

ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย Family Caregivers' Perspectives and Support Needs in Caring for End-Stage Patients

สุวรรณี พรหมวิเศษ

Suwannee Promwisate

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Registered Nurse, Professional Level, Nursing Section, Vibhavadi Hospital, Suratthani Public Health

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author) ; Email: pitaw53@hotmail.co.th

(Received: November 19, 2019, Revised: December 12, 2019, Accepted: December 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉางและโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย

ผลการวิจัย พบว่าทัศนคติ ด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงตามลำดับ ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.48$, $\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$) ส่วนทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, $SD=1.81$) และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.23$, $SD=0.38$) ซึ่งความต้องการในระดับมาก ได้แก่ ต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$) รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$) ความต้องการในระดับเล็กน้อย คือ ต้องการให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่นการมีหิ้งพระหรือห้องละหมาด ($\bar{X}=1.50$, $SD=0.86$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ทัศนคติ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ABSTRACT

The aims of this descriptive research were to explore the level of family perspectives and support needs on caring for end-stage patient's family. The samples were to caretakers of end-stage patients who admitted to Vibhavadi, Chaiya, Tha Chang and Khiriratnikhom hospital between 29 October – 10 November 2019. 30 purposive samplings were selected from 4 hospitals.

Research findings found that the thoughts, beliefs, and spiritual need of patient's families were found to have a large impact and used as a way of living and they wished to do for the rest time of patient's life by wanting to die naturally was at a high level ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.48$) ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$). However, physical discomfort and emotional conditions were found at a moderate level ($\bar{X}=2.88$, $SD=1.81$). The needs of patient's families were found at the high level such as they needed to get information about diseases and the progression of their treatment in every day ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.18$). Follow by patients needed as living with family members all the time of end stage in order to their support and got better emotional status. ($\bar{X}=2.77$, $SD=0.43$). In terms of spiritual needs, Buddha practice and the places for doing their religion practice which related to their beliefs were indicated at the low level needs ($\bar{X}=1.50$, $SD=0.86$) This findings can be directed healthcare service networking to improve clinical practice guideline for end-stage patients. This guideline must be enclosed problems and support needs in caring for end-stage patients and their family. In order to take care end-stage patients appropriately.

Key words: perspectives, end-stage patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยหมดหวัง หรือผู้ป่วยใกล้ตาย นับว่าเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับความตาย และต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษที่ผู้ให้การดูแลต้องเรียนรู้และเข้าใจในบริบทที่หล่อหลอมผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลที่เป็นองค์รวม องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มุ่งเน้นให้มีคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illness) ไม่ว่าจะ เป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม¹ และจากสถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทย พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากสถิติสาธารณสุขและแผนข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 107.3 ต่อประชากรแสนคนและปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดสูงถึง 120.3² ต่อประชากรแสนคน จากแนวโน้มของการเสียชีวิตดังกล่าว แสดงถึงความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น³ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อนทั้งจากความรุนแรงของโรค และจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี⁴ ผู้ป่วยจึงมีความทุกข์ทรมานจากภาวะที่ไม่สามารถควบคุมอาการและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยนั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัวและทีมสุขภาพ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ คุมขวัญ⁵ ที่ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การที่จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมนั้น บุคลากรสุขภาพมี

บทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินการรับรู้ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนทีมเยี่ยมบ้านได้มีส่วนร่วมในการประเมินทรศนะหรือการรับรู้ของครอบครัว ทำให้มีความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น สามารถที่จะวางแผนให้การดูแลและช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

โรงพยาบาลวิภาวดี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ ให้บริการประชาชนในพื้นที่ อำเภอวิภาวดี และเขตรอยต่ออำเภอ คือ อ.ท่าฉาง อ.ไชยา และ อ.คีรีรัฐนิคม โดยประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็น ร้อยละ 99.31 จากข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลวิภาวดี ในปี 2556-2560 ข้อมูลสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะสุดท้ายคิดเป็น 88% ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁶ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยในเขตพื้นที่และเขตรอยต่อที่มารับบริการและนอนพักรักษาในระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลวิภาวดี จากการศึกษาทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบประเด็นปัญหาที่เป็นโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตาม Service plan สาขา Palliative care ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีมาตรการมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ให้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advanced care plan)

