

บทความวิจัย

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร*

Nurses' Communication Skills in Providing Care for Patients at the End of Life and Their Families in Bangkok

ศิวพร เจริญผล**

เยาวรัตน์ มัชฌิม***

บวรลักษณ์ ทองทวี***

Siwaporn Charoenpoln Yaowarat Matchim Borwamluck Thongthawee

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*A part of thesis, Master of Nursing Science Program (Adult and Older Adult Nursing),
Faculty of Nursing, Thammasat University**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120**Master student of Nursing Science Program (Adult and Older Adult Nursing),
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, 12120 Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

***Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, 12120 Thailand

Corresponding author, E-mail: yaowarat.m@gmail.com

Received: May 6, 2024; Revised: July 29, 2024; Accepted: July 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำนวน 165 ราย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินทักษะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .97 และตรวจสอบความเชื่อมั่นในพยาบาล จำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 93.29, SD = 21.79) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทักษะด้านการสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์ (Mean = 39.21, SD = 8.82) และทักษะ

ด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (Mean = 28.80, SD = 5.42) อยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะด้านการสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผน และตั้งเป้าหมาย การดูแล (Mean = 25.28, SD = 10.14) อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นข้อมูล พื้นฐานในการวางแผนเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ทักษะการสื่อสาร การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาล

Abstract

This descriptive research aimed to describe the nurse's communication skills in caring for terminally ill patients and their families. Participants consisted of 165 nurses who had experience of providing care for terminally ill patients and their families. Instruments used for collecting data included: 1) the demographic data form and 2) the Skill Assessment Form of Nurses in Communicating with Terminally Ill Patients and Their Families (SCT-Nurse). The SCT-Nurse was assessed for validity by five experts, yielded CVI of .97 and the SCT-nurse was evaluated for internal reliability among thirty nurses, yielding Cronbach's alpha coefficient of .96. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results of the study found that the overall nurses' communication skills for caring of terminally ill patients was at a moderate level (Mean = 93.29, SD = 21.79). When classified based on each component of communication skills, nurses' communication skills in families with interaction problems and communication skills of empathy were at a high level, whereas nurses' communication skills regarding end-of-life care and advance care planning was at a moderate level (Mean = 39.21, SD = 8.82; Mean = 28.80, SD = 5.42; Mean = 25.28, SD = 10.14, respectively). The results of this study can be used as information for developing nurses' communication skills to enhance care outcomes among patients at the end of life and their families.

Keywords: Communication skills, Palliative care, End-of-life care, Nurses

บทนำ

ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกายที่เป็นหลักในการดำเนินชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพ

ปกติได้ และจะเสียชีวิตในที่สุด¹ โดยในผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งจะมีการดำเนินของโรคต่อเนื่อง จนเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลง และมักเสียชีวิต ภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปี รวมถึงมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ² ผู้ป่วยจะมีเวลาชีวิตที่จำกัด ส่วนกรณีที่เป็นโรคอื่น ๆ

ที่ไม่เข้มแข็ง การเข้าสู่ระยะท้ายอาจไม่สามารถระบุระยะเวลาที่เหลืออยู่ให้แน่ชัดได้³ สำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งตามสัดส่วนกลุ่มโรคต่าง ๆ พบว่า เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.60 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.93⁴

การดูแลระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเป็นศาสตร์ที่กำหนดทิศทางการดูแลระยะท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลระยะท้ายเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บริการบนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าโรค การจัดการอาการให้มีความสุขสบาย เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย เคารพคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ใส่ใจในความปรารถนา และคุณค่าของชีวิต การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจนวันสุดท้ายของชีวิต ภายใต้การตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เป็นการให้การดูแลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความซับซ้อน และมีปัญหาที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทั้งการจัดการอาการ ลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมความสุขสบายทางด้านอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรทางสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ในลักษณะของทีมร่วมวิทยาการ (interdisciplinary team) โดยทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญของตนเอง ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลสามารถรับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมต่อไป⁵

การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง การที่พยาบาลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจในปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีความไวต่อความรู้สึก แสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง และเหมาะสม เป็นผู้รับฟังที่ดี รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามความเชื่อ และประเพณีอย่างเหมาะสม ตลอดจนการให้กำลังใจกับครอบครัวภายหลังเกิดการสูญเสีย⁶ โดยการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีสาระสำคัญครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแล และ 3) การสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์⁷

