

ประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ*

Decision making experiences of critical care nurses during transition from advanced life support to end-of-life care: Hermeneutic phenomenology*

นภาพร พีรทวี พย.ม.** มลธิรา อุดชุมพิสัย Ph.D. (Nursing)***

Napaporn Peerakavee M.N.S. (Adult Nursing)** Monthira Udchumpisai Ph.D. (Nursing)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การดูแลระยะประคับประคองจำนวน 21 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก การถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและการบันทึกข้อมูลภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตีความตามแบบของชาร์ยเออร์ สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและกูบา

ผลการศึกษาพบว่าความหมายของประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลระยะท้ายมี 5 ด้านคือ 1) ผู้ป่วยไปต่อไม่ได้ 2) เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย 3) ร่วมกันหาทางออก 4) แลกเปลี่ยนข้อมูลกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และ 5) ส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบ ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การตัดสินใจ ประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This qualitative study, which was based on hermeneutic phenomenology, aimed to describe decision making experience of critical care nurses that related to care during the transition from advanced life support to end-of-life care in Intensive Care Unit (ICUs). The study was conducted on 21 ICU nurses who had provided end-of-life care. Data were collected using individual in-depth interviews, verbatim transcription, and field note. Content analysis of Schreier's method was used to analyze and interpret the data. Trustworthiness was established by following the Lincoln and Guba's criteria.

*This research project is support by the Thai Red Cross Society

**Lecturer in Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok,

***Lecturer in Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Corresponding Author, E-mail: monthira.u@stin.ac.th

วันที่รับบทความ: 12 ธันวาคม 2562 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 เมษายน 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 มิถุนายน 2563

Received: 12 December 2019 / Revised: 20 April 2020 / Accepted: 25 June 2020

Meaning of decision making experience of critical care nurses during the transition from advanced life support to end-of-life care was emerged from the data in five main themes: 1) the patient cannot move on, 2) advocacy for the patient, 3) find out for the solution together, 4) continuous exchange of information with family, and 5) supporting for good death. The findings provide a better understanding of the decision making experience of ICU nurses that would be useful in improving the quality of end-of-life care in ICUs.

keywords: end-of-life care; advanced life support; decision making; critical care nurse experiences

บทนำ

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นรูปแบบทางการแพทย์ที่มุ่งการวินิจฉัยโรค ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงและทันสมัย¹ แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ค่อนข้างสูง² โดยเฉพาะช่วงเดือนสุดท้ายก่อนการเสียชีวิตซึ่งมีมากถึงร้อยละ 29.2³ จากอัตราการเสียชีวิตที่สูงนี้ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายเป็นสิ่งสำคัญและท้าทายการทำงานของพยาบาลอย่างมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด หายจากโรค ไปสู่การดูแลในระยะท้าย เพื่อผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เน้นการดูแลแบบองค์รวม และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ต้องทำหัตถการหรือรักษาด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีใดๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์⁴ การพยาบาลช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็นการเผชิญหน้าจากการดูแลเพื่อยื้อชีวิตสู่ความตาย⁵ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความซับซ้อน ละเอียดอ่อนเกี่ยวข้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การรักษา^{7,8}

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีความยากลำบากในการตัดสินใจสำหรับพยาบาลอย่างมาก เพราะแต่ละขั้นตอนมีความ

