

การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว*

Evaluation of End of life Care in Critically ill Patients: Family member's Perspective

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2556

Volume 36 No.4 (October-December) 2013

เพ็ญกสิกร มาพงษ์ พย.ม.** บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.***

Phenpatsorn Mapong MSN.** Bumpenchit Sangchart DNS.***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว ประชากรคือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต ในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในระยะเวลาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2553-เมษายน พ.ศ. 2556 จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามการประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกครอบครัวประเมินว่าระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.37$) ส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายยังต้องการการปรับปรุงเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการดูแลร่างกายโดยพยาบาลสิ่งแวดล้อม และการคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งสมาชิกครอบครัวประเมินว่าเป็นการดูแลในระดับมาก

คำสำคัญ: แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยไอซียู การดูแลด้านร่างกาย

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate end of life care of critically ill patients from family member's perspective, who had died in intensive care unit (ICU), Amnatcharone Hospital, with in May 2010-April 2013. The populations were 68. End of life care was assessed using Care Evaluation Scale. Data was analyzed using descriptive statistics. Result: The family members evaluated the quality of the health care's end-of-life care as average ($\bar{X}=4.37$), almost all aspects of end of life care of critically ill patients still need to improvement, exempt for cost, environment and physical care by nurse, they evaluated that high level of care.

keywords: care evaluation scale, critically ill patients, intensive care unit, physical care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความตายมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกคนที่ดำเนินชีวิตตามปกติและคนที่ป่วย โดยเฉพาะในฐานคิดของการแพทย์สมัยใหม่ ที่ให้ความสำคัญของความตายว่าเป็น “การสิ้นสุดการทำงานของร่างกาย”¹ หรือเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิต² คนทั่วไปจึงรู้สึกกลัวความตาย เพราะ

มองความตายเป็นความสูญเสีย ความพลัดพรากและความเจ็บปวดทรมาน^{1,3}จึงดิ้นรนเพื่อหาวิธีหนีความตายไปให้ได้ นำมาซึ่งการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีต่างๆมายับยั้งและเอาชนะความตายอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณจากการพยายามยืดชีวิต^{1,2}

*วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มข.

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตหรือไอซียู เป็นหอผู้ป่วยที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ อย่างไรก็ตามมักพบว่ามี การตายเกิดขึ้นบ่อยในไอซียูผู้ป่วยที่เสียชีวิตเหล่านี้ ล้วนได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยวิธีการคุกคาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าเส้นเลือดเพื่อใส่สายสวนต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมาน รู้สึกกลัวความเจ็บปวด คิดถึงความตาย กลัวไร้ศักดิ์ศรี กลัวการพลัดพรากจากการทำงานหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ที่สำคัญคือกลัวการตายอย่างโดดเดี่ยว⁶ สำหรับสมาชิกครอบครัวนั้นต้องเผชิญกับภาวะเครียดเป็นอย่างมาก เมื่อรู้ว่ากำลังจะสูญเสียญาติของตน และมักให้ความสำคัญกับการเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังต้องการคำอธิบายข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ⁷ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพจึงใช้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ได้แก่ การประเมินและการจัดการอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ การยุติหรือถอนการรักษาที่ยืดชีวิต การสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และการดูแลสมาชิกครอบครัว^{8,9,10,11} เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดีมากที่สุด และญาติสามารถผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกได้ อย่างไรก็ตามการตายดีในไอซียูมักเป็นการตายดีได้ยาก เพราะมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายมากกว่าจนละเลยการดูแลมิติความเป็นมนุษย์ของคนไข้ เห็นได้จากผู้ป่วยมักเสียชีวิตหลังตัดสินใจยุติหรือถอนการรักษาที่ยืดชีวิต จึงเป็นการตายที่ผ่านกระบวนการยึดลมหายใจ ไม่มีแม้โอกาสกล่าวคำอำลาหรือสั่งเสีย¹² และยังพบอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูทั้งด้านแพทย์ที่มักใช้คำว่า “รอและดูไปก่อน”¹³ ในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยแก่ญาติ ด้านพยาบาลไม่มีความรู้ ทักษะและเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ส่วนญาติมักจะคาดหวังผลการรักษาของผู้ป่วยเกินความเป็นจริง ตลอดจนระบบการทำงานที่ขาดความเชื่อมโยงระหว่างแพทย์และพยาบาลทำให้การบรรเทาอาการปวดไม่มี