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะการสื่อสารจะเป็นสื่อกลางในการสะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลตามความหวังของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ วิธีการดำเนินโรค ความต้องการ และเป้าหมายในการดูแลร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัว และวางแผนสำหรับอนาคต เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่เป็นเหมือนคำตัดสินประหารชีวิต ให้เป็นการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย และยังส่งผลต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล หรือได้รับการสื่อสารที่ไม่มีความละเอียดอ่อนหรือเอื้ออาทรจากบุคลากรทางสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเกิดความตึงเครียด และทุกข์ทรมานด้านจิตใจ นำไปสู่ความปรารถนาที่จะเร่งรัดการเสียชีวิต และเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน⁵

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีโอกาสสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด หากพยาบาลมีการสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ย่อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวรับมือกับความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงรับมือกับภาวะเศร้าโศกและความสูญเสีย การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางด้านจิตใจ มุ่งเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะท้าย โดยทักษะการสื่อสาร คือ สิ่งที่ถูกที่สุดที่พยาบาลทุกคนสามารถทำได้ และมีมูลค่ามากที่สุดในเวลาเดียวกัน การสื่อสารที่ดีมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช้งานแผนการดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่ตนเองปรารถนา และสามารถทำได้ การสื่อสารจึงถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้เป็นการแสดงออกถึงคุณค่าและความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ประจักษ์⁸

ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระยะท้าย ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ในความเป็นจริงพยาบาลยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัว เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ รวมถึงขาดทักษะ และความสามารถในการสื่อสารกับครอบครัวที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก กังวลใจในปฏิกิริยาภาวะเศร้าโศกของผู้ป่วยหรือญาติ หลังจากรับทราบข่าวร้ายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ ในขณะเดียวกัน สิ่งที่เป็นปัญหาทางการสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ความรู้สึกอึดอัด และกังวลใจ เช่น ไม่รู้ว่าควรจะเริ่มต้นในการสื่อสาร

หรือการเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสมอย่างไร¹⁰ รู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจว่าจะเริ่มพูดเกี่ยวกับโรคหรือสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยดีหรือไม่ และเกรงว่าหากพูดกับผู้ป่วยไปแล้วอาจจะกระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือมีอาการทรุดลงมากกว่าเดิม¹¹ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์การดูแล และคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่รับดูแลผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่จำกัดเพิ่มมากขึ้น¹² ซึ่งสะท้อนว่า มีแนวโน้มของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้จำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถปรับตัว และเผชิญความเจ็บป่วย รวมถึงสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ถึงแม้ว่าปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครจะมีการจัดตั้งหน่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว อีกทั้งจากการสัมภาษณ์ข้อมูลจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ความไม่พึงพอใจจากผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การที่ครอบครัวเข้าใจว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย แพทย์ และพยาบาลจะไม่ให้การรักษาผู้ป่วยต่อ หรือการอธิบายการดำเนินของโรคที่ไม่ชัดเจน ครอบครัวไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายแล้ว และจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ครอบครัวและญาติจึงเข้าใจว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐานทำให้เกิดการฟ้องร้องขึ้น และส่งผลกระทบต่อครอบครัวภายหลังการสูญเสีย แสดงให้เห็นว่าทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ควรจะต้อง

มีทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่ดี เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพ การศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ใช้กรอบแนวคิดของ Banerjee และคณะ⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยทักษะการสื่อสารของพยาบาลในระดับพื้นฐาน ควรมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (communication of empathy with patients and families) 2) ด้านการสื่อสารเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแลในระยะท้าย (discussion of death, dying, and end-of-life goal of care) เป็นการสื่อสารที่มีความยืดหยุ่น และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพร้อมและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยข้อมูลดังกล่าวจะเป็นข้อมูลที่มีความชัดเจน และเป็นความจริงเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อโรครมีความก้าวหน้ามากขึ้น และ 3) ด้านการสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์ (navigating through difficult family interaction) คือ การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์ในประเด็นเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค

เป้าหมายของการดูแล และแผนการรักษา เพื่อช่วยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษาของทีมผู้ดูแลรักษาและครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อช่วยลดความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแลรักษาและครอบครัว ซึ่งพยาบาลเปรียบเหมือนสะพานที่จะช่วยเชื่อมโยงให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยระยะท้าย ครอบครัว และทีมผู้ดูแล รวมถึงการเป็นตัวแทนในการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อแสดงความต้องการต่าง ๆ หากพยาบาลมีทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างครอบคลุม จะนำมาสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวปรารถนา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม กึ่งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 9 โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่ได้แบ่งชั้นโรงพยาบาลในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาล มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (proportionate simple random sampling) เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์

วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทั้ง 9 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม กึ่งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยวิกฤตจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โรงพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมาแล้วอย่างน้อย 1 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20¹³ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ .80 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 153 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามอีกร้อยละ 10.00¹⁴ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 168 ราย

