วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A PRACTICE PROTOCOL FOR BEREAVEMENT CARE FOR FAMILIES OF PEDIATRIC PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE

ภาวิณี ผิวงาม[1] สมพร พูลพานิชอุปถัมย์[1,*] ลัลลิยา ธรรมประทานกุล[2]
Phawinee Piwngam Somporn Poolpanitoopatum Lunliya Thampratankul
[1]งานการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Division of Pediatrics Nursing, Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand
[2]ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand
*Corresponding author E-mail: poolpanit.porn@gmail.com

Received: *August 24, 2025* Revised: *November 16, 2025* Accepted: *December 18, 2025*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย ตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคองที่เสียชีวิต ที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 43 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 - 1.00 ซึ่งมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง 2) การติดตามภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ได้รับแนวปฏิบัติสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Mdn_{\text{สัปดาห์ที่ 2}}$ = 4.00, $Mdn_{\text{สัปดาห์ที่ 6}}$ = 3.00 และ $Mdn_{\text{เดือนที่ 6}}$ = 1.00, ตามลำดับ; p = .000) และ 3) ความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.72, SD = .29)

คำสำคัญ : การดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย, การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคอง, แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็ก

Abstract

This research and development study aimed to develop and implement a practice guideline for bereavement care for families of pediatric patients who had received palliative care. The sample was selected using purposive sampling, including 43 family members of deceased pediatric patients who had entered the palliative care system at the Pediatric Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The research instruments included the bereavement care practice guideline for families of pediatric patients, the Brief Grief Questionnaire (BGQ), and a satisfaction questionnaire. The reliability of BGQ measured by Cronbach's alpha was .75. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-Rank test.

The findings indicated that: 1) The developed practice guideline for bereavement care of families of pediatric patients receiving palliative care demonstrated a content validity index (CVI) ranging from .87 to 1.00 and was considered both clinically appropriate and feasible, yielding outcomes aligned with its intended objectives; 2) Follow-up assessments of BGQ scores among participating family members showed a significantly decrease over time, with scores at 2 weeks, 6 weeks, and 6 months post-loss demonstrating statistical significance at the .05 level ($Mdn_{2nd\ weeks}$ = 4.00, $Mdn_{6th\ weeks}$ = 3.00 and $Mdn_{6th\ months}$ = 1.00, respectively; p = .000); and 3) Overall satisfaction with the bereavement care received over the 6-month period was reported at the highest level (M = 4.72, SD = .29).

Keywords: bereavement care, pediatric palliative care, family care guidelines for pediatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์สภาวะสุขภาพของประชากรไทยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น และจากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า อัตราการตายของเด็กมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อยู่ระหว่าง 7 – 7.5 ต่อประชากร 1,000 คน และสถิติอัตราการตายตามช่วงอายุของประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0 - 4 ปี มีอัตราการตายมากที่สุด สาเหตุสำคัญ คือ โรคมะเร็ง (Public Health Strategies of the Ministry of Public Health, 2020) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กของงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2562 – 2564 พบว่า ผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด และเสียชีวิต 35 - 41 คนต่อปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลที่เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถให้การดูแลควบคู่กับการรักษาโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยได้รับตามมาตรฐานปกติ การดูแลแบบประคับประคองในเด็กจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ ดังนั้น กระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็ก (pediatric palliative care) จึงมี 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการวินิจฉัยการดูแลแบบประคับประคองและทีมวินิจฉัย 2) กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง 3) กระบวนการติดตามดูแลรักษา และ 4) กระบวนการดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (bereavement care) (Hudson et al., 2018) ซึ่งในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (bereavement care) เป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก เพราะการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

และครอบครัว ไม่ได้สิ้นสุดที่การเสียชีวิตของเด็ก แต่การช่วยเหลือยังคงต้องให้ต่อเนื่องกับครอบครัว จนสามารถผ่านพ้นความเศร้าโศกและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หากไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง หากพบความผิดปกติส่งปรึกษาแพทย์เพื่อปรึกษาสภาวะทางจิตใจหลังการสูญเสียเพราะยังไม่สามารถปรับตัวได้ (Aoun, Breen, White, Rumbold, & Kellehear, 2018; Breen et al., 2022; Hudson et al., 2018; Lichtenthal et al., 2024)

การทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยในระยะประคับประคองครบทั้ง 4 กระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ มีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การดูแลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณและในระยะเสียชีวิต ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลและการดูแลภายหลังการเสียชีวิต (Thamanee, Patoomwan, & Phengjard, 2018) เมื่อผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (bereavement care) อย่างไรก็ตาม บทบาทที่สำคัญของทีมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง คือ การติดตามครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถเดินทางผ่านช่วงเวลาที่เศร้าโศกและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จากการศึกษาของ Hudson et al. (2018) พบว่า การช่วยเหลือครอบครัวรวมถึงการติดตามภาวะเศร้าโศกหลังเสียชีวิต มีแนวปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ 1) เริ่มต้นการดูแลครอบครัว 2) ประเมินความต้องการและวางแผนการดูแล 3) การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต และ 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ การศึกษาของ Aoun et al. (2018) พบว่ารูปแบบของการให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่อาศัยประสบการณ์จากครอบครัวของผู้เสียชีวิต ระยะเวลา ความสม่ำเสมอ และสัมพันธภาพที่ดี สามารถช่วยสร้างความไว้วางใจตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือเยียวยาครอบครัวหลังการสูญเสียได้ดีพอ ๆ กับการให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้เสียชีวิต โดยติดตามครอบครัวในช่วง 3 - 6 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังผู้ป่วยเสียชีวิตผ่านการโทรศัพท์และการจัดกิจกรรมรำลึกถึงผู้เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kobel et al. (2019) พบว่า การติดตามโดยการโทรศัพท์ การส่งจดหมาย และ E-mail ประเมินความเสี่ยงของความเศร้าโศกในระยะยาว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและการจัดกิจกรรมรำลึกถึงผู้เสียชีวิต ควรติดตามในช่วง 6 - 12 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปีหลังเสียชีวิต จึงจะสามารถช่วยครอบครัวของผู้เสียชีวิตได้

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการติดตามครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังการเสียชีวิตที่มีหลักฐานชัดเจน โรงพยาบาลรามาธิบดีเมื่อมีผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโรคคุกคามและเข้าสู่การดูแลในระยะประคับประคอง ทีมแพทย์และพยาบาลมีบทบาทในการประเมินและติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้มีความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงตอบสนองความต้องการในครั้งสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต ทีมดูแลประคับประคองเด็กมีการติดตามครอบครัวทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลประคับประคองเด็ก ซึ่งผลการติดตามพบว่า ครอบครัวยังยอมรับการสูญเสียไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตหลังผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้ และจากการวิเคราะห์ระบบการบริการของทีมการดูแลแบบประคับประคองเด็ก พบว่า ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ดังนั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย เพื่อให้การดูแล

และติดตามครอบครัวของผู้ป่วยเด็กสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กและยอมรับการสูญเสียได้