ประสิทธิภาพ¹⁴ การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจึงเป็นเรื่องสำคัญ

ทั้งนี้จากลักษณะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ ดังนั้นการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจากมุมมองของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจะทำให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการได้ครอบคลุม ตลอดจนเป็นการช่วยลดอคติในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลอีกทางหนึ่ง อย่างไรก็ตามไม่สามารถประเมินการรับรู้การดูแลได้โดยตรงจากผู้ป่วยเพราะภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวจึงเป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยในการประเมินการดูแลในระยะสุดท้าย ซึ่ง“ครอบครัว” ถือเป็นหน่วยที่มีความสำคัญในการดูแลและเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก¹⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว เพื่อเป็นการฉายภาพสะท้อนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลตามมุมมองของสมาชิกครอบครัวให้ทีมสุขภาพได้เข้าใจ และนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีการเสียชีวิตอย่างสงบ ทำให้สมาชิกครอบครัวพึงพอใจและยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย^{8,9,10,11} ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินและการจัดการอาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยแพทย์ และการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยพยาบาล 2) การยุติ

หรืองดเว้นการรักษาที่ยืดชีวิต 3) การสื่อสารกับผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว 4) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ และ 5) การดูแลสมาชิกครอบครัว เพื่อใช้ในการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจเป็นบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ไม่น้อยกว่า 3 วันในสัปดาห์สุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตและ/หรือเป็นผู้ที่อยู่ด้วยในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในระยะเวลาระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ครอบครัวละ 1 คน

ทั้งนี้ประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 68 คน ซึ่งเป็นจำนวนน้อยมาก ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาจากประชากรทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Care Evaluation Scale; CES) ของ Morita et al. (2004)¹⁶ ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back translation)¹⁷ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยลดข้อคำถามลงจาก 28 ข้อ เหลือ 26 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป

การประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CES) สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง โดย Morita et al. (2004)¹⁶ ซึ่งการประเมินมีจำนวน 10

องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลด้านร่างกายโดยแพทย์ 2) การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล 3) การดูแลด้านจิตใจ 4) การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วย 5) การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับครอบครัว 6) สิ่งแวดล้อม 7) การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย 8) การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา 9) การบริการต่าง ๆ และ 10) การประสานงานและความสม่ำเสมอ แบบสอบถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ การให้คะแนนแต่ละระดับคือ จำเป็นมาก = 1 คะแนน จนถึงไม่จำเป็นเลย = 6 คะแนน

การแปลผลระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวม เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบ แต่ Morita et al. (2004)¹⁶ ไม่ได้ระบุเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยไว้ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะคำตอบ ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของชูศรี วงศ์รัตน์¹⁸ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ช่วง คือ 1.00-1.49 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับน้อย 2.50-3.49 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับพอใช้ 3.50-4.49 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง 4.50-5.49 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับมาก และ 5.50-6.00 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในระดับมากที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านวิธีการแปลแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการแปลอย่างเป็นอิสระจากกัน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ท่านที่หนึ่งแปลแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CES) จากภาษาต้นฉบับคือภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้องตรงกันโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจนได้ข้อสรุป จากนั้นนำแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CES) ฉบับภาษาไทยดังกล่าวไปแปลย้อนกลับ

เป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ท่านที่สองและอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตรงกันโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจนได้ข้อสรุป แล้วนำไปตรวจสอบความทันสมัยของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92

ตรวจสอบความเที่ยง/ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ คำนวณความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับเอกสารรับรองเลขที่ HE562089 วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ตลอดจนการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด และในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมี 2 วิธี คือ ให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยส่งจดหมายติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่ของผู้ป่วย (กรณีที่ไม่มีหมายเลขโทรศัพท์) เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

ทางโทรศัพท์ และดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และสัมภาษณ์ด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย (mean)

