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราทำเองทุกอย่าง คุณดูแลคนไข้ 2 คน...เพราะเราไม่มีผู้ช่วย คิดว่าเราใกล้ชีวิตคนไข้ที่สุดแล้วนะ แต่พอเราทำเองหมดบางทีก็ไม่ทันนะ ที่จะแบบว่าคุณดูแลให้ครบหมดทุกอย่าง ไม่ทันจริงๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ที่นี่เราไม่มีผู้ช่วย เราต้องทำเองทุกอย่างเลย หนักนะ แล้วดูแล 1:2 แล้วคนไข้ที่เราดูแลก็ไม่ใช่ว่าเหมือนคนไข้ข้างนอก คนไข้เรามีครบทุกอย่างทั้งเครื่องช่วยหายใจ มีสายระโยงระยางค์มากมาย โรคที่เป็นก็ซับซ้อน แค่เราทำหัตถการต่างๆ ก็ไม่ค่อยจะทันแล้ว แล้วนี่เราต้องดูแลทั้งคนไข้และญาติด้วย ถ้าจะให้ดูแลให้ครบ หรือดูแลเต็มที่บางทีก็เป็นไปได้ยากเนอะ เข้าใจแหละว่าญาติต้องการนอนนี่นั่น แต่ด้วยภาระงานเราอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้และญาติได้เต็มที่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2. ทรัพยากรที่มีจำกัด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีในการประคองชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น และการดูแลที่ใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยมีจำนวนมาก แต่ด้วยข้อจำกัดของเตียงจึงไม่สามารถรองรับผู้ป่วยวิกฤตได้ทั้งหมด เนื่องจากในบริบทการศึกษาครั้งนี้มีเพียง 2 หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยไอซียู และหอผู้ป่วยซีซียู ทำให้ต้องมีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่ที่จะเข้ามา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า จากประสบการณ์การดูแลสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองถูกพิจารณาย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...แต่จะเจอปัญหาคือเรื่องเตียงไม่พอ เราเลยต้องย้ายคนไข้ออกไปข้างนอก อันนี้แหละที่รู้สึกว่าการตายในไอซียู...เมื่อต้องการเตียง เราก็จะย้ายเค้าออกไปอยู่ข้างนอก ซึ่งบางทีญาติเค้าไม่ได้ต้องการไปอยู่ข้างนอกเลย ทำให้ญาติรู้สึกคุณค่าลดลง ทำให้ต้องย้ายคนไข้ออกไปอยู่ข้างนอก บางคนเค้าไม่ยอมไปอยู่ข้างนอก เค้าอยากเสียชีวิตในไอซียู...ด้วยข้อจำกัดของเตียงมีแค่ 10 เตียง ต้องการรับคนไข้ที่ญาติเขาเต็มทีที่จะ resuscitated (ช่วยฟื้นคืนชีพ) ต้องการ defib (กระตุ้นด้วยไฟฟ้า) เราจะรับเข้ามากกว่า...แต่เหมือนไทยพุทธบางคนเขายอมรับไม่ได้ แล้วจะมีคำถามว่าทำไมเข้าไอซียูไม่ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็อย่างที่บอกว่าคุณใช้ palliative care คือเขาไม่ทำอะไรแล้ว แต่บางทีพอต้องย้ายเขาออกไปอยู่ข้างนอก ญาติบางคนก็ไม่พอใจว่าทำไมต้องย้ายออกด้วย อยากให้คนไข้อยู่ที่เราจะได้อยู่ใกล้ซัซิดหมอ พยาบาล เพราะถ้าออกไปข้างนอก อาจไม่ได้รับการดูแลใกล้ชิดอย่างที่เรารักษา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3. การตัดสินใจของญาติที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทำให้การตัดสินใจในการรักษาเป็นสิทธิของญาติ ซึ่งพบว่า การตัดสินใจของญาตินั้นไม่สอดคล้องหรือตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าหากการรักษาไม่ตอบสนองและไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ก็ถือว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเป็นการสร้างความขัดแย้งในใจในการปฏิบัติการพยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ส่วนใหญ่ก็จะเต็มทีในการดูแลไว้ก่อน โดยบางครั้งไม่ได้ดูว่าแนวโน้มนคนไข้แยกลง ...ก็ญาติมาแบบว่าเต็มทีๆ ตอนที่คนไข้ไม่ไหวแล้ว บางทีก็รู้สึกว่าคุณเต็มทีอยู่คนเดียว คนไข้ไม่ตอบสนองแล้ว มันทรมานคนไข้ไปเปล่าๆ คือถ้าไม่รอดก็ต่อให้เต็มที่ยังไงสุดท้ายก็ต้องปล่อย บางทีถ้าเต็มทีแบบนี้มันไร้ประโยชน์ ไม่ได้เกิดผลดีต่อคนไข้ มีแต่คนไข้เจ็บปวด ทรมานคนไข้ไปเฉยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ส่วนมากคนไข้บ้านเราแ่ๆที่เข้ามาก็ไม่อยากทำอะไรแล้ว แต่ญาติอยากจะเต็มที แต่สุดท้ายเราก็ต้องทำตามญาติเพราะตอนนั้นคนไข้ไม่รู้รู้สึกตัวแล้ว เราก็ยึดการตัดสินใจของญาติ คนไข้บางคนเขาดึง endotracheal tube (ท่อช่วยหายใจ) คือเขาไม่ยอมใส่แล้ว เหนื่อย ญาติก็ให้ใส่อีก เสร็จคนไข้บอกเลยว่าเขาไม่ยอมใส่ แต่พอเกิดโรซัน เราก็ใส่เพราะญาติให้ใส่...เราในฐานะพยาบาลบางทีก็เหมือนคนกลางเน้อ ไม่รู้จะเอาตามความต้องการของใครดี แต่ถ้าตามหลักพอคนไข้ไม่รู้รู้สึกตัวเราก็ยึดญาติอยู่แล้ว แต่นั่นแหละพอคนไข้ดึงท่อจี้ บางทีคนไข้ไม่ยอมใส่ท่อแล้วไง แล้วให้ทำไงได้ เราก็ต้องตามญาติอยู่ดี เพราะคนไข้ไม่รู้รู้สึกตัวแล้ว มันขัดๆกับความรู้สึกเรานะบางที”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

จากปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงวิธีการแก้ปัญหาและมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ (1) ลดภาระงาน (2) สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ และ (3) ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม จากการนำความต้องการการสนับสนุน 3 ด้าน ที่ได้จากประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่าแต่ละด้านมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ($n = 10$)

ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
ลดภาระงาน	2	7, 8
สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ	2	3, 4
ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม	7	2, 4, 5, 6, 7, 8, 10

