

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19

Nurses' Experiences of Caring for Terminally Ill Cancer Patients in Bangkok during the COVID-19 Pandemic

อารยา เจริญกุล¹ บัวหลัน หินแก้ว^{1*} แสงเดือน พรหมแก้วงาม² อัญชลี สุขขัง³ กัลยานี พบครุฑ⁴

Araya Jeranukul¹ Bualun Hinkaew^{1*} Saengduean Phromkaewngam²

Anchalee Sookkhung³ Kalayanee Pobkrut⁴

¹สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

¹Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา พะเยา ประเทศไทย 56000

²School of Nursing, University of Phayao, Phayao, Thailand 56000

³หน่วยพยาบาลแบบประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

³Palliative Care Unit, National Cancer Institute, Bangkok, Thailand 10400

⁴หน่วยบรรเทาทุกข์ โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10600

⁴Palliative Care Unit, Taksin Hospital, Bangkok, Thailand 10600

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้บริหารทางการพยาบาล 4 คน และพยาบาล 22 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัยดำเนินการตามเกณฑ์ของลินคอนและกูปา

ผลการวิจัย พบสาระหลัก 5 ประเด็น คือ 1) การแพร่ระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรง ต้องใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด และติดเชื้อแล้วอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว 2) การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด จากการสัมผัสและการสื่อสารลดลง ผู้ป่วยอยู่ลำพังจากไปอย่างโดดเดี่ยว และมีความยากลำบากและขัดแย้ง 3) ยึดมั่นในหลักการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ประเมินและตอบสนองความต้องการอย่างเต็มความสามารถ คงไว้ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณ และใช้ระบบขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 4) ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นท่ามกลางภาวะวิกฤต และ 5) เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้เยียวยาจิตใจและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในงานดูแลระยะท้าย ถอดบทเรียนร่วมกัน และนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ และควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลระยะท้ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: โควิด 19, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, ประสบการณ์ของพยาบาล, การดูแล

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to explore nurses' experiences of caring for terminally ill cancer patients in Bangkok during the COVID-19 pandemic. The informants consisted of four administrative nurses and 22 nurses. Data were collected using focus group interviews and individual in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis. Lincoln and Guba's criteria were used to ensure trustworthiness of the findings.

The study findings were identified as five main aspects. The first aspect was that the rapid and severe COVID-19 pandemic led to COVID-19 restrictions and acute worsening of symptoms. The second one was that limitations of terminal care resulted from decreased touching and communication, living and dying alone, and having difficulties and conflicts in terminal care. The third one was adhering to the principle of palliative care such as fully assessing and responding to patients' needs, maintaining spiritual care, and counselling system of specialist. The fourth one was establishing new services during the crisis of COVID-19 pandemic. The last aspect was that voice and feedback of related people suggested healing psychological health and improving capacity of nurses who taking care for terminally ill cancer patients, lesson learned, and using telehealth services.

Recommendations: Nurses should be improved their capacity for terminal care and supported their emotional and psychological health. Telehealth service system should also be used for optimum benefits of terminal care.

Keywords: COVID-19, Terminally Ill Cancer Patients, Nurses' experiences, Care

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ โควิด 19) ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศและเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2563¹ การระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ จากอัตราการตายที่สูงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยระยะท้าย โดยลดการเยี่ยม หรือจำกัดการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยใน² จัดการทรัพยากรมนุษย์และอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และเว้นระยะห่าง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์³ ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัวในช่วงระยะท้ายของชีวิต⁴

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงท้ายชีวิตนี้ ด้วยวิธีการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานตั้งแต่ต้นแบบของครอบครัวครอบคลุมการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตและหลังเสียชีวิต⁵ จุดเน้นของการดูแลแบบประคับประคองในช่วงวิกฤตนี้เพื่อการ

บรรเทาความทุกข์ทรมาน การตัดสินใจที่ยากลำบาก และการแก้ไขความทุกข์จากความโศกเศร้า⁶ สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองโดยประกาศให้คำแนะนำการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564 เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลจัดบริการแบบยุคปกติใหม่ (new normal) โดยใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการประชุมครอบครัวหรือสื่อสารผ่านระบบการสื่อสารออนไลน์⁷