วัตถุประสงค์วิจัย

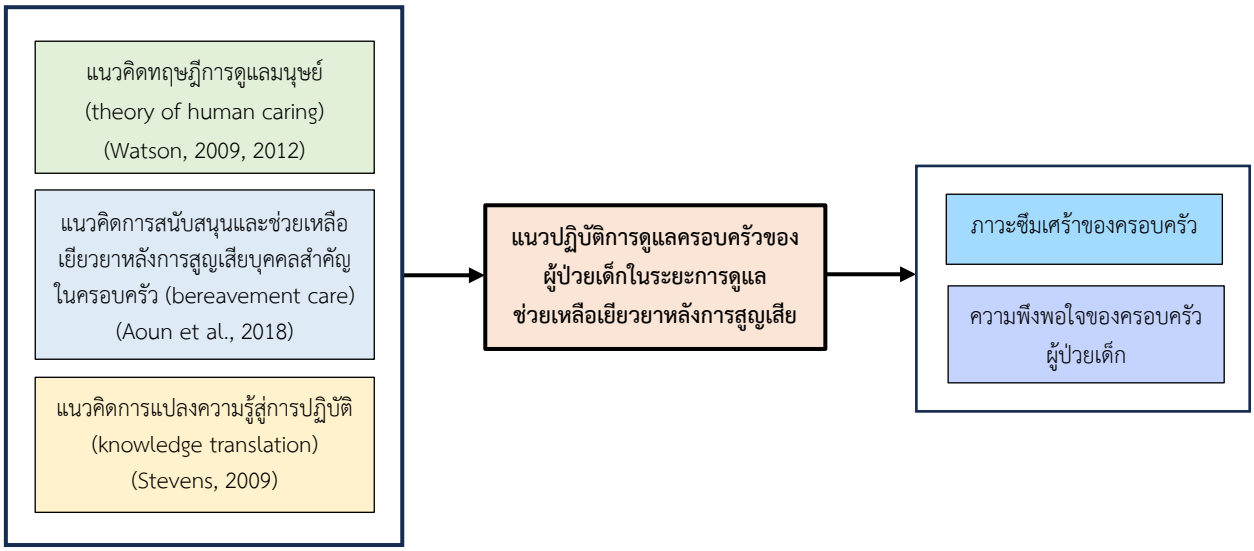
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

2. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (theory of human caring) ของ Watson (2009, 2012) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนและช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในครอบครัว (bereavement care) ของ Aoun et al. (2018) และแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Steven (2009) เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย โดยทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (2009, 2012) กล่าวว่า การดูแล (caring) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานด้านมนุษยธรรมระหว่างบุคคล คือ ผู้ดูแล (caregiver) และผู้ได้รับการดูแล (care recipient) สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการมุ่งเน้นการให้คุณค่าของบุคคลในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่ควรได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยต้องดูแลให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจและยอมรับในความเชื่อ ค่านิยม และการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การตั้งเป้าหมายการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และประสบการณ์ของบุคคล เพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-knowledge) และการรักษาเยียวยาตนเอง (self-healing) หรือการทำความเข้าใจความหมายของชีวิต

สำหรับระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (bereavement care) เป็นระยะที่บุคคลในครอบครัวเกิดการสูญเสียคนภายในครอบครัว จำเป็นต้องได้รับการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพทางจิต (mental health status) จิตสังคม (psychosocial) และการปรับตัว (coping) เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดการสูญเสียภายในครอบครัว แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย จึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการทำงาน (Aoun et al., 2018) และการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Stevens (2009) มีส่วนสำคัญในการนำไปใช้ ซึ่งตามแนวคิดประกอบด้วย 1) การค้นหาความรู้จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผ่านมา 2) การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยผลการวิจัยที่นำมาใช้ต้องไม่มีขัดแย้งกัน 3) การแปลงผลงานวิจัยสู่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลคลินิก 4) การบูรณาการ โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลคลินิกไปปฏิบัติจริง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง และ 5) การประเมินผล เป็นการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ภาวะซึมเศร้าของครอบครัว และความพึงพอใจของครอบครัวต่อแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย ดังแสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติก่อน แล้วตามด้วยการวิจัย ในลักษณะ $D_1R_1D_2R_2$ มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Kanjanawasee, 2016; Wongwanich, 2016)

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (D1) ผู้วิจัยสร้างแนวปฏิบัติขึ้นมาจากการบูรณาการทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (2009, 2012) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนและช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในครอบครัวของ Aoun et al. (2018) และแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติของ Steven (2009) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็น โดยศึกษาความชุกของอัตราการตายของผู้ป่วยเด็ก 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562 - 2564) พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิต ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การดูแลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการดูแลในระยะเสียชีวิต แต่ไม่มีการดูแลและติดตามภายหลังการเสียชีวิตครอบครัว และยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลอย่างเป็นระบบ

1.2 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

1.3 การสืบค้นงานวิจัย บทความวิชาการ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Melnyk and Fineout-Overholt (2023) ซึ่งได้บทความวิชาการ จำนวน 2 ฉบับ แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 3 ฉบับ และงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 2 ฉบับ ผู้วิจัยจึงทำการสังเคราะห์และสรุปเป็นแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (ฉบับร่าง)