1. ลดภาระงาน

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ด้วยภาระงานที่มากเกินไป ทำให้ไม่สามารถบริหารเวลาในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นหากมีการลดภาระงานและมีการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมอาจมีส่วนช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“บางทีที่เรางานยุ่ง ภาระงานเยอะ บางทีเราก็ดูแลได้ไม่เต็มที่หรอกนะ ไม่ครบองค์รวมสักเท่าไร ถ้าอยากให้เราดูแลดีกว่านี้ มีคุณภาพก็คงต้องจัดหาคนดูแลเพิ่มเติม ภาระงานเราก็จะได้ลดลง เราก็จะได้มีเวลาดูแลมากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ถ้าภาระงานเราลดลงเราอาจดูแลได้เต็มที่กว่านี้ แต่แค่นี้เราทำสุดๆแล้วนะ...ก็ถ้าเรามีคนเพียงพอในการดูแลคนไข้ งานที่ออกมาก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น การดูแลก็จะเต็มที่มากขึ้น เราก็จะได้มีเวลาให้คนไข้และญาติมากขึ้นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2. สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น ว่า ควรจะมีทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างเต็มที่ และยังเป็นแบบอย่างที่ดีที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายต่อไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ทีม เราต้องการทีม palliative care ในการดูแลคนไข้เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่มากกว่านี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เพราะพี่เองก็ยังไม่เข้าใจในส่วนนี้ดีพอ ถ้าได้ทีมที่เฉพาะเรื่องนี้เข้ามาคนไข้ก็จะได้รับการดูแลที่ดี เต็มที่มากกว่านี้ แล้วเราก็จะได้เรียนรู้ว่าที่จริงการดูแลเป็นแบบนี้ละ เราจะได้เอาไปใช้ดูแลคนไข้คนต่อไปๆ ให้ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3. ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ที่ได้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรมมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือจากการศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เมื่อมีความรู้และประสบการณ์ที่มากพอทำให้มีการประยุกต์องค์ความรู้ที่ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“อย่างแรกเลย คงต้องเป็นความรู้ บางทีเราไม่เคยไปอบรมเรื่องนี้เราไม่รู้จริงๆ แล้วมันคืออะไร ที่อาศัยพี่ที่ศึกษาช่วย คนที่เคยไปอบรมเขามาคุยให้ฟัง แล้วก็พอเวลาเราเจอคนไข้เราก็ต้องอ่านหนังสือเพิ่มเติมเพื่อจะได้ดูแลคนไข้แบบประคับประคองให้ดีขึ้น เมื่อก่อนก็เข้าใจว่ามันเป็นการดูแลและระยยะสุดท้าย แต่พอมาเจอกับตัวเองก็เลยรู้ว่ามันไม่ใช่อย่างที่เราคิดมาก่อน การเปิดใจที่จะเรียนรู้ความรู้ใหม่ๆ โดยต้องศึกษาให้เข้าใจ รู้จริงเราก็จะสามารถดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น เราเองก็จะได้เข้าใจมาก และสามารถบอกคนอื่นๆได้ด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“แค่ความรู้นี้ก็มากมายแล้ว ถ้าเรามีความรู้เรื่องนี้จริงๆ เข้าใจมันจริงๆ เราอาจดูแลคนไข้และญาติได้ดีกว่านี้ เพราะพี่เองก็ไม่วรรอกว่าจริงๆ เป็นยังไง มันคงจะเป็นประโยชน์กับคนไข้มากถ้าพยาบาลทุกคนเข้าใจ และมีแนวทางในการปฏิบัติการดูแลคนไข้ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

สรุปความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยได้ว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วย เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย 4 มิติ การดูแลที่ลดอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต มีการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ต้นจนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อีกทั้งยังมีการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

จากความหมายของการดูแล ทำให้เห็นถึงการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองโดยการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน การส่งเสริมความสุขสบาย และจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลจิตใจ และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้การดูแลครบทุกมิติ นอกจากนี้การดูแลที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่ญาติเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการรักษา จากการให้การดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกว่าเป็นการดูแลที่ต้องทุ่มเท รู้สึกดีที่ได้ดูแล และเป็นการดูแลด้วยประสบการณ์

การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยพบปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาระงานของพยาบาลที่มาก และทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบปัญหาการดูแลซึ่งเป็นการตัดสินใจของญาติที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จากปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการสนับสนุน เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น โดยการลดภาระงานเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างองค์รวม รวมทั้งมีการสร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม ดังแสดงในภาพ 2

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

1. ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 1.1 การดูแลแบบองค์รวม
 - 1.2 การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต
 - 1.3 การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม
 - 1.4 การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.5 การดูแลที่ความเจ็บป่วย
 - 1.6 การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา
 - 1.7 การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต
2. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 2.1 การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน
 - 2.2 การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ
 - 2.3 การดูแลจิตใจ
 - 2.4 การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ
3. ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 3.1 รู้สึกต้องทุ่มเทกับการดูแล
 - 3.2 รู้สึกดีที่ได้ดูแล
 - 3.3 การดูแลด้วยประสบการณ์
4. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 4.1 ภาระงานมาก
 - 4.2 ทรัพยากรที่มีจำกัด
 - 4.3 การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
5. ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย
 - 5.1 ลดภาระงาน
 - 5.2 สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ
 - 5.3 ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม

ภาพ 2 สรุปประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย 7 ลักษณะ คือ (1) การดูแลแบบองค์รวม (2) การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิต (3) การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม (4) การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (5) การดูแลที่ความเจ็บป่วย (6) การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา และ (7) การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับคำนิยามความการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลกว่า เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เน้นการจัดการอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน และเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนมีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา การดูแลมีการเริ่มต้นตั้งแต่มีการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวจากภาวะโศกเศร้าหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย (WHO, 2014) จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ภาวะโศกเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ว่าต้องมีการสูญเสีย และสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก ใกล้ชิด มีความผูกพันหรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง (Buglass, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ (2556) พบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่ได้ทำให้ครอบครัวโศกเศร้าเท่านั้น แต่เป็นช่วงที่ครอบครัวต้องมีการเยียวยาความเศร้าโศก และต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยให้การดูแลโดยไม่ต้องคำนึงการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย หรือการพยากรณ์โรคเปลี่ยนแปลง และผลจากการดูแลยังช่วยเตรียมตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี (Aslakson et al., 2014)

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองมีแนวคิดการเริ่มต้นที่แตกต่างกัน คือ แนวคิดที่หนึ่งเป็นดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอร์ทิส (Curtis, 2008) พบว่า การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัย ไม่ใช่เริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจเกี่ยวกับยุดีหรือยี่ดชีวิต และในแนวคิดที่สองเป็นการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไนจีเรียของฟาเดร์และคณะ (Fadare et al, 2014) พบว่า พยาบาลร้อยละ 90.2 รับรู้ว่าการดูแลแบบประคับประคองคือ การดูแลในช่วงใกล้ตาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของมาฮอน และแมคคูลีย์ (Mahon & McAuley, 2010) พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลคิดว่าการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้การดูแลในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น (Meghani, 2004) ความหมายที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมอาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน (2) การให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของญาติ (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ มีรายละเอียดดังนี้

1. การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เทคโนโลยีประคองชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ต้องการความไว้วางใจ และความปลอดภัยจากการพึ่งพาเทคโนโลยี (Locsin & Kongsuwan, 2013) ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีการดูแลที่ควบคู่กับการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนในระยะท้ายของชีวิตต้องให้การดูแลที่ลดอาการต่างๆที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และส่งเสริมการตายอย่างสงบ (รุ่งนิรันดร์, 2555) รวมถึงการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างเต็มที่ในช่วงที่มีชีวิตอยู่ (กิตติกร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของปฐมวดีและชนกพร (2554) พบว่า ในมุมมองของญาติก็ต้องการให้พยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันให้ใกล้เคียงกับปกติ

2. การให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยเนื่องจากในภาวะวิกฤตผู้ป่วยร้อยละ 95 อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจรักษาด้วยตนเองจากภาวะของโรคที่กำลังคุกคามต่อชีวิต และการได้รับยาที่กระบบประสาทส่วนกลาง (Luce, 2003) เป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยพยาบาลมีความใส่ใจถึงความต้องการของครอบครัว และเคารพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย (กิตติกร, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิการิม๊ะ, อรัญญา, และอุไร (2551) พบว่า ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตใน 4 ลักษณะ ได้แก่ ตัดสินใจรักษา ตัดสินใจยุติการรักษา ให้ทีมผู้ดูแลตัดสินใจแทน และให้ครอบครัวตัดสินใจแทน ทั้งนี้การตัดสินใจของญาติในการรักษานั้นต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและรับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ (Wiegand, 2006)

3. การดูแลจิตใจ เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวมเป็นการดูแลที่ไม่มีการแบ่งแยกองค์ประกอบของบุคคลเป็นส่วนๆ แต่เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกันทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อให้มีการปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (กิตติกร, วราภรณ์, สิริพันธ์, ยุพา, และศรีวรรณ, 2548) หากมีอาการเจ็บป่วยทางกายย่อมส่งผลต่อจิตใจ และจิตวิญญาณ

4. การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ จากข้อมูลผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเน้นการดูแลด้านนี้ โดยให้การดูแลบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรมทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม การเคารพความเชื่อของผู้ป่วย โดยให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่จำทำตามความเชื่อนั้นๆ เช่นเดียวกับที่คีแกนและดริค (Keegan & Drick, 2011) อธิบายไว้ว่า หากพยาบาลยอมรับในความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถผสมผสานความเชื่อต่างๆที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือเข้าด้วยกันกับการดูแลแบบประคับประคองในมิติจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้ให้

ข้อมูลเน้นการดูแลจิตวิญญาณ และความเชื่อในช่วงของระยะท้ายของชีวิตเพื่อให้มีการเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งอาจไม่สะท้อนแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ได้เน้นเฉพาะในระยะท้ายเพียงอย่างเดียว เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตด้วย และการศึกษาของจากรูวรรณ และสุพัตรา (2555) พบว่า ในระยะที่ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตทำให้มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณสูง โดยพยาบาลสามารถให้การพยาบาลโดยการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และอำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ

ความรู้สึกลงในการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกว่าต้องทุ่มเทกับการดูแลเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้ง 4 มิติ มีการลดอาการต่างๆที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ตลอดจนมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานอย่างสหวิชาชีพ ไปจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงท้ายของชีวิตเพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน และส่งเสริมให้ตายอย่างสงบ (Curtis, 2008; Nelson et al., 2011) ซึ่งจากการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ได้มาก็คือ การบรรเทาอาการปวด แต่ในบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แต่สิ่งที่พยาบาลสามารถทำได้ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมาก และสามารถรับรู้ได้คือ การดูแลด้วยความเอาใจใส่ และมีความเอื้ออาทร โดยการทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถึงการมีพยาบาลอยู่ด้วย ไม่ใช่รับรู้แค่ว่ามีพยาบาลทำสิ่งต่างๆให้ แต่ไม่มีความผูกพันหรือสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เป็นเพียงการทำหน้าที่ประจำวันเท่านั้นเอง (วัลภา, 2553) อีกทั้งยังรู้สึกดีที่ได้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของสุภาพร (2551) พบว่า พฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำมากกว่าร้อยละ 50 คือ การแนะนำหรือบอกทุกครั้งก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และรองลงมาคือ ทำทางที่เป็นมิตรด้วยการยิ้มและพูดคุยเป็นกันเองอาจมาจากสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เคารพนับถือบุคคล และการยิ้มถือเป็นคุณลักษณะของคนไทย การดูแลที่ดี และเต็มใจเป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่ดี เกิดจากการมองเห็นคุณค่าในวิชาชีพ และเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน (ผานิต, 2557) นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลด้วยประสบการณ์ และการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมายึดการดูแลตามแบบอย่างจากรุ่นพี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสิรินทร์และอวยพร (2556) พบว่า ส่วนใหญ่การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากจากการเข้าอบรม ประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาด้วยตนเอง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นจากผลของการศึกษา คือ (1) ภาระงานมาก (2) ทรัพยากรที่มีจำกัด และ (3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. ภาระงานมาก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลอย่างองค์รวม และครอบคลุมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของเบคสตรนด์และคณะ (Beckstrand et al., 2006) พบว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นสาเหตุทำให้มีการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร์และอวยพร (2556) พบว่า หากการให้ดูแลของพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อรับรู้การดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. ทรัพยากรที่มีจำกัด เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีจำนวนมากที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น แต่ด้วยทรัพยากรที่มีจำกัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มากเกินกว่าเตียงหรือทรัพยากรที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงมีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยที่มีการดีขึ้น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากไม่มีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น เพื่อจัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อในหออภิบาลผู้ป่วยมีความล่าช้าเนื่องจากภาระงานมากและทรัพยากรที่จำกัดของหออภิบาลผู้ป่วย (Neuraz et al., 2015)

3. การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ได้ให้ไว้ (WHO, 2014) แต่ในภาวะวิกฤตการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิของญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Truog et al., 2008) ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไร้ความสามารถ ผู้ป่วยยังต้องการให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการยุติหรือยื้อชีวิตทั้งนี้ต้องการให้ญาติตัดสินใจตรงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องการเป็นภาระของครอบครัวให้น้อยที่สุด (Kelly, Rid, & Wendler, 2012) การตัดสินใจของญาติในการยื้อชีวิตที่ไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานซึ่งถือเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และเป็นความล้มเหลวในการรักษา ทั้งนี้การรักษานั้นต้องพิจารณาจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันตรายที่จะเกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายที่ตามมา (Jox, Schaidler, Marckman, & Borasio, 2012) ทั้งนี้ศาสนามีผลต่อการตัดสินใจในการรักษา ดังเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายบางกลุ่มให้ครอบครัวตัดสินใจแทน เนื่องจากศาสนามีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่ว่าสามีเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องให้ความคุ้มครองภรรยา และภรรยาต้องเชื่อฟังสามี จึงพบว่าผู้ป่วยหญิงส่วนหนึ่งให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน นอกจากนี้ด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัว และกลัวว่าจะเป็นการภาระของครอบครัวจึงไม่กล้าตัดสินใจเอง (นิการีหมีและคณะ, 2551)

ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

1. ลดภาระงานและจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม เพื่อลดภาระงานของพยาบาล ทำให้มีเวลาในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอัลตาฟินและคณะ (Altafin et al., 2014) พบว่าจากการประเมินภาระงานของพยาบาลในไอซียูกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยสูง เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายต้องได้รับการดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งของภาระงานพยาบาล ทำให้เห็นว่า การจัดสรรอัตรากำลังและภาระงานส่วนมีสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา (2552) พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยต่ำกว่าหอผู้ป่วยสามัญกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษเนื่องจากภาระงานที่ต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภัสสรา (2554) พบว่า การจัดระบบงานเพื่อลดภาระงานของพยาบาลมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะท้ายดีขึ้น แต่ในบริบทการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นไปได้ยากด้วยข้อจำกัดของระบบองค์กรที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผู้ช่วยพยาบาล

2. สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในบริบทการศึกษาครั้งนี้ไม่มีทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพราะการดูแลแบบประคับประคองให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องมีการประยุกต์องค์ความรู้ และการทำงานที่ประสานกันเป็นทีม โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Abu-Saad, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์และคณะ (2556) พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายครอบคลุมอย่างองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีม ส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ตลอดจนความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน มีความเห็นอกเห็นใจกันเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลอย่างเป็นองค์รวมที่ต้องมีการร่วมมือทั้งจากสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว (Sittipreechachan, 2013)

3. ความรู้จากเพื่อร่วมงานที่ผ่านการอบรม เนื่องจากบริบทการศึกษาที่มีข้อจำกัดของอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลมีโอกาสไปอบรมการดูแลแบบประคับประคองค่อนข้างน้อย หากผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ที่ได้มาจากการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านการจัดอบรม จะช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการริเริ่ม และสร้างสรรค์การให้การดูแลแบบประคับประคองที่ทันสมัย และมีคุณภาพ (กิตติกร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของเอซปิโนซาและคณะ (Espinosa et al., 2010) พบว่า ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ และประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องการรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2551) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลไอซียูควรพัฒนาตนเองเพื่อให้ความรู้เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัสสรา (2554) พบว่า พยาบาลต้องการความรู้ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดนราธิวาส ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ (1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี และ (2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซีซียูจำนวน 6 ราย และหอผู้ป่วยไอซียูจำนวน 4 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแบบเจาะลึกพร้อมทั้งบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปเสียงแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ตามแนวคิดของโคไลซซี่ (Colaizzi as cited in Streubert & Carpenter, 2007) และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยคือ (1) การดูแลอย่างองค์รวม (2) การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุขสบาย (3) การดูแลให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม (4) การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (5) การดูแลที่ความเจ็บป่วย (6) การดูแลตั้งแต่ต้นที่ควบคู่กับการรักษา และ (7) การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต
2. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยคือ (1) การส่งเสริมความสุขสบายและจัดการอาการทุกข์ทรมาน (2) การส่งเสริมการตัดสินใจของญาติ (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ
3. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้เมื่อให้การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย คือ (1) รู้สึกทรมานเกี่ยวกับการดูแล (2) รู้สึกดีที่ได้ดูแล และ (3) การดูแลด้วยประสบการณ์
4. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย คือ (1) ภาระงานมาก (2) ทรัพยากรที่มีจำกัด และ (3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
5. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการการสนับสนุนในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย คือ (1) ลดภาระงาน (2) สร้างทีมผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ และ (3) ความรู้จากเพื่อนร่วมงานที่ผ่านการอบรม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติ ตลอดจนปัญหาที่พบ และความต้องการการสนับสนุนของผู้ให้ข้อมูลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถใช้ผลการศึกษาเสนอแนะในการปฏิบัติกรพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ภาระงานมากและทรัพยากรที่จำกัด ทำให้การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยไม่สามารถให้การดูแลอย่างองค์รวม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นทางโรงพยาบาลควรมีการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมและสรรหาทรัพยากรเพื่อสามารถตอบสนองในการดูแลอย่างเต็มที่

2. จากผลการศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเริ่มให้การดูแลตั้งแต่ต้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ยังไม่รวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต จากผลการศึกษาควรมีการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

3. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้และเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลในระยะท้ายของชีวิต และยังให้การดูแลด้วยประสบการณ์โดยยึดแบบอย่างจากรุ่นพี่ เนื่องจากไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน จากผลการศึกษาฝ่ายการพยาบาลควรมีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

4. จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตกเป็นสิทธิของญาติ ซึ่งการตัดสินใจของญาติอาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นทีมแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีความรู้ การวางแผนเพื่อเลือกรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา (advance directives) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการรักษาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เคยผ่านการอบรมซึ่งประสบการณ์อาจแตกต่างกัน

2. จากการศึกษาเป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย แต่ในสถานการณ์จริงการดูแลนั้นต้องมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และครอบครัวที่มีส่วนในการดูแลเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษา ดังนั้นควรมีการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วย ญาติและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในบริบทหออภิบาลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต. ใน กิตติกร นิลมานัต (บรรณาธิการ), *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต the end of life care* (หน้า 1-56). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริินทร์ ศาสตรนุรักษ์, ยุพา อ่องโกศัย, และศรีวรรณ ช้วนกุล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(5), 291-301.
- จารุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- ชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง. (2556). *วัตถุประสงค์ของชมรม*. ค้นจาก <https://palliativenursessociety.wordpress.com/>
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1: คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคนองค์กร ชุมชน สังคม*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไทย, พวงพยอม จุลพันธุ์, และยุพงค์ พุฒธรรม. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 80-90.
- นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานัต, และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 48-59.
- นิการีหะมะ นิจินิการี, อรัญญา เขาวลิต, และอุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิม [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 431-439.
- ปฐมวดี สิงห์ตง, และชนกพร จิตปัญญา. (2554). การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(3), 17-32.
- ผาณิต หลีเจริญ. (2557). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 17(34), 127-138.
- รจนา ทองดำ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2558). การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 21-34.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2555). Ethic issue at the end-of-life ประเด็นจริยธรรมในวาระสุดท้ายของชีวิต. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล, กวีวัฒน์ วีรกุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, และวิเชียร ทองแดง (บรรณาธิการ), *จริยธรรมทางการแพทย์* (หน้า 183-200). กรุงเทพมหานคร: เตือนตุลา.

- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2553). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ทำทนายของพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 1-7.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). บทนำการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 1-17). กรุงเทพมหานคร: สำนัณัติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วินัย สวัสดิ์วร. (2558). จากใจเลขาธิการ สปสช. foreword เครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารก้าวใหม่*, 8(39), 1.
- วิณา เทียงธรรม. (2547). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 18(2), 97-108.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สภาการพยาบาล. (2551). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. ค้นจาก <http://www.tnc.or.th/>
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *การก่อตั้งชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Thai association for the study of pain)*. ค้นจาก <http://www.paintasp.com/about/history.php>.
- สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. (2555). *วัตถุประสงค์ของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย*. ค้นจาก <http://www.thaps.or.th/>
- สิรินทร์ ศาสตราบุรุษ, และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2556). การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(5), 235-244.
- สิริวรรณ คงทอง. (2556). *ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2556). ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย. *บทความวิจัยเสนอในการประชุมขนาดใหญ่วิชาการครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย*, สงขลา. (หน้า 51-59). ค้นจาก http://www.hu.ac.th/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/712_51-59.pdf
- สุจิตรา ลิ่มอำนวยการ, และชวนพิศ ทำนอง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุภัทสร ชูช่อ. (2554). *ประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมิสมุสลิระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- สุภาพร ดาวดี. (2551). พฤติกรรมการดูแลเฝ้าอาการของพยาบาลไทย: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 2(2), 62-78.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.]. (2553). *คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ค้นจาก <http://www.nhso.go.th/>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [สช.]. (2556). *ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในวาระท้ายของชีวิต*. ค้นจาก <http://www.nationalhealth.or.th/>
- อารีญา ด่านผาทอง. (2552). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเฝ้าอาการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแพร่. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 15-26.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และวิภาวี คงอินทร์. (2551). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไอซียู*. บทความวิจัยเสนอโครงการประชุมวิชาการ เรื่อง การสร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ครั้งที่ 1 (หน้า 1-12). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และวิภาวี คงอินทร์. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อิเล็กทรอนิกส์]*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-45.
- Abu-Saad, H. H. (2001). *Evidence-based palliative care across the lifespan*. Oxford: Blackwell Science.
- Altafin, J.A., Grion, C.M., Tanita, M.T., Festti, J., Cardoso, L.T., Veiga, C.F.,...Matsuo, T. (2014). Nursing activities score and workload in the intensive care unit of a university hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 292-298. doi: 10.5935/0103-507X.20140041
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The changing role of palliative care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2418-2428. doi: 10.1097/CCM.0000000000000573
- 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.
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 41-44.
- Curtis, J. R. (2008). Caring for patients with critical illness and their families: The value of the integrated clinical team. *Respiratory Care*, 53(4), 480-487.
- Custer, J. R. (2014). Palliative care in the ICU: Together we can make a greater difference. *Pediatric Critical Care Medicine*, 15(8), 784-786. doi: 10.1097/PCC.0000000000000242

- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 273-281. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d91424
- Fadare, J. O. B., Olaogun, D. O., Afolayan, J. M., Olatunya, O., & Ogundipe, K. O. (2014). Perception of nurses about palliative care: Experience from South-West Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(5), 723-727. doi: 10.4103/2141-9248.141532
- Gay, E. B., Weiss, S. P., & Nelson, J. E. (2012). Integrating palliative care with intensive care for critically ill patients with lung cancer. *Annals of Intensive Care*, 2(3), 1-10. doi: 10.1186/2110-5820-2-3
- Iranmanesh, S., Razban, F., Tirgari, B., & Zahra, G. (2014). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care*, 12(1), 203-210. doi: 10.1017/S147895152001058
- Jacobowski, N. L., Girard, T. D., Mulder, J. A., & Ely, E. W. (2010). Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 421-430. doi: 10.4037/ajcc2010656
- Jox, R. J., Schaidler, A., Marckmann, G., & Borasio, G. D. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics*, 38(9), 540-545. doi: 10.1136/medethics-2011-100479
- Keegan, L., & Drick, C. (2011). *End of life: Nursing solutions for death with dignity*. New York: Springer.
- Kelly, B., Rid, A., & Wendler, D. (2012). Systematic review: Individuals' goals for surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 884-895. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03937.x
- Kock, T. (1996). Implementation of hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigor and representation [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.17224.x
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56(1), 116-122.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2011). Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care setting: A phenomenological study. *Intensive and Clinical Care Nursing*, 27(1), 102-110. doi: 10.1016/j.iccn.2010.12.002

- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care, 17*(3), 151-159. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in southern Thailand. *Nursing in Clinical Care, 18*(4), 200-211. doi: 10.1111/nicc.1202
- Luce, J. M. (2003). Is the concept of informed consent applicable to clinical research involving critically ill patients?. *Critical Care Medicine, 31*(3 Suppl), S153-S160. doi: 10.1097/01.CCM.0000054901.80339.01
- Mahon, M. M., & McAuley, W. J. (2010). Oncology nurses' personal understandings about palliative care. *Oncology Nursing Forum, 37*(3), E141-E150.
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y., & Francis, K. (2009). Husserl and Heidegger: exploring the disparity. *International Journal of Nursing Practice, 15*, 7-15. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01724.x
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 156-161.
- Morse, J. M. (1990). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (2nd ed., pp. 127-145). California: Sage.
- Naib, T., Lahewala, S., Arora, S., & Gidwani, U. (2015). Palliative care in the cardiac intensive care unit. *The American Journal of Cardiology, 115*(1), 687-690.
- National Quality Forum [NQF]. (2006). *Palliative care and end of life care*. Retrieved from: http://www.qualityforum.org/Projects/Palliative_Care_and_End-of-Life_Care.aspx
- Nelson, J. E., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., Mulkerin, C., . . . Weissman, D. E. (2011). Integrating palliative care in the ICU: The nurse in a leading role. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 13*(2), 89-94. doi: 10.1097/NJH.0b013e318203d9ff
- Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailler, F. (2015). Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: A multicenter observational study. *Critical Care Medicine, 43*(8), 1587-1594.
- Paganini, M. C., & Bousso, R. S. (2015). Nurses' autonomy in end-of-life situation in intensive care units. *Nursing Ethics, 22*(7), 1-12. doi: 10.1177/0969733014547970
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation method* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(1), 159-167. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x
- Sittipreechachan, P. (2013). Sharing experience of palliative care [Electronic version]. *Journal of Nursing Science*, *31*(1), 18-26.
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American Journal of Critical Care*, *21*(6), 410-418. doi: 10.4037/ajcc2012124
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (Eds.). (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (Eds.). (2007). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Hass, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., . . . Kaufman, D. C. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, *36*(3), 953-963. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience*. London: The Althouse Press.
- Wiegand, D. L. M. (2006). Withdrawal of life-sustaining therapy after sudden, unexpected life-threatening illness or injury: Interactions between patients' families, healthcare providers, and the healthcare system. *American Journal of Critical Care*, *15*(2), 178-187.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from: [http:// www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en)
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Cancer: Palliative care is an essential part of cancer control*. Retrieved from: [http:// www.who.int/cancer/palliative/en](http://www.who.int/cancer/palliative/en)
- Wright, M., Hamzah, E., Phungrassami, T., & Baysa-Clasudio, A. (2010). *Hospice and palliative care in Southeast Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and Philippine*. New York: Oxford University Press