ผู้ป่วยระยะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2 เท่า หากติดเชื้อแล้วมีความรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาระงับจากภาวะวิกฤตและต้องการเตียงในหอผู้ป่วยหนักซึ่งรองรับโดยสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก และเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลามจะเข้าสู่ระยะประคับประคองที่การดำเนินโรคมายังระยะท้าย อาจมีชีวิตรอด 6-12 เดือน⁷ ผู้ป่วยระยะจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 สูงสุดเมื่อเทียบกับทุกจังหวัด⁸ ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพ

ที่มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากที่สุด โดยพบมากในกลุ่มมะเร็ง
เนื้องอก เช่น มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด ตามลำดับ⁹ มะเร็ง
ทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรเขต
กรุงเทพมหานคร¹⁰ มะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น
ได้แก่ มะเร็งหลอดคอและปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี
มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรงและทวารหนัก
นอกจากนี้กรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงหนาแน่นกว่าเขตสุขภาพอื่น¹¹
จึงเป็นเขตสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19
ที่มีอาการรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พยาบาลมีบทบาท
สำคัญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้าย
ของชีวิต จึงมีประเด็นคำถามว่า พยาบาลในสถานพยาบาลระดับ
ตติยภูมิขั้นสูงเขตกรุงเทพมหานครมีประสบการณ์ในการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างไรในสถานการณ์การแพร่ระบาด
ของเชื้อโควิด 19 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษา
ระบบการดูแลระยะท้ายในประเทศไทยที่พบว่ายังต้องการ
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง
และเป็นกลุ่มโรคอย่างชัดเจน¹² แต่ยังคงขาดข้อมูลที่เฉพาะ
ในเขตกรุงเทพมหานคร และมีการศึกษาประสบการณ์ของ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19¹³ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
จากการระบาดของโรคโควิด 19¹⁴ อย่างไรก็ตามยังไม่พบ
การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ของพยาบาลในเขต
กรุงเทพมหานคร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ
พรรณนาเพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด
ของโควิด 19 ซึ่งเป็นการศึกษาข้อเท็จจริงตามธรรมชาติ
สร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งผ่านการให้ข้อมูลจาก
ผู้มีประสบการณ์ตรง โดยพรรณนาถึงประสบการณ์ของใคร
เกี่ยวกับเรื่องอะไร และที่ไหน¹⁵ เน้นการสร้างความสัมพันธ์
ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความเข้าใจความคิด
ประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูล
พื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากยุคปกติใหม่สู่ยุคชีวิตวิถีถัดไป
(next normal)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ท้ายของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครในช่วงการแพร่ระบาด
ของเชื้อโควิด 19

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ
แบบพรรณนา เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขต
กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลตากสิน
และศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวน 26 คน ประกอบด้วย
ผู้บริหารทางการแพทย์จำนวน 4 คน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล
2 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 2 คน และพยาบาล
จำนวน 22 คน ได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 17 คน
พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน 3 คน และพยาบาลศูนย์บริการ
สาธารณสุข 2 คน เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มพยาบาล คือ
1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 3 ปีขึ้นไป
2) ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมะเร็งหรือในชุมชน และ
3) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
การจริยธรรมการวิจัยทั้ง 3 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.1461/2022) สถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ (EC COA No.042/2021) และกรุงเทพมหานคร
(E020q/65) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเคารพความเป็น
บุคคล ดำเนินการวิจัยภายใต้การอนุญาตเก็บข้อมูล
เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลด้วยการประชาสัมพันธ์และประสานงานโดย
ผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยได้อย่าง
อิสระ และขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง
ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมของผู้ให้ข้อมูล การร่วม
วิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ระบุ
เหตุผล การรักษาความลับโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม
และมีค่าชดเชยการเสียเวลาในการให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยแต่ละ 2 คน สำหรับประสานงานผู้ให้ข้อมูล และนัดผู้ให้ข้อมูลพบผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) การสนทนากลุ่มผู้วิจัยจัดให้มีสนทนาสองกลุ่ม ๆ ละ 6 คน ผ่านการประชุมออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลาสนทนากลุ่มละ 90 นาที ระหว่างการสนทนาผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่และผ่อนคลาย ภายหลังจากการสนทนากลุ่มแล้วผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุม ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลา 45 - 60 นาที ก่อนทำการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทปด้วยเครื่องบันทึกเสียง

การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตระหนักถึงการปราศจากการแปลความหรือการนำความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมาทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (bracketing) และมีการจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในทีมผู้วิจัยหลังสัมภาษณ์ มีการขอสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เพื่อถามเพิ่มเติมจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2564 - สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก ทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์เชิงลึกและดำเนินการสนทนากลุ่ม และทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่มีความเห็นต่างจะขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดที่อยู่นิเวศพยาบาล

3) แนวทางในการสนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาล เป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ จากการมีโรคระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร

4) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารและพยาบาล ยกตัวอย่าง 1) การดูแลระยะท้ายช่วงโควิด 19 เป็นอย่างไร 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อส่งผลกระทบต่อระบบ

การดูแลระยะท้ายหรือไม่ อย่างไร 3) โรงพยาบาลมีแผนรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างไรเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการ

5) แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์

6) เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 2 เครื่อง เพื่อบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁶ ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาฟังอ่านข้อความที่ได้จากการจดบันทึกและการถอดข้อความที่ได้จากการบันทึกเทปที่ละเอียดประโยค (transcribed verbatim) จากนั้นทำการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงกำหนดรหัสและจัดลำดับหมวดหมู่ในสาระที่คล้ายคลึงกัน ทวนซ้ำเพื่อหาประเด็นในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปและเป็นการทบทวนความเพียงพอของข้อมูล เขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลด้วยการนำมาเรียงเรียง พรรณนา และนำบทสนทนา (quotations) มาประกอบการบรรยาย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของการศึกษาด้วยเกณฑ์ของลินคอนและกูปา¹⁷ โดยการตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือ (credibility) ของผลการศึกษาทั้งในประเด็นของความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability) โดยสรุปสาระภายหลังการสัมภาษณ์ทุกราย และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สรุปความได้ภายหลังการถอดเทปไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องในบางราย (member checking) ทีมผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลการวิเคราะห์ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบความตรงของข้อมูล (peer debriefing) จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน

รายงานการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ร้อยเรียงข้อความบทสนทนาประกอบการบรรยายระบุสัญลักษณ์ N (nurse) แทนพยาบาล สัญลักษณ์ AD (administrator) แทน ผู้บริหารทางการพยาบาล และกำหนดตัวเลขกำกับผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล

ผลการวิจัย

สาระของประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มี 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การแพร่ระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้นรวดเร็ว และรุนแรง

การแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นรวดเร็วและควบคุมได้ยาก การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 มาจากหลายทิศทาง ผู้ป่วยที่มารักษาเคมีบำบัดได้รับเชื้อจากโรงพยาบาล พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า “เค้ามารักษาเคมีบำบัด แต่เค้าได้โควิดกลับบ้าน ...” (N15) หรือญาติผู้ป่วยเป็นผู้นำเชื้อมาแพร่กระจาย “ที่ผ่านมา ที่ ward เจอสถานการณ์ญาติที่เฝ้าเป็นโควิด พอญาติเป็นแล้วผู้ป่วยก็ติด แล้วก็พากันติดทั้ง ward มีอยู่รอบหนึ่งเป็นสิบกว่าคนทั้งวอร์ด ... ปิด ward เป็น ward โควิดไปเลย” (N9) ส่งผลให้พยาบาลได้รับเชื้อจากที่ทำงาน “บุคลากรหลายคนก็เป็นโควิดจากการทำงานเหมือนกัน” (N15)

ใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวด การควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในช่วงแรกต้องใช้มาตรการเข้มงวด โดยการคัดแยกผู้ป่วย การแบ่งโซน การงดเยี่ยม และงดงานเยี่ยมบ้าน

การคัดแยกผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน “ถ้ากรณีพบติดเชื้อที่ฉุกเฉินอยู่แล้ว เราก็จะไม่ได้รับเข้า (หอผู้ป่วย) ตั้งแต่แรก” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ติดเชื้อจะย้ายไปที่ Cohort ward “...คนไข้ที่เป็นโควิดแล้วหมอคุยแบบ Palliative จะย้ายจากวอร์ดหรือจาก ICU เข้า Cohort ward” (AD1) หรือบางแห่งมีการแบ่งโซน “...ในช่วง...ที่...โควิดระบาดหนัก ๆ จะแบ่งเป็นสองโซน...โซนโควิดกับโซนคนไข้ไม่ได้เป็นโควิด ส่วนโซนที่คนไข้ไม่ได้เป็นโควิดจะมีญาติเฝ้าหนึ่งคน แต่ว่าจะไม่ให้ญาติ (คนอื่น) เยี่ยมเลย” (N9)

การงดเยี่ยมเกิดขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดหนัก “นโยบายของโรงพยาบาล คือ ห้ามเยี่ยม” (AD1) และปรับวิธีเยี่ยมโดยให้เยี่ยมผ่านกล้องวงจรปิด “ให้ญาติขึ้นมาคุยที่ Nurse's station....จะมีกล้องวงจรปิดแล้วให้ญาติดูว่าตอนนี้เป็นยังไง” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1) บางรายมีโอกาสดูสนทนาผ่านวิดีโอคอล “เราจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยผ่าน VDO conference ผ่านไลน์ ถ้าไม่มีโทรศัพท์ก็ใช้ของ ward” (N1) ญาติสอบถามอาการกับแพทย์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “...มีการแอตไลน์ ให้ญาติถามอาการกับหมอ.... คือเขา (หมอ) จะคุยกับญาติเป็นระยะ” (N10) และงดงานเยี่ยมบ้าน “งานเยี่ยมบ้านงดไว้ก่อนและใช้โทรศัพท์ติดตามและประสานกับ

แหล่งบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ” (AD3)

ติดเชื้อมแล้วอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าเมื่อติดเชื้อแล้วจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว “คนไข้ระยะท้ายที่เป็นมะเร็ง พอเจอโควิดมีอาการเขาจะทรุดเร็วมาก” (N10) ติดเชื้อที่ปอดแล้วเสียชีวิตเร็ว “คนไข้ palliative care...ยังระยะท้าย...ลงปอดทุกเคส ลักพักหนึ่งไม่กี่วันก็จะใส่ tube (Endotracheal tube) แล้วไม่กี่วันก็เสียชีวิต.” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเร็ว ยากที่จะทำให้ยอมรับได้ พยาบาลกล่าวว่า “บางทีอาการมีขึ้นมึล ประเมินช้า...เขาไม่ทันได้เตรียมตัวว่าเขาจะเป็นเคส palliative เลย.. บางทีมันเร็วเกินไปที่จะยอมรับได้ ณ ตอนนั้น” (N10)

ประเด็นที่ 2 การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด

การดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยมะเร็งมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี การบริหารจัดการเพื่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทำให้คุณภาพการดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด

การสัมผัสและการสื่อสารลดลง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต้องยึดหลัก “จำกัดเวลาให้การพยาบาล ลดการสัมผัส” พยาบาลกล่าวว่า “การดูแลคนไข้ระยะท้ายที่ใส่ท่อเรามีเวลาจำกัดในการเข้าไปทำหัตถการ แค่อารมณ์ทางกายก็หมดเวลาแล้ว” (N10)

การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง และใช้ทักษะ “soft skills” ลดลง

“... แนวทางในการเฝ้าระวัง คือการสัมผัสให้น้อยที่สุด และเราต้องใส่ชุด PPE เต็มยศเข้าไป contract ผู้ป่วย....soft skills ที่เราจะใช้...ไม่ได้เอาไปใช้...เพราะว่าเห็นหน้าไม่ได้ การสัมผัสน้อยลงมาก การเว้นระยะห่างยังคงอยู่” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1)

อยู่โดยลำพัง จากไปอย่างโดดเดี่ยว มาตรการการงดเยี่ยมทำให้ญาติไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด พยาบาลเล่าว่า “...คนไข้ประคับประคอง เวลาที่เขาอยู่ในระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เขาก็ต้องการญาติ support ในเวลาที่เขาวิกฤต...โควิด... ญาติเยี่ยมไม่ได้ ..มาเจอคนไข้ไม่ได้ทุกวัน.” (N9)

ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตโดยไม่มีญาติอยู่ข้างกาย “โควิดช่วงแรก คน (ติดเชื้อ) ที่อาการหนักแล้ว dead แน่ ๆ...คือ.. Lonely จริง ๆ....ไม่ได้คุย แม้แต่การสัมผัสก็ไม่ได้...ลากันผ่านกล้อง....แล้วญาติมายืนร้องไห้กันอยู่ข้างนอก...”

(การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งใน
กลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ “..บรรยากาศในช่วงนี้ไม่อบอุ่นเลยคะ
คือ..คนไข้โควิดกับคนไข้มะเร็งช่วงโควิด...ช่วง end of life ...
คือ lonely เหมือนกัน..” (การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2)

มีความยากลำบากและขัดแย้งในการดูแลระยะท้าย
พยาบาลมีหน้าที่ในการคัดกรอง เมื่อต้องประสานงานในการทำ
family conference จึงมีความยากลำบาก “จะทำ family
meeting ก็ต้องโทรหาญาติคนไข้เพื่อที่จะนัดมาคุยกับหมอ
...และก็จำกัดคน....และต้องมีการตรวจ ATK” (N17)

พยาบาลรู้สึกยากลำบากและขัดแย้งในใจกับการงด
เยี่ยม “ตอนนั้นเป็นความขัดแย้งในจิตใจตัวเอง กฎคือห้ามเยี่ยม
แต่คนไข้จะเสียชีวิต มันก็ต้องตัดสินใจและกลัวหาญาติจะให้
เยี่ยม” (N10)

การเปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายทำให้
มีความขัดแย้งกับญาติของผู้ป่วยรายอื่น “คนไข้ระยะสุดท้าย
ใกล้เสียชีวิต ให้ญาติเข้าเยี่ยม เดี๋ยวอื่นไม่เข้าใจ ทำไมเข้าเยี่ยม
ได้ล่ะ?” (N3) หรือเกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยรายอื่น “บางที
คนไข้คนอื่นไม่เข้าใจ..งดยืม....แล้วทำไมคนไข้ญาติมาได้...”
(N8)

ประเด็นที่ 3 ยึดมั่นในหลักการดูแลแบบประคับ ประคอง

ภายใต้ข้อจำกัดในการดูแลระยะท้ายในช่วงการแพร่
ระบาดของโควิด 19 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองคือ
หัวใจสำคัญที่พยาบาลนำมาใช้ในการดูแลระยะท้าย

ประเมินและตอบสนองความต้องการเติมกำลัง
ความสามารถ สอดถามความต้องการและช่วยเหลือให้มากที่สุด
เท่าที่จะทำได้ “เราก็จะพยายามคุยกับคนไข้ว่าอยากทำอะไรใน
ตอนสุดท้ายนี้ ก็พยายามทำให้ได้เต็มที่เท่าที่สามารถทำได้”
(N10)

ให้การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทั้งร่างกายและจิตสังคม
“อะไรที่พอช่วยบรรเทาอาการได้... ก็ทุกอย่างที่สามารถ
support...อยากคุยกับญาติคนไหนก็ช่วยเหลือทุกอย่าง” (N1)

หาโอกาสให้มีการกล่าวอำลาแม้เวลาเยี่ยมจะลดลง
และเสริมสร้างมุมมองให้ญาติ “ช่วงโควิด รายที่ palliative
หนูจะพยายามให้เขาได้พูดคุยสังเสียดกัน...และชวนญาติมองว่า
“ความโศกเศร้าที่พ่อแม่หรือคนในครอบครัวต้องจาก...เขายังมี
โอกาส มีเวลาได้สังเสียดมากกว่าผู้ป่วยโควิดในตอนนั้น” (N8)

คงไว้ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลตาม
ความเชื่อและศรัทธามีความสำคัญในช่วงวาระสุดท้ายของ

ชีวิต จึงต้องทำให้ผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอล “ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต
แล้ว นับถือศาสนาอิสลามญาติอยู่หน้าวัดเข้าไปไม่ได้ ก็โทร
ศัพทวิดีโอคอลคุยกับผู้นำศาสนาของเขา ทำพิธีผ่านทาง
วิดีโอคอล พยาบาลช่วยถือกล้อง” (N9)

จัดกิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของผู้ป่วยทดแทน
กิจกรรมบางอย่างที่ขาดหายไป “เดิมจะมีพระพุทธรูปมา
เชิญร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ มีการจัดดอกไม้ธูปเทียนกับ
ครอบครัวอย่างนี้.. แต่พวกนี้มันหายไป เราก็จัดกิจกรรมที่เป็น
สิ่งยึดเหนี่ยวอื่นแทน ทำสังฆทานกรวดน้ำแทน” (N2)

ใช้ระบบการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
ขอคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากหน่วยประคับประคอง
และได้รับคำแนะนำการดูแลด้านจิตใจ “มี consult palliative
ด้วยคะ..เราก็จะใส่ PPE ...เห็นแต่ลูกตา อาจารย์เขาแนะนำว่า
ให้เรารูปหน้าตัวเองที่กำลังยิ้ม ดิดหน้าอกเข้าไปหาคนไข้
คนไข้จะได้จำได้ว่าคนนี้ดูแลเราอยู่นะ...ทำให้เขารู้สึกดีขึ้น..”
(การสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1)

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้น ท่ามกลางภาวะวิกฤต

ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นเพื่อให้บริการ
สุขภาพดำเนินการได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาด เช่น
ใช้แอปพลิเคชันในการให้บริการในคลินิก “ให้คนไข้แอดไลน์
คลินิก คุยกับเราได้ทางไลน์ ว่าเป็นโควิดและให้คนอื่นมารักษา
แทน” (N14)

ปรับระบบการจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้นานขึ้นทำให้
ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง “ในช่วงระบาดหนัก
เราขออนุญาตจาก อย. ในการส่งยาเสพติดทางไปรษณีย์
ขออนุมัติเบิกยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยได้นาน 1 เดือน โดยประเมิน
ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง มีใบรับรองแพทย์และใบกำกับการจ่ายยา”
(N15) ร่วมกับใช้ระบบการแพทย์ทางไกล “ผู้ป่วยที่มีความปวด
จะใช้ระบบ Telemedicine ในการประเมินก่อนจ่ายยา” (AD3)

การใช้ระบบการประชุมทางไกลในการแจ้งข่าวผู้ป่วย
แก่ญาติ “กรณีแพทย์ต้องการแจ้งแผนการรักษาจะใช้ระบบ
VDO conference” (AD2) นำเทคโนโลยีมาใช้งานเยี่ยมบ้าน
ด้วยระบบ Tele-nursing “...เอา tele- nursing เข้ามาช่วย
เยี่ยมเคสที่ค่อนข้างจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม
อาการ” (N21) และนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ญาติในการ
ดูแลผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตที่บ้าน “คนไข้เสียชีวิตที่บ้านคะ..ใช้ระบบ
Tele-consult คุยกับญาติ.. คนไข้ air hunger นะ...เค้าจะไป
แล้วนะ..บอกญาติให้ใจเย็นๆ ส่งคนไข้ไปสวรรค์นะ..ดูแลพูดคุย

ด้วยจนหมดลม แล้วแนะนำให้แจ้งตำรวจ” (N22)

ประเด็นที่ 5 เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

เยียวยาจิตใจและพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 มีการมอบหมายให้พยาบาลกลุ่มหนึ่งที่ยินดีดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่อยู่ระยะท้าย การดูแลระยะท้ายอย่างต่อเนื่องทำให้พยาบาลมีภาวะเครียด “สิ่งที่มีปัญหาตามมามีคือ นื่องร้องไห้ ผันรำย..อยากไปดูแลคนไข้ที่มีหวังบ้าง คือ นื่องดูแลไม่ไหว อยากพัก ...เราต้องดูแล” (AD1)

งานดูแลระยะท้ายเป็นงานเฉพาะด้านที่ต้องผ่านการฝึกฝน มีการเตรียมบุคลากรและพัฒนาสมรรถนะให้เกิดความเชี่ยวชาญ “ต้องพูดคุยกับน้องพยาบาล ว่าใคร willing ที่จะมาดูแล....การที่จะดูแลคนไข้ระยะท้ายมันไม่ใช่ใครก็ได้ ต้องมีการกำหนด criteria ... ต้องมีการ train..เราต้องเตรียมคน..” (AD1)