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้บรรลุเป้าหมายเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพและตามความต้องการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และจากการศึกษาของ ประพนอม

โฉมกาย และคณะ⁷ เรื่อง ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าเรื่องที่คุณป่วยและครอบครัวมีการยอมรับในระดับสูง คือการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เรื่อง ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี, ไชยา, ท่าฉางและศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย ในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่าง	รพ.ศิริรัฐนิคม	รพ.ท่าฉาง	รพ.ไชยา	รพ.วิภาวดี	รวม
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์	11	6	8	5	30

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มาารักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉาง และโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้านเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปฏิบัติการ การตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทฤษฎีความต้องการ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี และโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รอยต่อของอำเภอวิภาวดีได้แก่ โรงพยาบาลไชยา, ท่าฉางและศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนประชากรทั้งหมดใน 1 เดือน ของปีงบประมาณ 2562 เฉลี่ย 38 คนต่อเดือน ต่อ 4 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเฉพาะ มีจำนวนไม่เกิน 100 คน ตามเกณฑ์ของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย⁸ จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างมาทั้งหมด 100 เบอร์เซ็นต์ ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน แยกตามรายโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

2. เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นผู้ดูแลหลักเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์
4. เป็นผู้ดูแลที่สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

5. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนนในผู้ป่วยมะเร็ง และ ผู้ป่วยโรค ดับ หัวใจ สมอเสื่อม โรคปอด หรือโรคอื่นๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยรหัสโรค Z515 คือ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองหรือ Palliative care⁹

6. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีสติสัมปชัญญะไม่ดี
2. ผู้ดูแลที่การสื่อสารบกพร่อง
3. ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลน้อยกว่า 2 สัปดาห์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล วิกาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉางและโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในโรงพยาบาล วิกาวดี และอีก 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงแก่ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถึงขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เอกสารชี้แจงแนวทางในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 เปอร์เซนต์ของทุกโรงพยาบาล

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 โรงพยาบาล

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนโดยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของพิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ดังนี้

ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

ส่วนที่ 2) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ, กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยจากข้อมูลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าความปรารถนา 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.80 อยู่ในระดับไม่ปรารถนาเลย, ค่าเฉลี่ย 0.81 – 1.59 อยู่ในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.60 – 2.39 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 2.40 – 3.19 อยู่ในระดับสูง, ค่าเฉลี่ย 3.20 – 4.00 อยู่ในระดับสูงที่สุด

2. ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อกำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยจากข้อมูลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 ผู้ป่วยให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.59 อยู่ในระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19 อยู่ในระดับสูง, ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00 อยู่ในระดับสูงที่สุด

3. ทัศนคติด้านสภาวะทางอารมณ์ และความไม่สุขสบายทางร่างกายมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 0.01-2.5 มีอาการรุนแรงน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.51-5.0 มีอาการรุนแรงปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 5.01-7.50 มีอาการรุนแรงมาก, คะแนนเฉลี่ย 7.51-10.00 มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามความต้องการในการขอรับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความต้องการด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านจิตใจจำนวน 4 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ และ ตอนที่ 4 ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 1 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นมาตราส่วนประมาณค่าความต้องการ 4 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.75 อยู่ในระดับไม่ต้องการเลย, ค่าเฉลี่ย 0.76 – 1.50 อยู่ในระดับเล็กน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.26 อยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 2.27 – 3.00 อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาหาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อแนะนำดังกล่าว แล้วจึงนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 10 รายที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ รพ.สต. ตะกุกใต้ และ รพ.สต. ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ คือ ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติของครอบครัว = 0.77 และด้านความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย = 0.69

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPH02019-022

โดยการนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอข้อมูลที่ได้นิภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย โดยใช้การหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) แล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. การวิเคราะห์ระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และระดับความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา

ได้ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ดูแล

ทัศนคติด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าโดยรวม ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต อยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.41, SD=0.47) โดยความปรารถนาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ผู้ป่วยต้องการที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ อาจกระทำได้เพียงแต่บรรเทาอาการ หรือรักษาอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (\bar{X} = 3.67, SD=0.61) อยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมา คือ ต้องการจะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดและมีความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้านในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (\bar{X} = 3.43, SD=0.77) อยู่ในระดับสูงที่สุด และผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับน้ำและอาหารทางสายยาง หรือ อาหารทางการแพทย์ หากไม่สามารถเคี้ยวหรือกินได้ด้วยตัวเอง (\bar{X} = 3.10, SD=1.32) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เมื่อถึงเวลาวิกฤตของผู้ป่วย เช่น หายใจต้องใส่ท่อ ปั่นหัวใจ หรือ การให้ยากระตุ้นหัวใจ ผู้ป่วยต้องการให้ได้รับการดูแลเพื่อยื้อชีวิตจนถึงที่สุด (\bar{X} = 0.37, SD=0.67) อยู่ในระดับไม่ปรารถนาเลย

1.2 ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมีระดับทัศนคติด้านความคิด ความเชื่อ และระดับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.77, SD=0.48) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือผู้ป่วยยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต (\bar{X} = 4.07, SD=0.64) อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ครอบครัวมีความอบอุ่นใจ เพราะมี

สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ได้ (\bar{X} =3.97, SD=0.67) อยู่ในระดับสูง,ความเชื่อ ความศรัทธาของครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (\bar{X} =3.93, SD=0.78) อยู่ในระดับสูง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การที่โรคร้ายไข้เจ็บบรรเทา ลงได้ และช่วยคุ้มครองปกป้องรักษาผู้ป่วยในครั้งนี้ เนื่องจากมีสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรืออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (\bar{X} =3.23, SD=1.07) อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 ทรรศนะด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์

ทรรศนะด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้ง 2 ด้านดังกล่าวนี้ครอบคลุม มิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ

มิติด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าโดยรวม ทรรศนะด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.71, SD=2.24) เรียงลำดับได้ ดังนี้ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =7.28, SD=1.43) รองลงมา คือ อาการปวด (\bar{X} =6.64, SD=3.21) และมีอาการง่วงซึม/สละสลิมสละ (\bar{X} =2.40, SD=2.37) นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่นอาการสับสน (\bar{X} =2.49, SD=2.50)

ส่วนมิติด้านจิตใจวัดจากสภาวะทางอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รายงานถึงระดับความรุนแรงของอาการ

ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ดังนี้ ด้านสภาวะทางอารมณ์มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย (\bar{X} =2.04, SD=1.38) พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงน้อย (\bar{X} =2.27, SD=1.54)

2. ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม พบว่า ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.23, SD=0.38) โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 3 ลำดับแรก คือ ต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย (\bar{X} = 2.97, SD=0.18) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว(\bar{X} = 2.77, SD=0.43) อยู่ในระดับมาก, ต้องการให้ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ มีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ, ต้องการมีที่ปรึกษา ที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลาหากเกิดปัญหาที่ท่านไม่สามารถตัดสินใจ (\bar{X} =2.70, SD=0.47) อยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในระดับเล็กน้อยได้แก่การช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่น มีหิ้งพระ หรือห้องละหมาด เป็นต้น (\bar{X} =1.50, SD=0.86) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย			
1. ท่านต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย	2.97	0.18	มาก
2. ท่านต้องการความรู้ และฝึกเทคนิค วิธีการดูแลผู้ป่วย การจัดการอาการต่างๆ ที่มารบกวนผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต	2.47	0.57	มาก