ซับซ้อน และอาจเกิดความคับข้องใจทั้งกับครอบครัวและทีมสุขภาพผู้ดูแล การตัดสินใจต้องมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะเดียวกันพยาบาลต้องประสานงานและทำความเข้าใจกับครอบครัวของผู้ป่วย และยังต้องจัดการกับความรู้สึกและผลกระทบด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีการยุติการรักษาผู้ป่วยอีกด้วย⁹ นอกจากนั้นยังมีความยากลำบากในการระบุว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเป็นผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อใดควรเริ่มเปลี่ยนเป้าหมายของการดูแลจากการช่วยชีวิตเป็นการเสียชีวิตอย่างสงบ⁸ หรือการเริ่มหรือยุติการกู้ชีวิตในสถานการณ์ที่หัวใจหยุดเต้น เนื่องจากความเจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง และการดำเนินของโรคคลุมเครือเข้าสู่ระยะท้ายควรทำเมื่อไรในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้สื่อสารกับครอบครัวถึงความต้องการ ในวาระสุดท้ายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนรัก¹⁰ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตให้ยาวนานโดยไม่เกิดประโยชน์ เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ต้องการ และยังเป็นการสูญเสียโอกาสในการรอดชีวิตจากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดสำหรับผู้ป่วยหนักรายอื่น⁹ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางจริยธรรมที่ตามมา ดังเช่นการศึกษาของ วีสัน และคณะ¹¹ ที่พบว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่เกิดประเด็นทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุดเมื่อพิจารณาจากอัตราการขอคำปรึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรม ของโรงพยาบาลที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยทั่วไป โดยประเด็นทางจริยธรรมที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ ประเด็นเกี่ยวกับ

การตัดสินใจ รองลงมาคือ เป้าหมายของการดูแลหรือรักษา และประเด็นเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย¹¹

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายจึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ และมีคุณค่าเพราะมีความเกี่ยวข้องกับความเป็นกับตายของผู้ป่วย ซึ่งท้าทายบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมาก และเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องเชิงจริยธรรมพบว่า เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับการสื่อสาร การยุติหรือยืดการรักษา และการให้ยาระงับปวดเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต^{9,11} นอกจากนี้การปฏิบัติงานของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเผชิญกับประเด็นการตัดสินใจเหล่านี้ยังมีผลต่อความรู้สึกหมดไฟในการทำงาน (Burnout) อีกด้วย สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาศักยภาพของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู¹² และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต¹³ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ในการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจว่า ภายใต้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น และความยากลำบากในการเปลี่ยนผ่านเป้าหมายสู่การดูแลระยะท้าย ดังที่กล่าวข้างต้น พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตให้ความหมายของการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ¹⁴ จะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกและประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายมากขึ้น ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐาน

เกี่ยวกับการรับรู้และบทบาทการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว มาตรฐานการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutic phenomenology)¹⁴ ที่แสวงหาความรู้หรือความจริงจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1, 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่บอกเล่าถึงประสบการณ์การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลระยะท้าย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าว เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี 2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านการดูแลจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย 3) สมารถใจและยินดีในการให้ข้อมูล ข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) ที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21 คือข้อมูลจากการสัมภาษณ์เริ่มซ้ำ และไม่พบประเด็นใหม่เกิดขึ้นแล้วจากการสัมภาษณ์¹⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาในการปฏิบัติ

งานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับจริยธรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ความมั่นใจ ในการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย 2) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าและอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย และสอบถามเจาะลึกด้วยคำถามย่อยตามสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล การสะท้อนคิดของผู้วิจัยระหว่างการสัมภาษณ์ ตลอดจนแนวทางการวางแผนสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป เพื่อให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น 3) ผู้วิจัยลำดับที่ 2 ผ่านการศึกษา และมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ และ 4) เครื่องบันทึกเสียงสัมภาษณ์ยี่ห้อโซนี่

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No. 108/62) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สบายใจ หรือสามารถปฏิเสธการตอบคำถามบางข้อ หรือตอบเพียงบางส่วนของคำถาม หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลได้นำเสนอเป็นภาพรวมและเป็นรหัสข้อมูล ไม่สามารถอ้างอิงระบุถึงผู้ให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือน มีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2562 โดยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านการติดต่อกับพยาบาลที่รู้จักกันมาก่อน (key person) เพื่อช่วยค้นหาหรือติดต่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เบื้องต้นเพื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้พยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยแนะนำพยาบาลคนต่อไป (snowball purposive sampling method) เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงร่วมกับการเขียนบันทึกข้อมูลภาคสนาม สถานที่สัมภาษณ์จะเป็นไปตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เช่น หอพักพยาบาล หรือ ห้องประชุมในหอผู้ป่วย สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีกระบวนการสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการของลินคอล์นและกูปา¹⁶ ทั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยทั้ง 2 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพ นัศาสตราพุทธ มีความสนใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหลายราย รวมทั้งเคยให้การดูแลบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่เข้าสู่ระยะท้าย โดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ผู้ใหญ่) นาน 16 ปี สำหรับผู้วิจัยลำดับที่ 2 มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม นาน 10 ปี และมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ผู้วิจัยรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลดี (prolonged engagement) เนื่องจากทำการศึกษาในหน่วยงานที่ผู้วิจัยเคยปฏิบัติงานอยู่ และเนื่องจากผู้วิจัยทั้ง 2 เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยช่วง