ถอดบทเรียนร่วมกัน สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 บางหน่วยงานได้ร่วมกันถอดบทเรียนงานบริการเพื่อเป็นแนวทางในการตั้งรับสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคต “มีการถอดบทเรียน... ถ้าเกิดว่ามันมีวิกฤตเกิดขึ้นมาอีก ก็จะทำเอาแบบเดิม (ที่เคยทำมา) มาปรับใช้” (N22)

นำระบบให้บริการทางไกลมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลภายใต้ข้อจำกัดในการเดินทางและการป้องกันการติดเชื้อ “ใช้ telemedicine ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อประสิทธิภาพ และลดการติดเชื้อ...และใช้ VDO calling เพื่อที่จะเชื่อมต่อสื่อสารกับผู้ป่วยกับครอบครัวเนื่องจากข้อจำกัดการเดินทาง ถูกแยก และจำกัดคนเยี่ยมไข้” (AD4)

การอภิปรายผลการวิจัย

การแพร่ระบาดของโควิด19 เกิดขึ้นรวดเร็ว เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข¹ จึงเป็นสถานการณ์ที่ควบคุมได้ยากต้องใช้มาตรการควบคุมการแพร่กระจายอย่างเข้มงวด โดยงดการเยี่ยม หรือจำกัดการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยใน² การเว้นระยะห่าง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งบ่งชี้ถึงความรุนแรง อาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและหากติดเชื้อโควิด19 แล้วมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่และการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป⁷

การดูแลระยะท้ายมีข้อจำกัด เนื่องจากการสัมผัส

และการสื่อสารลดลง การแยกผู้ติดเชื้ออยู่ในห้องแยกหรือการงดเยี่ยมในช่วงระบาดหนักทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายต้องอยู่โดยลำพัง ทำให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เป็นเหตุการณ์ที่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแยกกันคนไข้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19 ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานจากบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และบางรายได้รับการสัมผัสหรือการพูดคุยน้อยมาก¹⁸

พยาบาลยึดหลักของการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อบรรเทาทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นความต้องการลำดับต้นของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยรับมือกับความเจ็บป่วยได้¹⁹ รวมถึงประเมินและตอบสนองความต้องการเติมกำลังความสามารถสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด19¹³ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกอย่างเท่าที่ทำได้ให้โอกาสผู้ป่วยได้รำลึกกับครอบครัว

ระบบบริการแบบใหม่เกิดขึ้นท่ามกลางภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารให้บริการทางสุขภาพ เช่น Telemedicine หรือ Tele-nursing ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ของงานบริการในยุคปกติใหม่⁷ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่จะใช้เพื่อการสื่อสารเป็นหลัก ควรพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ เช่น การติดตามสุขภาพทางไกลที่มีระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือการเฝ้าติดตามสุขภาพทางไกลที่สามารถส่งข้อมูลสุขภาพมาที่ทีมสุขภาพได้²⁰ เป็นต้น

เสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือสนับสนุนและเยียวยาทางด้านจิตใจของพยาบาลที่ดูแลระยะท้ายเนื่องจากต้องอยู่กับความทุกข์จากการสูญเสียอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีอาการเหนื่อยล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงมีความต้องการจัดการกับอารมณ์โดยการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน มีที่ปรึกษา²¹ และการถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับใช้กับสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ในอนาคตนั้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายระบบบริการของหน่วยบริการตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19²² ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดแนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยโควิด19 สำหรับสถานพยาบาล²³ ที่ครอบคลุมการแนวปฏิบัติตั้งแต่ที่บ้าน

ถึงสถานพยาบาลทุกระดับ และการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. งานดูแลแบบประคับประคองเป็นงานเฉพาะด้าน จึงควรมีการเตรียมบุคลากรและจัดระบบดูแลสนับสนุนทางอารมณ์และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. นำงานบริการสุขภาพในยุคปกติใหม่มาปรับใช้ในการดูแลระยะท้ายต่อไป เช่น Tele-nursing ระบบแพทย์ทางไกล และพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพในการใช้งานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3. กำหนดแนวปฏิบัติจากการถอดบทเรียนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเมื่อมีสถานการณ์โรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาบบบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลระยะท้ายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินกองทุนเฉลิมพระเกียรติ สภาวิชาชีพ และเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องสถานการณ์การดูแลระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

