

การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต



เรือเอกหญิง อรวรรณ คล้ายพยัคฆ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A FACTOR ANALYSIS OF END OF LIFE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT



Lieutenant Orawan Klaypayak

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2006
Copyright of Chulalongkorn University

อรรถวรรณ คล้ายพยัฆ: การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต. (A FACTOR ANALYSIS OF END OF LIFE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT) อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกวร จิตปัญญา, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์. 164 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และครอบครัว ขั้นที่ 2 สร้างเครื่องมือโดยใช้แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 ขั้นที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 335 คน ได้แบบสอบถามกลับคืนและสมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 95.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ สกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก หมุนแกนแบบอโรโรคอนอล ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ คัดเลือกองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จากเกณฑ์องค์ประกอบตัวชี้วัดมีค่าไอเกนมากกว่า 1.0 องค์ประกอบมีตัวแปรไม่น้อยกว่า 3 ตัวแปรขึ้นไปและตัวแปรมีน้ำหนักองค์ประกอบอย่างน้อย 0.40

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ อธิบายด้วย 40 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.24 ดังนี้

1. การดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 8 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.57
2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 7 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.35
3. การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.12
4. การจัดการเพื่อการดูแล ประกอบด้วย 6 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.88
5. การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน ประกอบด้วย 5 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.69
6. การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.88
7. การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.72

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... อรรถวรรณ คล้ายพยัฆ.
 ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... อ. ชนกวร จิตปัญญา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

4877613336: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: END OF LIFE CARE / INTENSIVE CARE UNIT

ORAWAN KLAYPAYAK: A FACTOR ANALYSIS OF END OF LIFE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: ASSOC.PROF. POL.CAPT. YUPIN AUNGSUROCH. Ph.D., 164 pp.

The purpose of this research was to explore the factor of end of life care in the intensive care unit, Regional Hospital and Medical Centers. Three main steps were conducted. The first step was to illustrate the research framework by reviewing literature and interviewing the experienced professional nurses, patients and family. The second step was to develop measurement of the end of life care in the intensive care unit which was accepted by the panel of experts with Cronbach's alpha coefficient was 0.88. The third step was to collect data from 335 sample of professional nurses. Response rate for the study was 95.71% The data were analyzed by using principal component extraction with an orthogonal rotation and varimax method. Then, the items were selected base on the criteria of factor with an eigen value >1.0, factor including at least 3 items, and items with factor loading at least 0.40.

Research findings were as follows:

The factor of end of life care in the intensive care unit, Regional Hospital and Medical Centers consisted of seven factors, described by 40 items, accounted for 64.24% of explained variance. The seven factors were as follows:

1. Holistic care described by 8 items accounted for 10.57 % of the variance.
2. Continuing of care described by 7 items accounted for 10.35 % of the variance.
3. Patients and family center of care described by 6 items accounted for 10.12 % of the variance.
4. Management of care described by 6 items accounted for 8.88 % of the variance.
5. Organization support described by 5 items accounted for 8.69 % of the variance.
6. Participants of care described by 4 items accounted for 7.88 % of the variance.
7. Communication of caring teams described by 4 items accounted for 7.72 % of the variance.

Field of Study.....Nursing Science.....Student's Signature.....*Orawan Klaypayak.*
 Academic Year.....2006.....Advisor's Signature.....*Ch. J.*
 Co-advisor's Signature.....*Yupin Aungsuroch*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือและความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำ และชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่และหวังดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุภษดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำในการปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นของเครื่องมือการวิจัย ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และขอบคุณน้องชายที่คอยให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการีผู้ให้กำเนิด ญาติพี่น้อง อาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และกัลยาณมิตรทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. การพยาบาลผู้ป่วยในหอวิกฤต.....	8
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	15
3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	35
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	79
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	88
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	89
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	96
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	97
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	99
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	101
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	101
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107

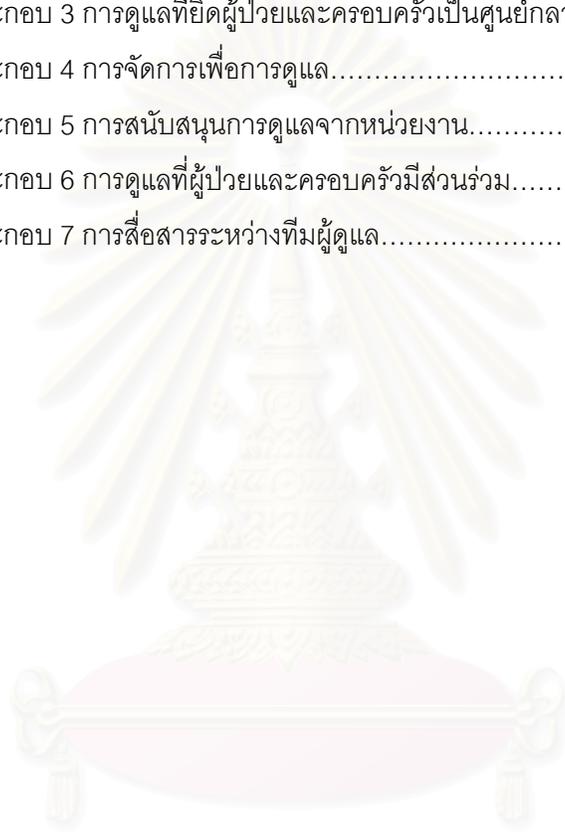
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	125
	สรุปผลการวิจัย.....	125
	อภิปรายผลการวิจัย.....	128
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	135
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	136
	รายการอ้างอิง.....	137
	ภาคผนวก.....	146
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	147
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ, จดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัยและเอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...	149
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบสอบถาม.....	157
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	164