เปลี่ยนผ่านการดูแลจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลในระยะท้าย เพื่อเป็นการลดความอคติ (bias) และมั่นใจว่าความคิดหรือความรู้สึกรู้สึกของผู้วิจัยไม่ได้ปนเปื้อน ในการแปลความหมายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เขียนบันทึกส่วนตัว (reflective note) อย่างสม่ำเสมอ ตลอดช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทั้ง 2 คนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยร่วมกันสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เมื่อได้ผลการวิจัยมาแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป และระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทั้ง 2 คนได้ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูล เมื่อข้อมูลอิ่มตัว และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแต่ละคนอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และประชุมเพื่อร่วมกันตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล (peer examination)¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มตั้งแต่ถอดเทปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกเสร็จจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลในคนสุดท้าย ค้นหาข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละครั้ง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไปจนพบว่าข้อมูลมีการอิ่มตัวคือไม่พบข้อมูลใหม่เกิดขึ้น จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ของซาร์ยเออร์¹⁷ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลของแต่ละคนเข้าไปมาหลายรอบอย่างละเอียด เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตามคำถามการวิจัย 2) จากนั้นเลือกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย แล้วลงรหัสข้อมูลสำคัญที่เป็นคำ วลี หรือประโยค โดยลงรหัสข้อมูลที่ละเอียด 3) คัดเลือกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล 1-2 คน ที่มีข้อมูลละเอียด ชัดเจนลึกซึ้ง ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์ของ

การวิจัยและมีประเด็นที่น่าสนใจมากกว่าข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ๆ 4) จัดกลุ่มข้อมูลที่ให้ความหมายเหมือนและความหมายต่างกันไว้เป็นหมวดหมู่ โดยมีการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ 5) อ่านบททวนข้อมูลอีกหลายครั้งและจัดกลุ่มจนเกิดเป็นประเด็นที่สะท้อนและสื่อความหมายของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ 6) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอีกครั้งกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นข้อมูลที่มาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 21 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 29 ถึง 56 ปี นับถือศาสนาพุทธจำนวน 19 ราย มี 1 รายที่นับถือศาสนาอิสลาม และอีก 1 รายที่นับถือศาสนาคริสต์ ผู้ให้ข้อมูลจบการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 12 ราย อีกจำนวน 4 รายจบปริญญาโทสาขาการพยาบาล (การพยาบาลผู้ใหญ่ 3 ราย และบริหารการพยาบาล 1 ราย) อีกจำนวน 5 รายจบปริญญาโทสาขาอื่นๆ ได้แก่ จิตวิทยาพัฒนาการ วิทยาศาสตร์สาธารณสุข พัฒนบริหารศาสตร์ และโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมระหว่าง 7 ถึง 32 ปี ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 รายเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หัวข้อการดูแลและจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล มีจำนวน 1 รายเคยเข้าอบรมเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย และอีก 1 รายเคยศึกษาดูงานจากสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย เคยมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยระยะท้าย

ความหมายของประสบการณ์การตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย การศึกษาค้นคว้าให้ข้อมูลให้ความหมายของประสบการณ์การตัดสินใจในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายของชีวิต เป็น 5 ด้านคือ ผู้ป่วยไปต่อไม่ได้เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย ร่วมกันหาทางออกแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