1.4 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์กุมารแพทย์ 1 คน อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการและความตรงเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียที่ร่างขึ้นไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า 5 คน (R1) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ระยะที่ 3 ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย (D2) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 2 มาปรับปรุงแนวปฏิบัติ ซึ่งจากอุปสรรคที่ค้นพบ คือ การประเมินสภาพจิตใจและจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสียยังใช้ภาษากำกวม ไม่ชัดเจน ครอบครัวผู้ป่วยมีการถามซ้ำหลายรอบ ทำให้ผู้วิจัยมีการปรับภาษาให้ชัดเจนมากขึ้น พร้อมยกตัวอย่างประกอบ

ระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียฉบับสมบูรณ์ (R2)

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเสียชีวิต

ตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยมาจากงานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วย 9 หอผู้ป่วย คือ 1) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ 2) หอผู้ป่วยโรคทั่วไปเด็กเล็ก 3) หอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป 4) หอผู้ป่วยเคมีบำบัดและปลูกถ่ายไขกระดูกเด็ก 5) หอผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อ 6) หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 7) หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 8) หอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต และ 9) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตเด็ก และเสียชีวิต

ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีการศึกษาเรื่องแนวปฏิบัติการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าอิทธิพลขนาดต่ำ เท่ากับ .39 โดยอ้างอิงค่าจากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันของ Yathongchai, Boontoch, and Wanta (2023) และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 43 คน แล้วทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคอง ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 1 เดือน 2) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคองที่ไม่สามารถติดตามได้จนครบ 6 เดือน และขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแล้วผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งรายละเอียดของแนวปฏิบัติที่ได้ปรากฏในผลการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา ภูมิลำเนา ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการรักษา และการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Brief Grief Questionnaire (BGQ) ของ Shear, Jackson, Essock, Donahue, and Felton (2006) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) คือ ไม่เคย เล็กน้อย

และมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังการสูญเสีย ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 และแบบประเมินมีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี (*Chi-square* = 24.08, *p* = .020, *CFI* = .969, *TLI* = .952, *RMSEA* = .052) (Ito et al., 2012)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลผู้วิจัยใช้ตามวิธีการของ Best and Khan (2016) มี 5 ระดับ ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับมาก
2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง
1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย
1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ COA. MURA2023/58 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่มารับบริการที่งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ผลข้างเคียง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมถึงชี้แจงให้ทราบว่าการวิจัยนี้ไม่มีผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล เมื่อสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนาม ซึ่งข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุสิ่งที่จะบ่งชี้กลับไปหาผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงขอเข้าพบกับตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และแจกแบบสอบถามให้ตัวอย่างทำโดยในครั้งแรกให้ทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย แล้วหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย ให้ตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียและแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank test เนื่องจากคะแนนภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเด็กหลังการสูญเสียภายหลังได้รับแนวปฏิบัติโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กระยะประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.16) อายุช่วง 2 - 12 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.16) มีอายุเฉลี่ย 5.96 (*SD* = 5.30) ปี มีการสูญเสียผู้ป่วยเด็กจากการเป็นโรคมะเร็งมากที่สุด (ร้อยละ 30.23) ส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลรามาธิบดีมากที่สุด (ร้อยละ 83.72)

2. ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.35) สถานะเป็นมารดาซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเด็กมากที่สุด (ร้อยละ 90.70) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.77) อายุเฉลี่ย 36.67 (*SD* = 10.53) ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.19) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 53.49) และรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 55.81) ภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 62.79) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.14) ได้รับการคัดกรองเข้าระบบการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะต้น (early palliative care) (ร้อยละ 58.14) และการแจ้งความประสงค์การเสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กต้องการให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตในโรงพยาบาลรามาธิบดี (ร้อยละ 83.72) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย

ข้อมูลส่วนบุคคล	*n*	%
1) ผู้ป่วยเด็ก		
เพศ		
ชาย	22	51.16
หญิง	21	48.84
อายุ (ปี) (*M* = 5.96, *SD* = 5.30)		
0 - 2 ปี (วัยทารก)	15	34.88
2 - 12 ปี (วัยเด็ก)	22	51.16
12 - 20 ปี (วัยรุ่น)	6	13.96
ลักษณะการเจ็บป่วย		
ผู้ป่วยวิกฤต	3	6.98
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	40	93.02
การวินิจฉัยโรคตามระบบ		
โรคระบบทางเดินหายใจ	3	6.98
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	5	11.63
โรคมะเร็ง	13	30.23
โรคทางพันธุกรรม	8	18.60
โรคระบบประสาท	5	11.63
โรคระบบทางเดินอาหารและตับ	5	11.63
โรคไต	2	4.65
โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	2	4.65
สถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยเด็ก		
บ้าน	5	11.63
โรงพยาบาลรามาธิบดี	36	83.72
โรงพยาบาลตามสิทธิ์	2	4.65

ข้อมูลส่วนบุคคล	*n*	%
2) ครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย		
เพศ		
ชาย	2	4.65
หญิง	41	95.35
อายุ (ปี) (*M* = 36.67, *SD* = 10.53)		
18 - 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	34	79.07
41 - 60 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย)	5	11.63
มากกว่า 60 ปี (วัยผู้สูงอายุ)	4	9.30
สถานภาพ		
สมรส	30	69.77
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	13	30.23
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก		
บิดา	2	4.65
มารดา	39	90.70
ญาติสนิท	2	4.65
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	2.32
มัธยมศึกษา	19	44.19
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	7	16.28
ปริญญาตรี	14	32.56
ปริญญาโท	2	4.65
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	9.30
พนักงานบริษัท	12	27.91
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	9.30
รับจ้างทั่วไป	23	53.49
รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	24	55.81
10,001 - 20,000 บาท	9	20.93
20,001 - 30,000 บาท	6	13.95
30,001 - 40,000 บาท	1	2.33
มากกว่า 40,000 บาทขึ้นไป	3	6.98
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	16	37.21
ต่างจังหวัด	27	62.79
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	18	41.86
ครอบครัวขยาย	25	58.14
การได้รับการคัดกรองเข้าระบบการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะต้น		
ได้รับ	25	58.14
ไม่ได้รับ	18	41.86

3. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง และผลการประเมินความตรงของการทดลองของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า 1) แนวปฏิบัติมีความถูกต้องตามหลักการที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวผู้ป่วยเด็กในระยะประคับประคองได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง และได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่ามีความถูกต้องมากที่สุด 3) มีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตรงตามแผนที่วางไว้ และ 4) ตัวอย่างซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ พบว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยสรุปผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ตลอด 12 เดือน พบว่า พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียให้ความร่วมมือในการประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังตามแนวปฏิบัติอย่างครบถ้วน ดังตาราง 2

ตาราง 2 แนวทางการให้คำแนะนำตามแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

ระยะเวลาติดตาม	บทบาทพยาบาล
สัปดาห์ที่ 1	**เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต** 1. พยาบาลได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การเงิน สังคมสงเคราะห์ ห้องสุดท้าย เป็นต้น 2. ร่วมงานศพของเด็กถ้าสามารถทำได้ เพื่อแสดงความห่วงใย พร้อมให้ความช่วยเหลือ 3. พยาบาลมีการประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นสภาพจิตใจ และจิตสังคมหลังการสูญเสีย (Lichtenthal & Breitbart, 2015) **หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์** 1. ส่งการ์ดแสดงความเสียใจในรูปแบบการ์ดอิเล็กทรอนิกส์ (electronic card) ทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) หรือทางโทรศัพท์ สัญลักษณ์ที่ระบุการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย การ์ดแสดงความเสียใจในรูปแบบการ์ดอิเล็กทรอนิกส์ 2. ประเมินสภาพจิตใจของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความรู้สึก (Aoun, Rumbold, Howting, Bolleter, & Breen, 2017; Lichtenthal et al., 2024) 3. ประเมินแหล่งสนับสนุนของครอบครัว เช่น บุคคลใกล้ชิดกับครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนใกล้เคียง (Aoun et al., 2017)