จากนั้น ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้วิจัยไม่ได้มีการแบ่งชั้นภูมิของโรงพยาบาล แต่เป็นการเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (proportionate simple random sampling) ทั้ง 9 โรงพยาบาล จนได้ครบ 168 ราย ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งสิ้น 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.21 ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชุติณธโร อุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลลาดกระบัง (โรงพยาบาลนคราภิบาล) โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหลังจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี แผนกที่ปฏิบัติงาน การมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การมีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัว ประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัว และประสบการณ์ในการมีบทบาทประชุมครอบครัว

2. แบบประเมินทักษะของพยาบาล

ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของ Banerjee และคณะ⁷ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ ที่ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแล จำนวน 11 ข้อ และ 3) ด้านการสื่อสารในครอบครัวที่มีปัญหาด้านการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง รับรู้ว่าจะไม่สามารถในทักษะดังกล่าวเลย จนถึงคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง รับรู้ว่ามีสามารถในการทักษะดังกล่าวมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับตามอันตรายภาคขึ้น คือ

ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยพยาบาลที่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 46.66 คะแนน พยาบาลที่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 46.67 - 93.33 คะแนน และพยาบาลที่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอยู่ในระดับสูง จะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงคะแนนระหว่าง 93.34 - 140.00 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินทักษะของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว รวมถึงเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .97 และตรวจสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เลขที่ 080/2563 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ U027h/64 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 180/63 และได้รับการอนุญาตจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ก่อนเข้าเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายหัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครวิจัย รวมถึงชี้แจงให้ทราบว่าอาสาสมัครวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และมีสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่องานหรือความสัมพันธ์ในที่ทำงาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มโดยสมัครใจ และหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับโรงพยาบาล ทั้ง 9 โรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบ และแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย รวมถึงขอความร่วมมือในการศึกษา โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสสอบถามข้อสงสัย และเมื่อได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง และสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จะมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีกระบวนการเช่นเดียวกับที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ทั้งวิธีการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ จากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.18 มีอายุเฉลี่ย 32.62 ปี (SD = 8.38) ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 69.09 โดยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยที่ 9.77 ปี (SD = 8.19) และสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.50 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 72.12 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต ถึงร้อยละ 55.15 แต่ส่วนมากรับรู้ว่ามีหน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 86.67 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 50.91 ซึ่งผ่านการอบรมการจัดการความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.18 รองลงมา คือ การอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการตายอย่างสงบ

คิดเป็นร้อยละ 21.21 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 18.79 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คิดเป็นร้อยละ 14.55 และมีเพียงร้อยละ 9.70 ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้ายตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมครอบครัว ร้อยละ 37.58 และมีเพียงร้อยละ 27.88 ที่เคยมีบทบาทในการประชุมครอบครัว

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 93.29, SD = 21.79) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์ (Mean = 39.21, SD = 8.82) และทักษะด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจ และเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (Mean = 28.80, SD = 5.42) อยู่ในระดับสูง และทักษะด้านการสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผน และตั้งเป้าหมายการดูแล (Mean = 25.28, SD = 10.14) อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 1 และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 ลำดับแรกในแต่ละด้านของทักษะการสื่อสารของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด - สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำแนกรายด้าน (n = 165)

ทักษะการสื่อสาร	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	Mean	SD	ระดับ
ด้านที่ 1 การสื่อสารด้วยความเห็นใจ และเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว	0 - 40	14 - 40	28.80	5.42	สูง

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด - สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จำแนกรายด้าน (n = 165) (ต่อ)

ทักษะการสื่อสาร	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	Mean	SD	ระดับ
ด้านที่ 2 การสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแล	0 - 44	0 - 44	25.28	10.14	ปานกลาง
ด้านที่ 3 การสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์	0 - 56	11 - 56	39.21	8.82	สูง
ภาพรวม	0 - 140	32 - 140	93.29	21.79	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด - สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำแนกรายข้อ (n = 165)

ทักษะการสื่อสารรายด้าน	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว					
1.1 การใช้คำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจ ขณะที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว	0 - 4	0 - 4	2.55	.95	ปานกลาง
1.2 การประมวลข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติ (a whole person)	0 - 4	0 - 4	2.65	.87	ปานกลาง
1.3 การทำความรู้จักเกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วย ในประเด็นหรือเรื่องของ ความหวัง ความฝัน และสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วย	0 - 4	0 - 4	2.68	.80	สูง
2. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะท้ายเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแล					
2.1 การเป็นผู้ดำเนินการในการทำ family meeting	0 - 4	0 - 4	1.38	1.17	ปานกลาง
2.2 การเป็นผู้ร่วมในทีมในการทำ family meeting	0 - 4	0 - 4	1.85	1.24	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าต่ำสุด - สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวจำแนกรายข้อ (n = 165) (ต่อ)