1. ผู้ป่วยไปต่อไม่ได้

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนว่าการตัดสินใจช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลในระยะท้าย เป็นการตัดสินใจว่าผู้ป่วยไม่สามารถไปต่อได้ และอาจเสียชีวิตในเวลาอันใกล้โดยผู้ป่วยมีลักษณะร่างกายเปลี่ยนไป บางรายผิวหนังมีสีม่วงคล้ำ มีแผลพอง มีน้ำซึมออกมาตามแผลหรือตำแหน่งที่เคยเจาะเลือด ไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต (inotropic drug) แม้ว่าจะได้รับในปริมาณสูงสุดแล้ว รวมทั้งการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลวหลายระบบ พยาบาลรู้สึกที่ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่มีชีวิตและจิตใจแล้ว แต่ยังมีลมหายใจอยู่เพียงเพราะใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้น

บางคนที่เรารู้สึกว่าไปต่อไม่ได้... พอรักษาไปสักพักหนึ่งเราจะรู้แล้วว่าแนวโน้มคนไข้ไปทางไหน... ไม่ตอบสนอง (response) กับยาอินโทรป (inotrope) (P5)

ผู้ป่วยเหมือนวิญญานออกจากร่าง คือผิวสีม่วง ชีต น้ำเหลือง เบ็บ (bleb) เต็มไปหมด เหมือนเขาแค่มีลมหายใจด้วยเวนติเลเตอร์ (ventilator) เขาไม่ได้มีชีวิตจิตใจนะค่ะ (P2)

2. เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่าการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง และการรักษาอย่างเต็มที่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนองแล้ว ไม่ได้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นแต่เป็นการทรมานและเพิ่มความเจ็บปวดโดยไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา การทำหน้าที่เป็น

กระบอกเสียงแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้ เพื่อต่อรองกับแพทย์หรือบอกกับญาติ ในการที่จะไม่ทำการรักษาหรือหัตถการใดที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลกระทำอยู่เสมอ

เห็นความทรมานของเขามานาน บางทีเราก็คือเป็นปากเป็นเสียงให้ เช่น เจาะเลือดเยอะมาก กว่าจะได้ 1 หลอด ตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นไปมันคือหัตถการนะหรือบางคนผิวบาง จนไม่มีผิวเหลือเลย เช็ด ทำแผล คือดูแลแล้วเจ็บปวดทรมาน เราก็คะบอกญาติหรือคุยกับแพทย์ (P4)

พวกหนู (พยาบาล) จะเข้าไปเป็นตัวแทนคนไข้เลย รู้สึกว่าคนไข้พูดไม่ได้เรานี้แหละพูดแทนเราอยู่กับญาติกับผู้ป่วยเยอะมากกว่า ก็ะบอกหมอบอกว่าเคสนี้ญาติเขาอยากไปอยู่ข้างนอกเหมือนกันนะ ได้คุยกันแล้วนะ (P7)

3. ร่วมกันหาทางออก

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนว่า เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆแล้ว การยุติอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องพองปอดและหัวใจเทียม เครื่องฟอกทดแทนไต หรือแม้กระทั่งการให้ยากระตุ้นการไหลเวียนต่างๆ ที่รักษาอย่างเต็มที่ไปแล้ว จะไม่สามารถกระทำได้โดยง่ายเพียงคนเดียวคนเดียว แต่การตัดสินใจต้องทำเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยผู้ให้การดูแลรักษาทั้งหมด ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทุกคนต้องมาร่วมกันหาทางออก อีกทั้งความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นที่เป็นที่ปรึกษา การร่วมประชุมระหว่างทีมรักษากับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อค้นหาความต้องการหรือความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดเพื่อให้ได้ข้อสรุปและแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และหลายครั้งที่พบว่าไม่ได้ข้อสรุปในการประชุมเพียงครั้งเดียว บางรายจึงต้องมีการประชุมหลายครั้ง