References

1. Department of disease control, Ministry of Public Health. Handbook of health workers in emergency response cases Coronavirus disease 2019 epidemic in Thailand. Department of disease control; 2020. (in Thai)
2. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. Canadian Medical Association Journal. 2020;14;192(15):E400-4. doi: 10.1503/cmaj.200465.
3. Tavares P, Rodrigues C, Neto IG. The impact of COVID-19 on palliative care: perspective of healthcare professionals. Cureus 2021;13(11): e19522. doi:10.7759/cureus.19522
4. Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve ST, et al. End of life care in the time of COVID-19: communication matters more than ever. Journal of Pain and Symptom Management. 2021; 6(2):213-22. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024
5. Pakongruk Palliative Care Center, Rajavithi Hospital. Guidelines for palliative care and end-stage; 2021. (in Thai)
6. Mokcharoenphong C. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving life (Episode 1). Thai Journal of Critical Care Medicine; 2020; 28(1):14-6. (in Thai)
7. Department of Medical Services. Medical announcement on compliance with supportive care for coronavirus disease 2019. Department of Medical Services; 2021. (in Thai)
8. Department of disease control, Ministry of Public Health. Report on the 2019 Coronavirus Disease Situation by the Emergency Operations Center, Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
9. National Cancer Institute. Hospital-based Cancer Registry 2021. Bangkok; Medical Record and Databased Cancer Unit, Medical Digital Division National Cancer Institute; 2022. (in Thai)
10. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. [Internet]. Public health statistics A.D.2021.

11. Health Systems Research Institute, and National Health Security Office [Internet]. Proposal of guideline regarding development of health system administration in special health area, Bangkok; 2023 (in Thai)
12. Srirattanaball J, Chatkaew P, Srirattanaball P, Ngamkiatpaisarn S, Manatwanich P, Rattananupong T, et al. Guidelines for developing hospice care in Thailand: care options for the quality of life of terminally ill patients. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2018. Research Center for Health Service System Development (TRC-HS), and Faculty of Medicine Chulalongkorn University and the Academic Service Center of Chulalongkorn University. (in Thai)
13. Yongchaiyoot P, Oumtanee A. Nurse's Experience of Caring for Patients with COVID-19. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(2): 162-70. (in Thai)
14. Chen SC, Lai YH, Tasty AL. Nursing perspective on the impacts of COVID-19. *Journal of Nursing Research*. 2020;28(3):1-5. doi:10.1097/NRJ.0000000000000389.
15. Lambert VA, Lambert CE. Qualitative descriptive research: an acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2012;16(4):255-6.
16. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4thed. Chichester. West Sussex; John Wiley & Sons. 2017.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA); SAGE; 1985.
18. Podgorica N, Rungg C, Bertin B, Perkhofer S, Zenzmaier C. End of life care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study on the perspectives of nurses and nurse assistant. *Nursing Open*. 2023;3881-91. doi:10.1002/nop.2.1646.
19. Diego-cordero RD, Lopez-Gomez L, Lucchetti G, Badanta, B. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*. 2022;64-77. doi:10.1016/j.outlook2021.06.017
20. Mangklakeree N, Mangklakeree T. Telehealth: Alternative self-management promotion in people with diabetes during COVID pandemic. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(2):1-9. (in Thai)
21. Dijkhoorn AFQ, Brom L, Linden YMD, Leget C, Raijmakers NJH. Healthcare professionals' work-related stress in palliative care: a cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62(3):e38-45. doi: 10.1016/j.jpainsymman.
22. Sarakshetrin A, Wongwiwat N, Chuenklin T, Sriyasak A, Kaeowichian N, Nimwatanakul S, et al. Policy synthesis for tertiary health services systems in the situation of Corona 2019 (COVID-19) pandemic in Bangkok metropolitan region. Phetchaburi: Moom Nueng Printing; 2022. Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. (in Thai)
23. Department of Medical Services, Ministry of Public Health [Internet]. Guidelines for organizing services to care for COVID-19 patients for healthcare facilities, 3rd revised edition 2023.