ระยะเวลาติดตาม	บทบาทพยาบาล
สัปดาห์ที่ 2	1. พยาบาลโทรศัพท์ประเมินสภาพจิตใจและจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย ด้วยแนวคำถามต่อไปนี้ (Breen et al., 2022) 1.1 ความรู้สึกต่อการสูญเสียที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน 1.2 การมองตนเอง และการมองชีวิตในอนาคตเป็นอย่างไร เพื่อประเมินความสามารถและความพร้อมในการดำเนินชีวิตต่อไป หรือยังคงอยู่กับอดีต 1.3 ปัญหาเกี่ยวกับการนอน เช่น นอนไม่หลับ เคยฝันร้าย นอนมากเกินไป เป็นต้น มีบ้างไหม 1.4 มีการใช้ยาเพื่อลดความซึมเศร้า หรือการใช้ยาเพื่อให้นอนหลับ บ้างหรือไม่ 1.5 การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสังคมรอบข้าง เป็นอย่างไร 1.6 วิธีการผ่อนคลายความเครียด และการยินยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เป็นอย่างไร 2. พยาบาลโทรศัพท์เพื่อประเมินการดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย ด้วยแนวคำถามดังต่อไปนี้ (Breen et al., 2022) 2.1 ที่ผ่านมามีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อ่อนเพลีย เป็นต้น บ้างหรือไม่ 2.2 ที่ผ่านมามีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นต้น บ้างหรือไม่ 2.3 ที่ผ่านมาสามารถใช้ชีวิตประจำวัน หรือทำงานได้ปกติ หรือไม่ อย่างไร 3. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Brief Grief Questionnaire : BGQ) เพื่อการสะท้อนสภาพจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการสูญเสียขณะปัจจุบัน (Hudson et al., 2018; Aoun et al., 2017) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนน < 5 คะแนน พยาบาลติดตามและประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 6 คะแนน ≥ 5 คะแนน พยาบาลให้คำปรึกษาและส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อประเมินสภาวะทางจิตใจหลังการสูญเสียที่ยังไม่สามารถปรับตัวได้ 4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความรู้สึกให้ครอบครัวรับรู้ว่าอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติ 5. ติดตามประเมินครอบครัวในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ต่อในสัปดาห์ที่ 6 (Hudson et al., 2018; Aoun et al., 2017)
สัปดาห์ที่ 6	ใช้ขั้นตอนเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 2 และมีการติดตามและประเมินในเดือนที่ 6
เดือนที่ 6	1. พยาบาลโทรศัพท์เพื่อประเมินสภาพจิตใจและจิตสังคม และการดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย (ข้อที่ 1.1 – 1.6 และข้อที่ 2.1 – 2.3) 2. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (BGQ) ซึ่งมีคะแนน 0 - 10 คะแนน คะแนน < 5 คะแนน แสดงว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังการสูญเสียผู้ป่วยเด็กสามารถปรับตัวได้ แล้วจึงยุติการติดตาม คะแนน ≥ 5 คะแนน พยาบาลให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก ให้ไปพบจิตแพทย์เพื่อดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง 3. ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสียต่อการได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียจากพยาบาล

4. ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ได้รับแนวปฏิบัติสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 มีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Mdn_{สัปดาห์ที่\ 2}$ = 4.00, $Mdn_{สัปดาห์ที่\ 6}$ = 3.00, และ $Mdn_{เดือนที่\ 6}$ = 1.00 ตามลำดับ; p = .000) ดังตาราง 3

ผลการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียภายหลังได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.72, *SD* = .29) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ครอบครัวได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่อย่างดีเสมือนญาติคนหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 4.95, *SD* = .21) รองลงมาคือ ทีมผู้ดูแลรับฟังความต้องการของครอบครัวและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก (*M* = 4.88, *SD* = .32) และได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา (*M* = 4.86, *SD* = .35) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ ความพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือไม่ทุกข์ทรมาน (*M* = 4.35, *SD* = .61) ดังตาราง 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียภายหลังได้รับแนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test (*n* = 43)