วิเคราะห์ข้อมูลระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย รายด้านและโดยรวม โดยการการหาค่าเฉลี่ย (mean)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัว พบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร และมีระยะเวลาที่อยู่ด้วยกับผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายทุกวัน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 มีอายุระหว่าง 20-72 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 36-60 ปี ร้อยละ 72.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,001- 5,000 บาท

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูมากกว่า 8 วัน ร้อยละ 48.5 ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 82.4 ผู้ป่วยมีลักษณะการตายที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ร้อยละ 77.9 สาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่คือการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 32.4 และระยะเวลาการเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.1

2. การประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย พบว่าระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตามการประเมิน

ของสมาชิกครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.37$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การดูแลอยู่ในระดับมากมี 3 ด้าน เรียงจากมากไปหาน้อยคือ การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ($\bar{X}=5.36$) การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล ($\bar{X}=4.60$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=4.57$) ส่วนการดูแลด้านที่เหลืออยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจ ($\bar{X}=4.40$) การดูแลด้านร่างกายโดยแพทย์

($\bar{X}=4.34$) การประสานงานและความสม่ำเสมอ ($\bar{X}=4.32$) การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย ($\bar{X}=4.31$) การบริการต่าง ๆ ($\bar{X}=4.26$) การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับญาติ ($\bar{X}=4.25$) และการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วย ($\bar{X}=3.71$) ซึ่งโดยรวมด้านการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.98$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อันดับที ค่าเฉลี่ย และระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย รายด้านและโดยรวม (n= 68)

อันดับที่	การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	ระดับ
1	การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา	5.36 ระดับมาก
2	ด้านสิ่งแวดล้อม	4.57 ระดับมาก
3	การดูแลด้านร่างกายโดยพยาบาล	4.60 ระดับมาก
	การดูแลด้านร่างกายโดยแพทย์	4.34 ระดับปานกลาง
	การดูแลด้านร่างกายโดยรวม	4.47 ระดับปานกลาง
4	การดูแลด้านจิตใจ	4.40 ระดับปานกลาง
5	การประสานงานและความสม่ำเสมอ	4.32 ระดับปานกลาง
6	การคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย	4.31 ระดับปานกลาง
7	การบริการต่าง ๆ	4.26 ระดับปานกลาง
8	การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับญาติ	4.25 ระดับปานกลาง
	การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วย	3.71 ระดับปานกลาง
	การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจโดยรวม	3.98 ระดับปานกลาง
	การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวม	4.37 ระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กล่าวคือเพื่อประเมินระดับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยสมาชิกครอบครัวดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวรับรู้ว่ามีสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับการดูแลผู้ป่วย

วิกฤตระยะสุดท้ายรายด้าน พบด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ แพทย์สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติยังต้องการคำอธิบายหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาและเป้าหมายของการรักษาของแพทย์เพิ่มเติม สอดคล้องกับลักษณะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของแพทย์ในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ กล่าว

คือส่วนใหญ่แพทย์จะให้ข้อมูลกับญาติขณะที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในไอซียูครั้งแรก หลังจากนั้นให้ข้อมูลตามอาการของผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก หรือแพทย์ต้องการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ อาจกล่าวได้ว่าการสื่อสารเป็นลักษณะของการสื่อสารทางเดียว ซึ่งบางครั้งญาติอาจต้องการได้รับข้อมูลอื่น ๆ อีก ดังจะเห็นได้จากบ่อยครั้งที่ญาติขอนัดพบแพทย์เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยผ่านพยาบาล ดังการศึกษาของ Azoulay et al.¹⁹ ที่พบว่าญาติของผู้ป่วยมักจะเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรคและการรักษาภายหลังการพูดคุยกับแพทย์แต่จะเข้าใจมากขึ้นภายหลังจากการได้พูดคุยกับพยาบาล ซึ่งให้เห็นว่าในการให้ข้อมูลของแพทย์ควรใช้เวลาในการอธิบายมากขึ้นและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinoshita, Miyashita²⁰ ที่พบว่าญาติประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของแพทย์ด้านการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยไอซียูอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั่วไปการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในไอซียูส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุติการรักษาที่ยืดชีวิต แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลและมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัว ส่วนพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานในการพูดคุยระหว่างบุคคลทั้งสองกลุ่ม และประเมินการรับรู้ข้อมูล พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทั้งนี้ญาติของผู้ป่วยบางคนอาจไม่กล้าขอคำอธิบายเพื่อสอบถามกับสิ่งที่ตนเข้าใจ ด้วยเหตุผลของญาติที่มองว่าพยาบาลทำงานหนักและยุ่งอยู่ตลอดเวลา จึงควรเพิ่มเติมทักษะของพยาบาลในการประเมินความต้องการด้านข้อมูลของญาติ เพื่อให้ญาติกล่าบบอกสิ่งที่ต้องการ เช่น การอบรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่งจะทำให้พยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม^{8,21}