ให้คนมีประสบการณ์หลาย ๆ คนช่วยกันมอง... ควรมีทีมมีมติตั้ง (team meeting) ว่าคนนี้ (ผู้ป่วย) ควรมีแนวโน้มจะรักษาอย่างไร แล้วก็ควรจะคุยกับครอบครัว ด้วยว่าชีวิตแบบนี้เป็นแบบที่คนไข้ต้องการหรือเปล่า คนไข้เคยสั่งอะไรไว้ไหม ที่เราทำอยู่มันตอบสนองกับความต้องการของคนไข้จริง ๆ หรือเปล่า (P1)

ทำแฟมิลีคอนเฟอร์เรนซ์ (family conference) ก็จะมีสรุปให้เลยว่าคนไข้ถึงเวลาที่หัวใจหยุดเต้นจะปั๊มไหม จะต้องใส่ท่อช่วยหายใจไหม จะต้องใส่อินเวสิฟ (invasive) อะไรเพิ่มหรือเปล่า เขาจะคุยกันไปถึงแบบนั้นจะหาข้อสรุปให้ บางครั้งก็ไม่ได้คุยเสร็จในครั้งเดียว ค่ะ ก็จะนัดเรื่อย ๆ (P2)

4. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนว่าสิ่งสำคัญของการตัดสินใจช่วงเปลี่ยนผ่านการดูแลจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายคือ พยาบาลต้องให้ข้อมูลกับญาติของผู้ป่วยตามความเป็นจริงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้เวลาแก่ญาติในการเตรียมใจเพื่อเผชิญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะมาถึง นอกจากนั้นการพูดคุย รับฟังข้อมูลจากญาติ จะทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึก ความต้องการ และสามารถตอบสนองความต้องการทั้งของผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยใช้คำพูด น้ำเสียงที่อ่อนโยน แสดงความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย รวมถึงการปลอบโยนให้คลายความเศร้า

ให้ข้อมูลเขาเป็นระยะ ๆ อย่าปล่อยเขายืนร้องไห้คนเดียว หรือยืนกอดกันแต่ไม่มีใครให้ข้อมูลเขาเลย มันก็ต้องมีคนอะ...พยาบาลอยู่ดูแลหรือหมอยู่ให้ข้อมูล มันต้องมีคนอยู่ซัพพอร์ตเขา ให้กำลังใจเขา (P14)

การให้ข้อมูลญาติ เขาต้องการรู้ข้อมูลว่าตอนนี้คนไข้เป็นอย่างไร การตอบคำถามเขา ด้วยสีหน้า น้ำเสียง ที่ดี (P3)

5. ส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบ

พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้ทำตามความปรารถนา หรือความต้องการของตนเองในการเลือกระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยก่อนการเสียชีวิตจะดูแลไม่ให้มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานทางกาย เช่น ปรับเพิ่มยาแก้ปวด การไม่ทำหัตถการที่จะเพิ่มความเจ็บปวด และการดูแลความสะอาดของร่างกายให้สุขสบาย ด้านจิตใจ พยาบาลได้ส่งเสริมให้ได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยระหว่างช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ภายหลังการเสียชีวิตแล้ว พยาบาลได้ดูแลร่างกายให้สะอาด แต่งหน้าให้สวย เพื่อที่ญาติจะได้จดจำภาพที่สวยงามของผู้ป่วยไว้ในความทรงจำเป็นครั้งสุดท้าย

จริง ๆ มันคือการดูแลให้เขามีความเป็นคนนะค่ะ คือถึงแม้เขาจะไม่รู้ตัว แต่ว่าหน้า ผม น้ำลง น้ำลายเขาก็ไม่ควร มี เขาควรจะดูดีในจุดนั้นของเขา (P5)

เสียชีวิตอย่างสงบสุขใน ICU...คือการตายแบบมีคนเคียงข้าง...คิดว่าเป็น คือไม่ใช่ปล่อยให้ไปแบบเจ็บปวด ยาเราก็กดเพิ่ม ตัวเลขเราไม่สนใจมากนัก เราดูคนไข้เป็นหลักอย่างเนี่ย และไม่ทำอะไรที่เป็นการเจ็บปวดกับคนไข้เพิ่มขึ้น แล้วคุยให้ญาติพี่น้องมาอยู่กับเขา อยู่กับคนไข้ จนถึงวินาทีสุดท้าย (P10)