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3. ท่านต้องการให้พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า พลิกตะแคงตัว และจัดท่านอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย	1.97	0.76	ปานกลาง
4. ท่านต้องการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ต้องใช้ดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงนอน เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เป็นต้น	2.07	0.83	ปานกลาง
5. ท่านต้องการได้รับการช่วยเหลือ หรือการอำนวยความสะดวกในการรับส่งผู้ป่วย จากบ้านมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักหรือหยุดหายใจที่บ้านหรือจากโรงพยาบาลกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงสุดท้าย	2.60	0.67	มาก
6. ท่านต้องการให้มีพยาบาลมาช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อท่านจะได้มีเวลาพักผ่อน	1.67	0.88	ปานกลาง
7. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ขณะที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน	2.37	0.81	มาก
ด้านจิตใจ (อารมณ์)			
8. ท่านต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว	2.77	0.43	มาก
9. ท่านต้องการมีที่ปรึกษา ที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลาหากเกิดปัญหาที่ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้	2.70	0.47	มาก
10. ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดที่พักสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การผ่อนคลายความตึงเครียด	1.63	0.85	ปานกลาง
11. ท่านต้องการกำลังใจ หรือความเห็นอกเห็นใจจากเพื่อนบ้าน	1.70	0.70	ปานกลาง
ด้านสังคม			
12. ท่านต้องการให้ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ มีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	2.70	0.47	มาก
13. ท่านต้องการให้ทางโรงพยาบาลมีการช่วยเหลือเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ เช่น สามารถยืมเตียง ยืมเครื่องดูดเสมหะ กลับไปดูดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย	2.17	0.83	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ			
14. ท่านต้องการให้ช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่น มีที่พึ่ง หรือห้องละหมาด เป็นต้น	1.50	0.86	เล็กน้อย
โดยรวม	2.23	0.38	ปานกลาง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลไชยา โรงพยาบาลท่าฉาง และโรงพยาบาลศิริราชธนนิคม

จำนวน 30 รายในช่วงเวลาระหว่าง 29 ตุลาคม 2562 – 10 พฤศจิกายน 2562 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงพบว่า ครอบครัวมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย และด้านความคิด ความเชื่อ และความเชื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$, ($\bar{X}=2.41$, $SD=0.47$)) ตามลำดับ

ส่วนทัศนคติด้านความไม่สุขสบายทางร่างกายและด้านสภาวะทางอารมณ์ อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (\bar{X} =2.88, SD=1.81) และระดับความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.23, SD = 0.38) โดยที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ผู้ดูแลต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันของผู้ป่วย (\bar{X} =2.97, SD=0.18) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (\bar{X} =2.77, SD=0.43) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในระดับเล็กน้อย คือ ต้องการให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อที่นับถือให้กับผู้ป่วย เช่น การมีหิ้งพระ หรือหิ้งละหมาด (\bar{X} =1.50, SD=0.86)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นไปในทิศทางชัดเจน ที่เป็นข้อมูลสนับสนุนให้ทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาวางแผนเพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ดังนั้นข้อมูลจากผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นต้นแบบ และขยายผลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพของ อำเภอวิภาวดี และโรงพยาบาลในพื้นที่รอยต่อ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องตามความต้องการของครอบครัว

ผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

1. ระดับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การแสดงทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ด้านความปรารถนาที่ต้องการทำในช่วงเวลา

ที่เหลืออยู่ของชีวิตของผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =2.41, SD=0.47) โดยเฉพาะผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ ซึ่งอาจกระทำได้เพียงแต่บรรเทาอาการ หรือรักษาอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (\bar{X} =3.67, SD=0.61) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีทัศนคติว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดตลอดจนมีความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้านในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (\bar{X} =3.43, SD=0.77) โดยยังคงได้รับน้ำ และอาหารทางสายยาง หรือ อาหารทางการแพทย์ หากไม่สามารถเคี้ยวหรือกินได้ด้วยตัวเอง สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาวะโรค การรักษาและการพยากรณ์ในระยะสุดท้ายของโรคทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติต่างมีประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมายาวนาน ภายใต้ความมีหวัง สิ้นหวังและการปรับตัวซึ่งตรงกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของวิลเลียม ซัลลิแวน¹¹ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวนี้ ผู้ดูแลได้ประเมินให้คุณค่าและให้ความสำคัญในส่วนของการตัดสินใจ ซึ่งเป็นความต้องการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายกับครอบครัวและบุคคลที่รัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ศึกษา เรื่อง ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า ความปรารถนาในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประสงค์ใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน สะท้อนให้เห็นว่า ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในมิติด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวให้มากที่สุด