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายพบด้านที่มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ คือ การดูแลด้านจิตใจและการคำนึงถึงครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าด้วยปรัชญาการดูแล

ผู้ป่วยในไอซียูที่มุ่งเน้นการรักษาชีวิต ทำให้พยาบาลคุ้นชินกับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตมากกว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง¹⁴ การปฏิบัติงานจึงเป็นไปด้วยความเร่งรีบตามลักษณะระบบงานในไอซียู อาจมีส่วนทำให้พยาบาลดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ และมีโอกาสคำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วยไม่มากนัก ญาติจึงอาจรู้สึกว่ายพบาลไม่ได้ใส่ใจสอบถามความทุกข์สุขจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลตลอดจนความต้องการกลับไปทำกิจวัตรหรือการทำงานของญาติเท่าที่ควร จึงควรเพิ่มทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทั้งสองด้านนี้ให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมมากขึ้น

ส่วนการดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพตามการรับรู้ของญาติพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าพยาบาลจะให้การดูแลด้านร่างกายอยู่ในระดับมากแต่การดูแลด้านร่างกายโดยแพทย์อยู่ในระดับปานกลางจึงทำให้ค่าเฉลี่ยการดูแลด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าด้วยบทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การประเมินอาการและให้การรักษาด้วยการสั่งใช้ยาเพื่อจัดการอาการต่าง ๆ¹⁰ แตกต่างจากพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และจากลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีเทคโนโลยีที่จำเป็นสำหรับช่วยในการรักษาหรือยืดชีวิตติดกับร่างกาย การดูแลด้านร่างกายจึงเป็นบทบาทสำคัญลำดับแรกของพยาบาลไอซียู²² ดังการศึกษาของอรพรรณ ไชยเพชร และคณะ²³ ที่พบว่าพยาบาลไอซียูส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ด้วยบทบาทของพยาบาลดังกล่าวอาจทำให้ญาติรับรู้ว่ายพบาลให้การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยในระดับมาก เช่นเดียวกับด้านคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยที่พยาบาลทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิในการรักษาพยาบาล

ด้วยการตรวจสอบสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วยหลังรับใหม่และรับย้ายทุกราย ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่ายอื่นๆพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล การดูแลดังกล่าวอาจทำให้ญาติรู้สึกได้รับการเอาใจใส่เป็นอย่างดี

สำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพด้านการบริการต่างๆ และการประสานงานและความสม่ำเสมอตามการรับรู้ของญาติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเห็นว่าญาติอาจต้องการให้ทีมสุขภาพปรับปรุงการบริการต่างๆในไอซียูให้มีคุณภาพมากขึ้น ต่างจากการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ญาติรับรู้ว่ามี การดูแลอยู่ในระดับมากจึงไม่จำเป็นต้องปรับปรุง กล่าวคือหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลอำนาจเจริญ มีการจัดระเบียบและดูแลความสะอาดเป็นอย่างดี กอปรกับลักษณะการจัดหอผู้ป่วยสอดคล้องตามการจัดรูปแบบของหอผู้ป่วยไอซียูทั่วไป คือ มีจำนวนเตียง 8-12 เตียง มีแสงไฟเหมาะสม ระบบน้ำ ออกซิเจน ท่อดูดอากาศเพียงพอ นอกจากนี้ยังมีการจัดมุมให้พักผ่อนบริเวณหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ โทรทัศน์และน้ำดื่มบริการฟรี ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้ญาติรู้สึกว่าการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในระดับมาก

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางสะท้อนให้เห็นว่าทีมสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างครอบคลุมเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายด้านการสื่อสารยังต้องการการปรับปรุงให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ เช่น แพทย์ควรให้ข้อมูลเพื่อประกอบ

การตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลควรตรวจสอบความเข้าใจของญาติหลังแพทย์ให้ข้อมูลทุกครั้ง อธิบายเพิ่มเติมหากญาติมีข้อสงสัย และจัดทำแบบบันทึกเพื่อประเมินการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งควรส่งเสริมการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ ทักษะและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมั่นใจ ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

แบบประเมินที่พัฒนาจากต่างประเทศมีลักษณะของข้อคำถามบางข้อที่ทำให้อาสาสมัครเข้าใจยาก ผู้วิจัยจึงต้องสัมภาษณ์เป็นภาษาอีสาน ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการสัมภาษณ์มากขึ้นจึงควรสร้างแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ตลอดจนควรขยายพื้นที่ในการศึกษาและเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนเป็นอย่างดียิ่ง ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบคุณญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ยอมรับและสละการรับรู้ความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งสำหรับทีมสุขภาพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนส่งเสริมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ชาติชาย มุกสง ราตรี ปิ่นแก้ว วรรณญา เพ็ชรคง ประชาธิปะทานงลักษณ์ตรงศีลสัตย์, บรรณาธิการ. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.

2. ยูฟเรศ โจมแพง บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 36(3): 49-59.
3. วิลาลินีพิเศษฤทธิ์ชนิฐานันทนบุตรบำเพ็ญจิตแสงชาติ เรื่องศิลป์ เกื่อนนาดี. . การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตาย ในชุมชนชนบทอีสาน. วารสารวิจัย มช (บศ.) 2546; 3: ฉบับพิเศษ: 48-61.
4. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008; 36(3): 953-63.
5. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld L A, Watson RS, Rickert T, Rubenfeld GD, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med 2004; 32(3): 638-43.
6. พชณี สมกำลัง ดัชนี สุวรรณคม. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(2): 98-100.
7. ยุวนิดา อารามรมย์ กิตติกร นิลมานัด. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(4): 33-43.
8. กิตติกร นิลมานัด. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555.
9. จันชาย สิทธิพันธุ์. Improving Death in ICU. ใน: ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, ดุสิต สดาวร, บรรณาธิการ. Best Practices in Critical Care. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ซ์; 2549. หน้า 552-57.
10. ดุสิต สดาวร. Overview of end of life in the ICU. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ ; 2550. หน้า 313-26.
11. Clarke EB, Curtis JR, Luce JL, Levy MM, Danis M, Nelson J, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2003; 31: 2255-62.
12. สันต์ หัตถิรัตน์. แพทย์กับความตาย. ใน: ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, สายพิมพ์ ด้านวัฒนธรรม, บรรณาธิการ. ตายอย่างมีศักดิ์ศรี: มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2546. หน้า 100-6.
13. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevrøy O. Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. Intensive Care Med 2011; 37(7): 1143-50.
14. Espinosa L, Young A, Walsh T. Barriers to intensive care unit nurses providing terminal care: an integrated literature review. Crit Care Nurs 2008; 31(1): 83-93.
15. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Center to Advance Palliative Care, Hospice and Palliative Nurses Association, Last Acts Partnership, National Hospice and Palliative Care Organization. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. J Palliat Med 2004; 7(5): 611-27.
16. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. J Pain Symptom Manage 2004; 27(6): 492-501.
17. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ Nursing research: concepts to application. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

18. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โพรเกรสซิฟ; 2553.
19. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28(8):3044-49.
20. Kinoshita S, Miyashita M. Evaluation of End-of-Life Cancer Care in the ICU: Perceptions of the Bereaved Family in Japan. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 00(0): 1-6.
21. บำเพ็ญจิต แสงชาติ มัลลิกา ทัดมาลา ศุภราภรณ์ พรหมลักขโณ. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2556; 36(1): 54-66.
22. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 2553; 18(2), 1-7.
23. อรพรรณ ไชยเพชร,กิตติกร นิลมานันต์, วิชาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26(1): 41-55