สำหรับญาติบางรายที่ประสงค์จะพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตได้ประสานงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นของเอกชนซึ่งภายในรถส่งต่อจะมีเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง และประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย หรือ

เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบตามความเชื่อและความต้องการ

ทำตามความประสงค์ของคนไข้ที่อยากกลับไปเสียที่บ้าน ประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้บ้าน แล้วคนไข้จะได้กลับไปอยู่บ้าน พี่ก็ไม่อยากให้เขาต้องมาเสียชีวิตในที่ที่ไม่ใช่บ้านเขา คนต่างจังหวัดมองว่าการเสียชีวิตที่บ้านสำคัญ (P8)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตให้ความหมายของการตัดสินใจช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้ายที่สำคัญและท้าทายบทบาทพยาบาลอย่างมากเป็น 5 ด้านคือ ผู้ป่วยไปต่อไม่ได้ เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย ร่วมกันหาทางออก แลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

ผู้ป่วยไปต่อไม่ได้ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินใจเริ่มต้นที่จะบอกว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว ควรเข้าสู่อการดูแลแบบประคับประคองหรือระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่แย่ง และไม่สามารถฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเห็นได้จากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนึ่งเป็นสีม่วงคล้ำ บ่งชี้ถึงอวัยวะส่วนนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง และการไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในเวลาไม่นาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สลิแมนและคอลลิส¹⁸ ที่พบว่าสัญญาณบ่งชี้ว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตได้แก่อาการอ่อนแรงอย่างเต็มที่ หดสติ รับอาหารไม่ได้ หายใจช้าลง ผิวหนังเปลี่ยนแปลง ชีพจรเบา และความดันโลหิตต่ำ อย่างไรก็ตามสัญญาณการเสียชีวิตเหล่านี้ยังไม่พบการศึกษาที่ระบุความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเสียชีวิตที่ชัดเจน การตัดสินใจว่าผู้ป่วยไปต่อไม่ได้ จึงเป็นสิ่งที่ยากและมีความละเอียดอ่อน¹⁹ ไม่สามารถใช้อาการทางคลินิกหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย หรือการประเมินความรุนแรงของ

การเจ็บป่วย (APACHE, SAPS and MPM)²⁰ เพียงอย่างเดียวหนึ่งเป็นตัวชี้วัดเท่านั้น ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึง จิตวิญญาณ ความเชื่อ การให้คุณค่าของการมีชีวิตและประสบการณ์ในอดีต ทั้งของผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่ร่วมกันรักษาผู้ป่วยมาเกี่ยวข้องด้วย²¹ ดังนั้นการร่วมกันวางแผนและมีข้อสรุปการรักษาร่วมกันจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านนี้

การทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย เป็นการตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ทำหน้าที่ต่อรอง และแสดงความคิดเห็นต่อทีมสุขภาพและครอบครัวว่าผู้ป่วยควรเข้าสู่อการดูแลระยะท้ายเนื่องจากพยาบาลรู้สึกว่าคุณป่วยไม่ต้องการเจ็บปวดหรือทรมานจากการยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีการรักษา แต่ไม่สามารถพูดหรือบอกความรู้สึกของตนเองได้ว่า ตนเองนั้นทรมานหรือเจ็บปวดอย่างไร พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียงแทนสอดคล้องกับการศึกษาของอาเบอร์และวีแกน²² ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตและญาติ โดยระบุว่าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (patient advocacy) ซึ่งเป็นการปลดปล่อยผู้ป่วยให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน จากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ²² การทำหน้าที่แทนผู้ป่วยยังรวมถึงการเริ่มต้นอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบระยะท้าย การส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรี ตลอดจนการให้ข้อมูลและให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตอีกด้วย

การร่วมกันหาทางออก ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตภายหลังได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วแต่ไม่มีการตอบสนอง ผู้ป่วยยังคงมีสัญญาณชีพเพราะอุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็น