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 2.1 ชาย () 2.2 หญิง
3. ศาสนา () 3.1 พุทธ () 3.2 อิสลาม () 3.3 คริสต์ () 3.4 อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา () 4.1ปริญญาตรี () 4.2 ปริญญาโท () 4.3 อื่นๆ ระบุ.....
5. ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....ปี
6. ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วย.....ปี
7. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยประมาณ.....ราย
8. ท่านมีประสบการณ์การอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
 - () 8.1 ไม่เคย
 - () 8.2 เคย...ครั้ง ระบุ.....
9. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองให้แก่บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา หรือบุคคลที่รัก
 - () 9.1 ไม่เคย
 - () 9.2 เคย ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณานึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่ท่านได้ดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยและเล่าเหตุการณ์นั้นอย่างละเอียด

1. จากประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยที่ประสบมา คุณอยากบอกเล่า หรือถ่ายทอดอะไรบ้าง อย่างอิสระและได้ทุกมิติ
2. การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และเข้าใจของคุณเป็นอย่างไร
3. จากประสบการณ์ของคุณ คุณรับรู้และเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยอื่นหรือที่บ้านในประเด็นใดบ้าง อย่างไร
4. ในหออภิบาลผู้ป่วย คุณเคยให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างไร อะไรคือเหตุผลในการให้การดูแลอย่างนั้น และเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ตอนไหนอย่างไร
5. คุณมีความรู้สึกอย่างไรในขณะที่ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยและอะไรทำให้รู้สึกเช่นนั้น
6. ในฐานะพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย คุณคิดว่าการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญต่อคุณอย่างไร
7. จากประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยของคุณ คุณมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร ถ้ามี คุณคิดว่าสาเหตุใดที่ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคนั้น
8. คุณมีแนวทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างไร
9. คุณคิดว่าอะไรคือสิ่งที่สนับสนุนหรือส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย
10. คุณต้องการการสนับสนุนอย่างไรบ้างในการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ ที่ศึกษาจะมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และขอให้มีการยกตัวอย่างประกอบ เพื่อขยายความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอย่างละเอียด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....
 ชื่อสมมติ.....
 วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....
 สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลทั้งสี่หน้า ท่าทาง)

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

.....

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ P3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1

ชื่อสมมุติ P3

วันที่สัมภาษณ์ 16 มีนาคม เวลา 16.30-17.10 น.

สถานที่ ห้องพักพยาบาลที่หอผู้ป่วย CCU

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยนั่งเก้าอี้ใกล้ๆกัน โดยที่ผู้ให้ข้อมูลหันหน้าเข้าหากันในลักษณะตั้งฉาก ภายในเงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนแต่อย่างใด มีแต่เสียงพัดลม ในขณะที่สัมภาษณ์มีเพียงผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลทั้งสีหน้า ท่าทาง)

สีหน้าผู้ให้ข้อมูลดูสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการบอกเล่าเรื่องราว ประสบการณ์เป็นอย่างดี

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

ผู้วิจัยยังมีทักษะในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกยังไม่ดีเท่าที่ควร ในการถามคำถามในบางข้อ เมื่อถามแล้วผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการถาม และยังไม่สามารถเจาะลึกข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ในบางครั้งการสัมภาษณ์ยังขาดตอน และยังไม่เข้าสู่ประเด็นยังไม่ค่อยต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคคือในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลยังอธิบายสิ่งที่ตนเองต้องการสื่อสารเกี่ยวกับการศึกษา นี้ยังไม่ลึกซึ้ง ทำให้ในบางครั้งต้องมีการถามคำถามในคำถามปลายปิด

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งต่อไปหลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ โดยพยายามฝึกซ้อมการถามคำถามให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจง่ายขึ้น มีการถามในประเด็นหรือประโยคที่ยังมีการอธิบายยังไม่ชัดเจน ตลอดจนการถามคำถามเพื่อยืนยันคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งก่อน

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉันนางสาวนุรดีนี่ แมร์เราะ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ คือท่านได้สะท้อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิด และทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีที่สุด ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือและมีความจำเป็นต้องบันทึกเสียงไว้ทุกครั้ง เพื่อความถูกต้อง ชัดเจน และลดความคาดเคลื่อนของข้อมูล หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกใจที่จะตอบ ท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบ ท่านสามารถเลือกสถานที่และเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถยุติการให้ข้อมูลในขั้นตอนใดๆของการวิจัยก็ได้ และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ภายหลังจากการสัมภาษณ์ดิฉันจะนำไปถอดเทปเพื่อเขียนเป็นบทสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวม ซึ่งบทสัมภาษณ์ บันทึกต่างๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้ชื่อสมมติทั้งสิ้น เทปบันทึกเสียง และบทสัมภาษณ์นี้ดิฉันจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะทำลายภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้น้อยมาก ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน หากขณะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาดังกล่าวติดต่อผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110 หรือหมายเลขโทรศัพท์ 085-6729466 โอกาสนี้ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวนุรดีนี่ แมร์เราะ
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พยาน