ระยะเวลาการติดตาม	ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก (BGQ)					*p*
	M	*SD*	*Mdn*	*IQR*	M_{Rank}	
สัปดาห์ที่ 2	4.74	.24	4.00	2 - 10	86.95	.000
สัปดาห์ที่ 6	3.67	.30	3.00	0 - 10	66.17	สัปดาห์ที่ 2 > สัปดาห์ที่ 6
เดือนที่ 6	2.12	.36	1.00	0 - 10	41.87	สัปดาห์ที่ 2 > เดือนที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 > เดือนที่ 6

ตาราง 4 ระดับความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียภายหลังได้รับแนวปฏิบัติ (*n* = 43)

ข้อ	ข้อคำถาม	*M*	*SD*	ความหมาย
1.	ท่านได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพถึงเป้าหมายและแนวทางในการดูแลผู้ป่วย	4.67	.47	มากที่สุด
2.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.56	.50	มากที่สุด
3.	ทีมผู้ดูแลรับฟังความต้องการของครอบครัวและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก	4.88	.32	มากที่สุด
4.	ท่านพึงพอใจที่ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดหรือไม่ทุกข์ทรมาน	4.35	.61	มาก
5.	ครอบครัวได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่อย่างดีเสมือนญาติคนหนึ่ง	4.95	.21	มากที่สุด
6.	ท่านได้รับความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา	4.86	.35	มากที่สุด
7.	หลังผู้ป่วยเสียชีวิตครอบครัวได้รับการใส่ใจดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	4.79	.41	มากที่สุด
8.	โดยรวมท่านพึงพอใจต่อการดูแลของทีมดูแลรักษาแบบประคับประคอง	4.70	.46	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.72	.29	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (theory of human caring) ของ Watson (2009, 2012) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนและช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในครอบครัว (bereavement care) ของ Aoun et al. (2018) และแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Steven (2009) ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา 0.87 - 1.00 เป็นไปตามที่ Polit and Hungler (2013) ได้ระบุไว้ว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงถือว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี และหลังจากนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลัง

การสูญเสียให้ความร่วมมือตามแนวปฏิบัติและร่วมประเมินผลลัพธ์อย่างครบถ้วน ทำให้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (theory of human caring) ของ Watson (2009, 2012) ตรงที่ในการศึกษาครั้งนี้ในแนวปฏิบัติมีการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับมุมมอง ความเชื่อ แนวคิด ค่านิยม รวมถึงการแสดงออกเชิงพฤติกรรมของครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กในระยะท้ายของชีวิตและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นตามลักษณะของแต่ละครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่มีความแตกต่างกัน และยังให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียตามแนวคิดการสนับสนุนและช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในครอบครัว (bereavement care) ของ Aoun et al. (2018) เพราะครอบครัวของผู้ป่วยเด็กควรได้รับประเมิน ติดตามและให้การช่วยเหลือในด้านภาวะสุขภาพทางจิต หรือจิตสังคม เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ และสามารถดำเนินชีวิตเพื่อดำรงชีพแบบปกติได้

นอกจากนี้ ในช่วงการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียผู้วิจัยได้ค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือบทความวิชาการที่ทันสมัยเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพบริบทและปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตให้มากที่สุด ตามแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Stevens (2009) อีกทั้งกิจกรรมในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาจากงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่ผ่านมาประเมิน วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามแนวคิดของ Melnyk and Fineout-Overholt (2023) จึงเกิดเป็นแนวทางที่ทำให้พยาบาลแสดงบทบาทการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ชัดเจน

2. ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ได้รับแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย เมื่อมีการติดตามสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต จากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านจากการเผชิญเหตุการณ์วิกฤตของชีวิต เมื่อผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากโรคแล้ว มีการประเมินและติดตามภาวะซึมเศร้าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย และให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์ ตลอดจนส่งต่อให้กับจิตแพทย์เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กเกิดการอยากมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดำเนินการต่าง ๆ เป็นอย่างดีทุกคน ซึ่งในจำนวนนี้มีครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก 5 คน ได้รับการคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และได้รับการส่งต่อให้จิตแพทย์ประเมินติดตาม และรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของ Hudson et al. (2018) ที่ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลและรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า การดูแลแบบประคับประคอง การติดตามดูแลรักษา และดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยการติดตามสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 6 ภายหลังการสูญเสียสามารถลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการฆ่าตัวตายได้