เครื่องช่วยหายใจ เครื่องฟองปอดและหัวใจเทียม เครื่องฟอกทดแทนไต หรือแม้กระทั่งการให้ยากระตุ้นหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ดังนั้นการถอดอุปกรณ์หรือยุติการรักษาเหล่านี้จึงหมายถึงการยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วย เป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก เพราะอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและเกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรม²³ พยาบาลเห็นว่าการตัดสินใจนี้ควรกระทำร่วมกันเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมาโฮนีย์และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างเต็มที่แล้ว เมื่อไม่สามารถไปต่อได้ ควรมีการร่วมปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นระหว่างทีมแพทย์ พยาบาลและบุคคลากรสุขภาพอื่น ๆ การตัดสินใจ ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง²⁴ มีการสื่อสารและจัดการให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการตัดสินใจและร่วมกันหาทางออกในระยะเวลาที่เหมาะสม²⁵ เพราะจะมีผลต่อระยะเวลาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการตัดสินใจยุติการรักษาให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นแล้ว พยาบาลอาจต้องคำนึงถึงความรู้ ความเข้าใจของการเผชิญหน้ากับความสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยด้วย²⁶ การมีประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายเป็นปัจจัยสำคัญในการร่วมแลกเปลี่ยนและเสนอแนะทางออกที่เหมาะสมกับทีมการรักษาได้เป็นอย่างดี

นอกจากนั้นพยาบาลหอบุคลากรยังเห็นว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติอย่างต่อเนื่อง เป็นการตัดสินใจของพยาบาลที่สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนแนวโน้มของอาการและการฟื้นฟูตามความเป็นจริงเพื่อให้ญาติเตรียมพร้อมและสามารถยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ มากกว่านั้นการสื่อสารกับญาติ จะทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูล ช่วยให้เข้าใจความรู้สึก ความต้องการ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการทั้งของผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้าย

ของชีวิตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกุลพิชฌาย์ เวชชีตพิมล²⁷ ที่นำเสนอแนวทางการสนทนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลตามสถานการณ์ความเป็นจริง อย่างเป็นธรรมชาติด้วยความเข้าใจบทบาทของนักวิชาชีพ บทบาทผู้บริหารและบทบาทของเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีแนวทางการสนทนาด้วยการสื่อสารภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ค่อยเป็นค่อยไป แสดงออกถึงความเข้าใจความทุกข์ รับฟังอย่างตั้งใจ ตอบคำถามและใช้เวลาเพียงพอระหว่างครอบครัวกับทีมรักษา²⁷ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ญาติตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งการเตรียมใจรับกับสถานการณ์การสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ดี และช่วยให้ครอบครัวมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้อาสาสมัครสามารถปรับตัวกับช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต และมีการเตรียมตัวสำหรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น²⁷ อีกทั้งเป็นการสนับสนุนให้ญาติมีความทรงจำที่ดี ฟังพอใจกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤตอีกด้วย นอกจากนั้นแล้วยังเป็นการช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจะได้ตอบสนองได้อย่างดีที่สุด

การตัดสินใจส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบ เป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลหอบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้เป็นไปตามความปรารถนาของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีความหมายและคงไว้ซึ่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีการคำนึงถึงความเชื่อ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษา เจอรอส-วิลล์ ฟอนด์และคณะ²⁸ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณมีบทบาทในการตัดสินใจ การควบคุม และความเชื่อเกี่ยวกับการเสียชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวมและตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตที่ดีและสงบมากที่สุด ตลอดจนการดูแลญาติอย่าง

คนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลให้ความสำคัญและให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากนั้นแล้วการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (guideline of palliative care) ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น²⁹