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 1

1 อัลสามูอาลัยกุม (ทักษาย) ก็วันนี้ตามที่นัดหมายกันไว้ว่าจะให้เล่าประสบการณ์ของพยาบาลในการ
 2 ดูแลแบบประคับประคองในไอซียู ก่อนอื่นก็ขอแนะนำตัวเองอีกครั้งหนึ่งนะ เตะ (น้อง) เป็นนักศึกษา
 3 ปริญญาโท ตอนนี้นำกำลังทำวิจัยเรื่องนี้ และกำลังเก็บข้อมูล งานวิจัยครั้งนี้ก็วัตถุประสงค์เพื่ออธิบาย
 4 ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในไอซียู ซึ่งก่อนให้ข้อมูลใดๆ ก็อยากแบ
 5 (พี่) เข้าใจว่าการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ทางเราจะไม่มีเปิดเผยว่าแบเป็นใคร เราจะใช้นามสมมติ และจะ
 6 นำเสนอในภาพรวม การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ซึ่งเราอาจต้องขอ
 7 อนุญาตสัมภาษณ์อีกครั้งหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งเป็นให้ได้ประเด็นที่ชัดเจน และลึกซึ้งยิ่งขึ้น (ผู้วิจัย
 8 ยื่นใบพิทักษ์สิทธิ์) นี่คือนโยบายสิทธิ์ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ละคะ งั้นเรามาเริ่มแลกเปลี่ยนกัน
 9 เลยนะคะ

10

11 **คะในฐานะที่แบเป็นพยาบาล เลยอยากทราบว่าการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของแบ**
 12 **คืออะไร**

13

14 การทำเราทำงานจุดนี้คือเราต้องเอาใจเค้ามามาใส่ใจเรา เป็นการดูแลเหมือนญาติพี่น้องเรา ครอบครัว
 15 เรา นอกจากนี้เป็นการให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นสิ่งสำคัญ เช่น เหมือนคนที่เค้าไม่อยู่ด้วยกัน พอรู้ข่าวอีกที
 16 พ่อแม่ป่วยหนักแล้ว เกิดอาการที่รับไม่ได้ ทำให้เราต้องดูแลทั้งญาติและคนไข้ จนกว่าที่ญาติจะท้มใจ
 17 รับได้

18

19 **นั่นแสดงว่าการดูแลแบบประคับประคองในความหมายของแบคือการใส่ใจ การดูแลผู้ป่วยและ**
 20 **ญาติ ตลอดจนการให้ข้อมูลแก่ญาติใช้ใหม่ ใหม่ๆ แล้วคิดว่า palliative care ในฐานะที่เราอยู่**
 21 **วอร์ดวิฤตมีความเหมือนหรือต่างจากวอร์ดทั่วไปไหม**

22

23 อย่างที่บอกวอร์ดมีข้อจำกัดคือการเยี่ยม ซึ่งจะต่างจากวอร์ดทั่วไปคือสามารถเยี่ยมได้ตลอดเวลา
 24 และในวอร์ดเราคือคนไข้อยู่กับเรา แต่ญาติอยู่ข้างนอก นั่นแสดงว่าเราต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเรื่อยๆ ว่า
 25 ตอนนีคนไข้เป็นยังไง ดีขึ้นหรือแย่ลง ทิศทางในการรักษาเป็นยังไงเพราะเค้าไม่ได้เข้ามาดูแลคนไข้ได้
 26 ตลอดเวลาเหมือนอยู่วอร์ดทั่วไป อีกอย่างเมื่อญาติได้เข้ามาเยี่ยมเราก็จะให้ญาติมีส่วนร่วม ช่วยทำ
 27 โน่นนี่ ให้เหมือนกับว่าเค้าได้ดูแลแม่ของเค้า คนรักของเค้า

28

29 **แล้วที่บอกว่าเราให้ข้อมูล**

30

31 เราให้ตั้งแต่ตอนไหน เราให้ตั้งแต่แรกกับคนไข้เลย ตั้งแต่ซักประวัติญาติเพื่อถามข้อมูลคนไข้ เช่น
 32 เหมือนคนไข้ระบบประสาทมาถึง แล้วไป CT มาแล้ว ผลมี hemorrhage เราก็แจ้งคร่ำๆ ว่าตอนนี้

33 ผลคือคนไข้มีเลือดออกในสมอง ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับคุณหมอคงจะแจ้งอีกครั้ง แล้วถ้าเกิดต้องมีการ
34 ผ่าตัด ญาติยอมไหม เป็นการ advise ญาติ ว่าสามารถตัดสินใจได้ไหม หรือต้องรอใครมาตัดสินใจ
35 ร่วมด้วย

36

37 **นั่นแสดงว่า ข้อแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคองในวอร์ดเราคือ การบอกข้อมูลแก่ญาติ**
38 **การให้ญาติมีส่วนร่วม ช่วยอธิบายหน่อยได้ไหมว่าการมีส่วนร่วมที่เราให้ญาติทำที่ผ่านมามี**
39 **อะไรบ้าง**

40

41 กฎที่วอร์ดเราคือการเข้าเยี่ยมทีละ 2 คน แต่ถ้าคนไข้หนักเราก็ไม่ได้ยึดกฎนั้น จะให้ญาติมาอ่านยาจีน
42 (บทสวด) 2-3 คนก็แล้วแต่ แล้วเราก็จะคอยอำนวยความสะดวก เช่น เอาเก้าอี้มาให้ได้นั่งข้างเตียง
43 คนไข้ อีกอย่างที่วอร์ดเราจะมีเครื่อง MP3 เราจะใช้ในกรณีที่ญาติกลับบ้าน ไม่มีคนเฝ้า แล้วเกิดคนไข้
44 score drop ลง เราก็จะให้ฟังยาจีนจากเครื่อง MP3 นี้ ในส่วนคนไทยพุทธ ก็จะมีบทสวด ของดร. สม
45 พร และมี SKT6 เราเคยใช้ในคนไข้ CA lung จากที่ว่า heart rate 140 คนไข้ heart rate ค่อยๆ
46 ลดลง คุณคนไข้สงบลง นี่เป็นการเสริมในด้านจิตใจคนไข้ บางครั้งในระยะสุดท้ายเราก็จะนิมนต์พระมา
47 สวด แต่ทั้งนี้เราจะถามญาติก่อนว่าต้องการไหม เพราะบางคนเค้าต้องการแบบอื่น แล้วที่เจอคือใน
48 คนไข้มุสลิม พยาบาลก็จะอ่านยาจีนเอง และกล่าวคำปฏิญาณ (มุจำบ) **ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม** มี
49 เคสไหนคนไข้อยู่นานมาก ตอนนั้นเวรตึกคนไข้อาการแย่ง ญาติกลับบ้าน แบบเลยตัดสินใจอ่านยาจีน
50 และสอนมุจำบให้คนไข้ คือเรารู้สึกว่ามันเป็นบทบาทที่เราต้องทำอัตโนมัติเมื่อเราเจอคนไข้แบบนี้ คือ
51 มันเป็นวาญิบ (สิ่งที่ต้องทำ)

52

53 **แล้วทำไมเราต้องทำ ไม่ได้ได้ไหม**

54

55 ด้วยความที่ที่เราถูกสอนมาแบบนั้นหรือป่าว คือการที่คนมุสลิมคนนั้นจะจากไปเค้าควรจะจากไปด้วย
56 การมุจำบเป็นประโยชน์สุดท้าย เพราะอวัยวะสุดท้ายที่สามารถรับรู้ได้คือหู