ทัศนคติที่ครอบครัวไม่ปรารถนาเลย คือ เมื่อถึงภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ครอบครัวไม่ต้องการให้มีการช่วยเหลือในการยืดชีวิต หรือการยืดระยะเวลาการตาย (\bar{X} =0.37, SD=0.67) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจการปั๊มหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นหัวใจ อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่

ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่ต้องการการรักษาเพื่อยืดความตายออกไป เนื่องจากมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรคที่คุกคาม มีอาการรบกวนต่างๆ เช่นมีการติดเชื้อ เหนื่อยหอบ บวม อ่อนเพลีย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะยุติการรักษา ประกอบกับการรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการประคับประคองอาการเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรานี อ่อนศรี¹² ศึกษา เรื่อง บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา พบว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เราจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย การเตรียมตัวรับรู้ เตรียมที่จะเข้าใจความตายและไม่หวาดกลัว เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง กล้าเผชิญความจริงของชีวิตอย่างไม่ประมาท ไม่กลัว ไม่ทรมานทรมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ครอบครัวไม่ปรารถนาในการยืดชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น หยุดหายใจต้องใส่ท่อ ป้อนหัวใจ หรือการให้ยากระตุ้นหัวใจ จะเห็นว่า ครอบครัวไม่มีความหวาดกลัวต่อความตายของผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวนี้สนับสนุนได้อย่างชัดเจนว่า พยาบาลมีบทบาทที่ต้องให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่ครอบครัวคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ดังนั้นทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการบริหารจัดการ เป็นผู้ประสานงาน สนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวผู้ป่วย และทำหน้าที่ตามขอบเขต โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งต้องดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ไม่ขัดกับจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและตามความปรารถนาอย่างแท้จริง อีกทั้งทีมสุขภาพควรมีแนวทางที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความต้องการการช่วยเหลือในระดับมากที่สุด ในเรื่องต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวัน (\bar{X} = 2.97, SD=0.18) รองลงมา คือ ต้องการให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (\bar{X} = 2.77, SD=0.43) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี¹⁰ ที่ศึกษาเรื่อง ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พบว่าระดับความต้องการด้านการรับรู้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคในระดับมาก ดังนั้นทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ต้องมีการสื่อสารกับครอบครัว เรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับรู้สภาวะของโรคและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพแล้วก็ตาม แต่ทั้งนี้ยังคงมีความต้องการรับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อให้มีการสื่อสารกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในการรับทราบอาการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ทีมสุขภาพที่มีทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรกำหนดแนวทางในการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงโรคที่พบบ่อย ครอบครัวทั้งอาการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกวันและการจัดการอาการรบกวนเช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรวมถึงการสะท้อนข้อมูลกลับจากครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบายเครือข่ายบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรให้ความสำคัญกับการ

ประเมินความต้องการการดูแล และการตอบสนองต่อการดูแลที่ได้รับในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ระดับผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการติดตาม ประเมินผลความต้องการ การดูแล และการตอบสนองต่อการดูแลที่ได้รับ จากครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำสู่การพัฒนาให้ตรง ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ระดับทีมผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาล สู่ชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในครั้งต่อไป ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นที่เลี้ยง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. WHO definition of Palliative care. Switzerland[Internet]. c2002 [cited2019 April 28]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข.นนทบุรี. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. กรมการแพทย์.แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. จอน ณะจงพิงจาด. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ 2557; 30(1): 100-109.

5. เยาวลักษณ์ คุมขวัญ. การเตรียมความพร้อมของญาติ เพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2559; 11 (2): 125-138.
6. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลวิภาวดี. สถิติข้อมูลโรงพยาบาลวิภาวดี. สุราษฎร์ธานี; 2561.
7. ประพนอม โฉมกายและคณะ. ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2562] เข้าถึงได้จาก : <http://www.cbh.moph.go.th>.
8. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร. กรมการแพทย์; 2558.
10. พิมพ์พนิต ภาศรี. ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
11. William Sullivan. Ethical and Spiritual Issues at the End of life: The Relevance of Spiritual Care to Bioethics. Bioethics [Internet]. 1984 [Update, 2003; 3(2):cited 21 2019 May21]. Available from: <http://www.utoronto.ca/stmikes/bioethics>.
12. ปราณี อ่อนศรี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา.วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15:39-43.