จากการวิจัยนี้ทำให้เห็นความรู้สึก การรับรู้ และการให้ความหมายของการตัดสินใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างการดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่ระยะท้าย ซึ่งจะเห็นว่าพยาบาลมีการตัดสินใจว่าผู้ป่วยไปต่อไม่ได้ การเป็นกระบอกเสียงแทนผู้ป่วย การร่วมกันหาทางออกที่ดีที่สุด การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบ ทั้งนี้ การตัดสินใจดังกล่าว ต้องคำนึงถึงความเชื่อ และการให้คุณค่าของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายและครอบครัว เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม
2. ผลการศึกษาที่ระบุว่าการทำงานร่วมกันหาทางออกให้กับผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องง่าย โรงพยาบาลหรือหน่วยงานควรจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ให้แก่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น อีกทั้งเป็นการลดผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สภากาชาดไทย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

References

1. Angus DC, Truog RD. Toward Better ICU Use at the End of Life. JAMA 2016; 315(3): 255-6.
2. Wallace DJ, Angus DC, Seymour CW, Barnato AE, Kahn JM. Critical care bed growth in the United States: a comparison of regional and national trends. Am J Respir Crit Care Med 2015; 91(4): 410-6.
3. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA 2013; 309(5): 470-7.
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 2]. Available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. National Coalition for Hospice and Palliative Care. The National Consensus Project (NCP): clinical practice guidelines for quality palliative care [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 14]. Available from <https://www.nationalcoalitionhpc.org/blog/>

6. Brown T. Critical care: a new nurse faces death, life and everything in between. New York: Harper Collins; 2010.
7. Jang SK, Park WH, Kim HI, Chang SO. Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 52: 3-8.
8. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* 2018; 18(1): 1-6.
9. Vanderspank-Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: a systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Stud* 2018; 77: 15-26.
10. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicenter study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics* 2014; 40(2): 97-103.
11. Wasson K, Anderson E, Hagstrom E, McCarthy M, Parsi K, Kuczewski M. What ethical issues really arise in practice at an academic medical center? A quantitative and qualitative analysis of clinical ethics consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum* 2016; 28(3): 217-28.
12. Maeroh N, Kongsuwan W, Yodchai K. Barriers in providing palliative care in intensive care units: nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017; 37(3): 74-82. (in Thai)
13. Kulruttanamas S, Wisarith W. Experiences of nurses in care management of end of life patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(Suppl): 76-84. (in Thai)
14. Heidegger M. Being and time. In: Mac Quaerie J, Robinson ET. New York: Harper & Row; 1962.
15. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res* 1991; 40(2): 120-3.
16. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
17. Schreier M. Qualitative content analysis in practice. London: Sage; 2012.
18. Sleeman KE, Collis E. Caring for a dying patient in hospital. *BMJ* 2013; 346: f2174.
19. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs* 2016; 33: 30-8.
20. Salluh JJ, Soares M. ICU severity of illness scores: APACHE, SAPS and MPM. *Curr Opin Crit Care* 2014; 20(5): 557-65.
21. Coombs MA, Addington-Hall J, Long-Sutcliffe T. Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(5): 519-27.
22. Arbour RB, Wiegand DL. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2014; 30(4): 211-8.
23. Wiegand DL, Cheon J, Netzer G. Seeing the patient and family through: nurses and physicians experiences with withdrawal of life-sustaining therapy in the ICU. *Am J Hosp Palliat Care* 2019; 36(1): 13-23.

24. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med* 2010; 24(2): 154-65.
25. Brooks LA, Manias E, Nicholson P. Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2017; 26(4): 336-41.
26. Ranse K, Yates P, Coyer F. End-of-life care in the intensive care setting: a descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Aust Crit Care* 2012; 25(1): 4-12.
27. Vejaratpimol K. Conversation guidelines for improving quality of palliative care services in ICU. *Chulalongkorn Medical Journal* 2017; 61(3): 363-72. (in Thai)
28. Geros-Willfond KN, Ivy SS, Montz K, Bohan SE, Torke AM. Religion and spirituality in surrogate decision making for hospitalized older adults. *J Relig Health* 2016; 55(3): 765-77.
29. Mun E, Nakatsuka C, Umbarger L, Ruta R, Mccarty T, Machado C, et al. Use of improving palliative care in the ICU (Intensive Care Unit) guidelines for a palliative care initiative in an ICU. *Perm J* 2017; 21: 16-37.