57

58 **ค่ะ แล้วอยากทราบว่าพอเราทำแล้วเราเองรู้สึกยังไงบ้างค่ะ**

59

60 **แบรู้สึกว่าการที่เราทำแล้วรู้สึกสบายใจ ถ้าไม่ทำรู้สึกไม่พิน รู้สึกค้างคาใจ**

61

62 **แล้วอยากทราบว่าคนไข้ละคนเราเริ่มให้การดูแลแบบประคับประคองเมื่อไหร่**

63

64 ก็เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลแก่ญาติตอนคนไข้เรามาอยู่ที่เรา นอกจากนั้นเราต้องดู clinical ของคนไข้ด้วย
65 เช่นคนไข้ที่มาด้วย sepsis แล้วเรารู้ว่าไม่ไหวแล้วมีการ on enotop ระยะเียงรายค์ เราก็จะ advise
66 ญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยที่การดูแลนั้นจะต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาของเรา ญาติ
67 ก็สมารถทำได้ทุกอย่างเลย

68

69 **ในฐานะที่เราเป็นพยาบาลไอซียู การดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญไหม**

70

71 ก่อนอื่นเลยต้องบอกก่อนว่าแบบศาสนา เคยเรียนศาสนา เลยรู้สึกว่าที่ตั้งใจที่ดี คิดดีในการมา
72 ดูแลคนไข้ เราทำแล้วเราได้บุญ ไม่ใช่แค่ทำตามแผนการรักษาให้ผ่านไปในแต่ละเวร มันจะทำให้เรา
73 ดูแลด้วยใจ

74

75 **แล้วการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมาเจอปัญหาอะไรบ้างไหม**

76

77 ส่วนใหญ่เจอปัญหาเกี่ยวญาติ คือภาวะกตัญญูเฉียบพลัน **คืออะไรคะ** เหมือนคนที่มีลูกแต่ลูกอยู่ไกล
78 ทำงานไกล แล้วพ่อแม่ป่วยหนัก ถึงจุดนั้นก็อยากทุ่มเต็มที่ เหมือนเค้าอยากตอบแทนในสิ่งที่เค้าไม่เคย
79 ทำ เกิดเหตุการณ์แบบนี้เราต้องรู้ก่อนว่าญาติอยู่ในระยะไหน เราจะไม่ต้านเขา แต่เราจะ support
80 เค้า คือไม่แรงมาแล้วเราแรงกลับ เพราะเรารู้ว่ามีถือภาวะที่เกิดกับเค้า เราแสดงความเข้าใจ เราเจอ
81 ญาติแบบนี้ อย่างแรกเลยคือเราต้องตั้งสติ ต้องรู้เขารู้เรา เราต้องรับฟังเค้า ให้เค้าได้ระบาย หากสิ่งที่
82 เราทำได้เราก็ทำให้ จะช่วยลดความเครียด

83

84 **คะ แล้วคิดว่าเราต้องการสิ่งสนับสนุนอะไรบ้างในการดูแลแบบประคับประคอง**

85

86 การมีเมตตาจิต นั้นแสดงว่าเราต้องมีจิตใจดี ส่วนหนึ่งที่ทำให้แบ้ให้การดูแลแบบนี้ได้ส่วนหนึ่งอาจเป็น
87 เพราะแบเคยมีประสบการณ์ดูแลพ่อแม่จนถึงวินาทีสุดท้าย ได้ดูแลเต็มที่

88

89 **แล้วเราต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์ใหม่ ในการดูแลแบบประคับประคอง**

90

91 ทีม เราต้องการทีม palliative care ในการดูแลคนไข้เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่มากกว่านี้

ชั้นที่ 2

บทสัมภาษณ์	คำสำคัญ	จัดกลุ่ม
“การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลตามอาการของคนไข้...ตอนนี้เราต้องทำยังไงก็ได้ให้เค้าทรมานให้น้อยที่สุด” P112L8-11	-ดูแลตามอาการ -ลดความทุกข์ทรมาน	-การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน
“การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ โดยให้คนไข้ไม่รู้สึกว่าตนเองป่วย รู้สึกว่าไม่ได้อยู่โรงพยาบาล ทำยังไงก็ได้ให้คนไข้รู้สึกดี หายจากอาการที่เป็นอยู่ให้เร็วที่สุด” P112L41-42	-ญาติมีส่วนร่วม	-การดูแลที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม

บทสัมภาษณ์	คำสำคัญ	จัดกลุ่ม
<p>“การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ใช่เป็นการดูแลคนไข้อย่างเดียว เป็น การดูแลญาติด้วย ส่วนมากผู้ป่วยเราจะ เน้นอยู่แล้ว แต่เราจะเน้นญาติด้วย” P112L51-52</p>	<p>-ดูแลผู้ป่วยและญาติ</p>	<p>-การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว</p>
<p>“เราจะเน้นในระยะสุดท้ายทำให้คนไข้ และญาติรู้สึกดี อุ่นใจ หดหู่ให้น้อยที่สุด” P112L35-36</p>	<p>-ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>	<p>-การดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย</p>
<p>“การให้กำลังใจ การให้การพยาบาล แบบนุ่มนวลไม่ใช่แค่การกระทำ หรือการ ทำหัตถการ แต่รวมทั้งคำพูดของ พยาบาลเวลาให้การพยาบาล หรือขณะ ให้การพยาบาล หรือว่าก่อน หลังการให้ การพยาบาล ก็จะมีการพูดคุยให้กำลังใจ น้ำเสียงทำให้คนไข้รู้สึกดี ไม่ได้รู้สึกที่เรา ตำหนิเค้า แต่เป็นการให้กำลังใจคนไข้ มากกว่า” P112L56-59</p>	<p>-คำพูดที่ให้กำลังใจผู้ป่วย ด้วยน้ำเสียงที่รู้สึกดี</p>	<p>-การให้กำลังใจผู้ป่วย</p>
<p>“เราจะมีโอกาสเปิดโอกาสให้ญาติทำพิธี ทางศาสนา เหมือนกับว่าเข้ามาทำพิธี ของเค้าตามความเชื่อของเค้า เช่น อ่านอัลกุรอาน เราจะเปิดโอกาสให้ญาติ เข้ามาทำได้เต็มที่” P111L40-41</p>	<p>-ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ</p>	<p>-การตอบสนองด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ</p>

ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕ / ๑๕๔๗

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถ.กาญจนวณิช ต.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวนุรติณี แม่เรีาะ รหัสนักศึกษา ๕๗๑๐๔๒๐๐๑๙ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์, เรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านเมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๙ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ มานะสุรการ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาวอุรา แสงเงิน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