นอกจากนี้แล้ว ผลการประเมินความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสีย

ในการวิจัยครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามหลักความเชื่อหรือศาสนา อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเด็กประทับใจในการดูแลรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาล สอดคล้องกับคำแนะนำของ Lichtenthal et al. (2024) พบว่า การติดตามจากทีมแพทย์และพยาบาลในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียสามารถเปลี่ยนผ่านเหตุการณ์วิกฤตไปได้ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน สามารถลดภาวะซึมเศร้าของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียได้ ตลอดจนช่วยให้สามารถปรับตัวจนกลับไปประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในทางคลินิก พยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะประคับประคอง ควรได้ฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียก่อนการใช้จริง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง และสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าแนวปฏิบัติการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระยะการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย โดยมีการติดตามระยะยาวตลอด 12 เดือน

2.3 ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมการปรับตัว ของครอบครัวผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสีย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้การสนับสนุนการในการทำวิจัยทางการพยาบาล ขอบคุณ ดร. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ) ที่ปรึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้มีความถูกต้องและสามารถนำไปใช้ในการทำงานของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคอง สุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวของผู้ป่วยเด็กภายหลังการสูญเสียที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

Aoun, S. M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., & Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, *32*(8), 1378–1388. https://doi.org/10.1177/0269216318774995

Aoun, S. M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., & Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PloS One, 12*(10), e0184750. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750

Best, J. W., & Khan, J. V. (2016). *Research in education* (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Breen, L. J., Kawashima, D., Joy, K., Cadell, S., Roth, D., Chow, A., & Macdonald, M. E. (2022). Grief

literacy: A call to action for compassionate communities. *Death Studies*, *46*(2), 425–433. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1739780

Hudson, P., Hall, C., Boughey, A., & Roulston, A. (2018). Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative & Supportive Care*, *16*(4), 375-387. https://doi.org/10.1017/S1478951517000451

Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., . . . Wall, M. M. (2012). Brief measure for screening complicated grief: Reliability and discriminant validity. *PloS One, 7*(2), e31209. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031209

Kanjanawasee, S. (2016). Research and development for Thai education. *Silpakorn Educational Research Journal, 8*(2), 1-18.

Kobel, C., Morris, D., Thompson, C., & Williams, K. E. (2019). Bereavement support in palliative care: A national survey of Australian services. *Journal of Palliative Medicine*, *22*(8), 933-938. https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0502

Lichtenthal, W. G., & Breitbart, W. (2015). The central role of meaning in adjustment to the loss of a child to cancer: Implications for the development of meaning-centered grief therapy. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *9*(1), 46–51. https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000117

Lichtenthal, W. G., Roberts, K. E., Donovan, L. A., Breen, L. J., Aoun, S. M., Connor, S. R., & Rosa, W. E. (2024). Investing in bereavement care as a public health priority. *The Lancet Public Health*, *9*(4), e270–e274. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00030-6

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. (2020). *Public health statistics A.D.2019.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., & Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services, 57*(9), 1291-1297. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.9.1291

Stevens, K. R. (2009). *Essential competencies for evidence-based practice in nursing*. Academic Center for Evidence-Based Practice. University of Texas Health Science Center at San Antonio.

Thamanee, G., Patoomwan, A., & Phengjard, J. (2018). Palliative care needs of children with cancer and their families as perceived by family caregivers. *Ramathibodi Nursing Journal, 24*(3), 295-312.

Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of Health and Human Services Administration*, *31*(4), 466–482. http://www.jstor.org/stable/25790743

Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Wongwanich, S. (2016). *Educational research methodology: Inspiring new perspective*. Bangkok: Icon printing.

Yathongchai, S., Boontoch, K., & Wanta, R. (2023). Effects of the bereavement program to prevent complicated grief of bereaved parents who lose a child from illness. *Journal of Nursing Science and Health*, *46*(1), 74–87.