ทักษะการสื่อสารรายด้าน	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	Mean	SD	ระดับ
2.3 การให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดข้อสงสัยจากการทำ family meeting	0 - 4	0 - 4	2.02	1.24	ปานกลาง
3. ด้านการสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์					
3.1 การยุติการสนทนา และกลับมาร่วมกันวางแผนอีกครั้งในภายหลัง เมื่อการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการขัดแย้งและไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ในขณะนั้นได้	0 - 4	0 - 4	2.55	.93	ปานกลาง
3.2 การสะท้อนสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาหรือจุดอ่อนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องร่วมกันแก้ไข	0 - 4	1 - 4	2.65	.79	ปานกลาง
3.3 การสอบถามความต้องการที่เป็นความหวังและความฝันของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินสิ่งที่จะสามารถช่วยให้ความต้องการนั้นเป็นจริงได้	0 - 4	0 - 4	2.71	.88	สูง

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 93.29, SD = 21.79) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.77 ปี ถือว่าเป็นระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับผู้ชำนาญ คือ มีประสบการณ์ระหว่าง 5 - 7 ปี เข้าใจแต่ละสถานการณ์ได้ดีซึ่ง วินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว มีประสบการณ์กว้างขวาง ไวต่อปัญหา รู้วิธีแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสม¹⁵ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.91 มีประสบการณ์ในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเกี่ยวกับการจัดการ

อาการ การส่งเสริมการตายดี การดูแลด้านจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และอบรมด้านการสื่อสารโดยตรง การได้รับความรู้จากการอบรมดังกล่าวอาจช่วยให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อนำมาสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น¹⁶ และเมื่อพิจารณาระดับการศึกษา จะพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งในการทำงานของพยาบาลการสื่อสารถือเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ นั่นคือ สมรรถนะด้านที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา ประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจ หลักแนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต มีทักษะการสื่อสารเพื่อรักษา

การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อรับทราบความจริง และข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงาน และร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการประชุม ครอบครัว รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมวางแผนการรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะ เปลี่ยนผ่าน ระยะท้าย และต่อเนื่องไปจนกระทั่ง ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁸ พยาบาลจึงอาจจะ สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารดังกล่าวในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ของทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและ ครอบครัว จะพบว่า มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละ บุคคล จึงเป็นไปได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมี ระยะเวลาปฏิบัติงานที่ค่อนข้างนาน มีการสั่งสม ประสบการณ์ในการสื่อสาร และผ่านการอบรมในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก็อาจจะมีทักษะการสื่อสารกับ ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะด้านการสื่อสาร โดยพื้นฐานของพยาบาลในประเทศอิหร่าน ที่พบว่า พยาบาลยังมีสมรรถนะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับ ปานกลาง¹⁷ ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ มีความ เฉพาะเจาะจงด้านการสื่อสารพยาบาล จึงอาจ จำเป็นต้องมีทักษะด้านการสื่อสารที่มีความละเอียดอ่อน และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว มากยิ่งขึ้น

ด้านการสื่อสารด้วยความเห็นใจและเข้าใจ ในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean = 28.80, SD = 5.42) อาจอธิบายได้ว่าการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจเป็นสิ่งที่พยาบาล ทำอยู่เป็นประจำ หากพิจารณาข้อคำถาม จะพบว่าเป็นการเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การรวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว และการส่งต่อข้อมูล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิด และเป็นสิ่งที่ พยาบาลทำเป็นประจำ จึงทำให้พยาบาลมีทักษะ ด้านนี้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

ราตรี นิมนดลอง⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะและ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่พบว่า ทักษะการสื่อสาร คือ สิ่งที่ถูกที่สุดที่พยาบาล ทุกคนสามารถทำได้และมีมูลค่ามากที่สุดในเวลา เดียวกัน

ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับประเด็นการดูแลใน ระยะท้ายเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.28, SD = 10.14) ข้อคำถามส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการประชุมครอบครัว (family meeting) อาจอธิบายได้ว่า จากประสบการณ์ ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม family meeting ทั้งการ เข้าร่วมสังเกตการณ์และการมีบทบาทที่มึนน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.58 และ 27.88 ตามลำดับ ทำให้ พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการพูดคุยเพื่อช่วย ในการวางแผนและตั้งเป้าหมาย และจากประสบการณ์ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสาร เพื่อนำมาซึ่งเป้าหมายการดูแล และความต้องการ ของผู้ป่วย ยังพบว่า พยาบาลที่เคยเข้ารับการอบรม มีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.55 อีกทั้งพยาบาล ยังมองว่าเป็นบทบาทของแพทย์ การเริ่มพูดคุย เป็นสิ่งที่ยาก การพูดคุยเรื่องดังกล่าวเป็นประเด็นที่ ละเอียดอ่อน (sensitive) การขาดความรู้ และทักษะ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกกลัวต่อความขัดแย้งกับ ครอบครัวและประเด็นทางกฎหมาย รวมถึงการขาด แนวทางการปฏิบัติ¹⁷ จึงทำให้พยาบาลไม่กล้าที่จะ แสดงทักษะดังกล่าวออกมา ทำให้ทักษะด้านนี้อยู่ใน ระดับปานกลาง

ด้านการสื่อสารกับครอบครัวที่มีปัญหา ด้าน สัมพันธภาพหรือการมีปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับสูง (Mean = 39.21, SD = 8.82) เป็นไปได้ว่า พยาบาล ส่วนใหญ่เปรียบเสมือนคนกลางในการจัดการปัญหา และช่วยเหลือไกล่เกลี่ย รวมถึงการให้คำปรึกษาภายหลัง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อสงสัยหรือปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งคอยประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์เฉลี่ยอยู่ที่ 9 ปี จึงอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถประยุกต์ใช้

ทักษะดังกล่าวในการสื่อสารในประเด็นที่มีปัญหาหรือมีความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของราตรี ฉิมฉลอง^๑ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่พบว่าการสื่อสารที่ดี มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช้งานแผนการดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวแก่พยาบาล โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารเพื่อวางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแลในระยะท้าย

2. พยาบาลหรือผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาตนเองหรือหน่วยงานเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวหรือออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวของพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018.
2. Utthiya P, Amnatsatsue K, Kedmongkol P, Chansriwong P. Effects of case management program for older adults with end stage cancer in the community. Journal of Public Health 2018;48(3):371-84. (in Thai)
3. Matchim Y. Palliative care: application of knowledge to practice. 2nd ed. Pathum Thani: Thammasat University; 2022. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2019 [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 25]. Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf> (in Thai)
5. Nilmanat K. The end of life care. Songkhla: Chann-Maung Publisher; 2013. (in Thai)
6. Pairojkul S. The importance of developing palliative care systems. In: Nagaviroj K, editor. Handbook for end-of-life care patients and their families. Bangkok: Beyond enterprise; 2016. p. 3-13. (in Thai)
7. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Penn S, Gallegos TE, Zaider T, et al. The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses. Translational Behavioral Medicine 2017;7(3):615-23. doi: 10.1007/s13142-017-0473-5.

8. Chimchalong R. Nurses' communication techniques for handling with patients in palliative care. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021;4(1):1-16. (in Thai)
9. Kongsuwan W, Nilmanat K, Matchim Y. Barriers in caring for critically ill and dying patients in emergency rooms: nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2014;34(3):97-108. (in Thai)
10. Benkel I, Wijk H, Molander U. Challenging conversations with terminally ill patients and their loved ones: strategies to improve giving information in palliative care. *SAGE Open Medicine* 2014;22(2):1-6. doi: 10.1177/2050312114532456.
11. Nagaviroj K. Handbook for end-of-life care patients and their families. Bangkok: Beyond enterprise; 2016. (in Thai)
12. ThaiHealth Promotion Foundation. "Palliative care" focuses on reaching the community and home. Public health create a good quality of life for the people [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 25]. Available from: [https://www.thaihealth.or.th/palliative-care-การดูแลสุขภาพผู้ป่วย/](https://www.thaihealth.or.th/palliative-care-การดูแลสุขภาพผู้ป่วย/ (in Thai)) (in Thai)
13. Gignac GE, Szodorai ET. Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences* 2016;102(1):74-8. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.069.
14. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
15. Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984. doi: 10.1002/nur.4770080119.
16. Mehralian G, Yusefi AR, Dastyar N, Bordbar S. Communication competence, self-efficacy, and spiritual intelligence: evidence from nurses. *BMC Nursing* 2023;22:99. doi: 10.1186/s12912-023-01262-4.
17. Martina D, Lin CP, Kristanti MS, Bramer WM, Mori M, Korfage IJ, et al. Advance care planning in Asia: a systematic narrative review of healthcare professionals' knowledge, attitude, and experience. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021;22(2):349.e1-349.e28. doi: 10.1016/j.jamda.2020.12.018.