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย วิกฤต.....	54
2 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.....	59
3 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว.....	62
4 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง.....	65
5 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว.....	68
6 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสุขสบาย.....	71
7 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว.....	74
8 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการ สนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	77
9 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาลศูนย์ 12 เขต จำนวน 12 โรงพยาบาล.....	100
10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำแนก ตามอายุ ระดับ การศึกษา แผนกหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ทำงานในหอ ผู้ป่วยวิกฤต.....	103
11 แสดงการทดสอบ KMO and Bartlett's Test of Sphericity.....	105
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอ ผู้ป่วยวิกฤต เรียงตามลำดับคะแนนค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุด.....	108

ตารางที่	หน้า
13 ค่าสถิติเริ่มต้น ก่อนทำการสกัดปัจจัยโดยวิธีองค์ประกอบหลัก.....	114
14 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบภายหลังการหมุนแกน.....	116
15 องค์ประกอบ 1 การดูแลแบบองค์รวม.....	118
16 องค์ประกอบ 2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง.....	119
17 องค์ประกอบ 3 การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.....	120
18 องค์ประกอบ 4 การจัดการเพื่อการดูแล.....	121
19 องค์ประกอบ 5 การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน.....	122
20 องค์ประกอบ 6 การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม.....	123
21 องค์ประกอบ 7 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล.....	124



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แนวคิดของการให้ Palliative care.....	19
2 กรอบเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วย วิกฤต.....	57
3 กรอบแนวคิดเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย วิกฤตก่อนทำการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ(Factor Analysis).....	87
4 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	88



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีอาการต่างๆ บังคับถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (องค์การอนามัยโลก, 1990) ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามาก มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการรักษาที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้มากขึ้น (วนิดา ศรีวรกุล, 2537) จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาให้หายได้ และผู้ป่วยไม่ควรตาย แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่เต็มที่มากเกินไปจนความจำเป็น มีค่าใช้จ่ายที่สูง ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักสามารถอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าจะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นเช่นไรก็ตาม ความเชื่อที่ว่าความตายเป็นสิ่งน่าสะพรึงกลัวที่ทุกคนไม่พึงปรารถนาเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เต็มไปด้วยความเศร้าโศก ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายส่วนมากต้องการมาใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายส่วนใหญ่จึงเป็นภาระของแพทย์ พยาบาล เพราะผู้ป่วยต้องการให้มีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ซึ่งเกิดจากโรค และความเจ็บป่วยให้หมดไป (ชมพูนุช พงษ์ศิริ, 2538)

ในต่างประเทศจากการศึกษาของ Morrison et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยชาวอเมริกันส่วนมากเลือกเสียชีวิตที่บ้าน แต่เมื่อมีการจัดระบบ Hospice และการดูแลแบบประคับประคองขยายเพิ่มมากขึ้นในปี ค.ศ. 2004 พบว่าชาวอเมริกันมากกว่า 50 % ที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงในระยะสุดท้ายเลือกที่จะเสียชีวิตขณะรับการรักษาอยู่ในห้องไอซียู เช่นเดียวกับการศึกษาของ Richard et al. (2005) เป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเช่นกัน พบว่าชาวอเมริกันประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรเสียชีวิตในโรงพยาบาล และต้องการได้รับการดูแลในห้องไอซียู เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับห้องไอซียูที่สามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น ความปวด อาการกระสับกระส่าย และอาการหายใจลำบากได้ การดูแลแบบประคับประคองสามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล การศึกษาของวนิดา ศรีวรกุล (2537) พบว่าในอดีตครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่บ้าน ท่ามกลางญาติพี่น้องที่คอยดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน การดูแลในสถานพยาบาลจะเกิดเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมอาการทุกข์ทรมาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ

จอนณะจิง เฟ็งจาด (2547) พบว่า ในอดีตบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการใช้เป็นที่เสียชีวิต แต่ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่สนคติเกี่ยวกับการรักษาเปลี่ยนไป เน้นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว และความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบันเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบปัญหาที่เกิดขึ้นหลายด้าน เช่นจากการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชันนาฏ ฦ นคร และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตายของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) พบว่า ความต้องการขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตาย ต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลเกิดความยุ่งยากในการให้การพยาบาล บางครั้งพยาบาลไม่กล้าที่จะเดินเข้าไปใกล้ผู้ป่วย ไม่กล้าที่จะพูดกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย (ขวัญตา บาลทิพย์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ รสพร ประทุมวัน (2534) พบว่า พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย รับรู้สภาวะและอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา มักเกิดความท้อแท้ใจ เพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เกิดความเหนื่อยหน่าย เครียด และวิตกกังวล การปฏิบัติงานจึงเป็นไปในลักษณะมุ่งเน้นงานกิจวัตรให้เสร็จ และเฉยเมยต่อความรู้สึกของผู้ป่วย อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้แพทย์และพยาบาลให้ความสนใจกับเครื่องมือทันสมัยต่างๆ มากขึ้น จนทำให้สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยลดน้อยลง ไม่เข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความทุกข์ทรมาน ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดและครอบคลุมทุกด้านมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (ชันนาฏ ฦ นคร และคณะ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarke et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในห้องไอซียู มักได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด เนื่องจากไม่ได้รับการจัดการกับอาการที่เหมาะสมและการเจ็บป่วยที่รุนแรง จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ทันได้เตรียมใจให้พร้อม ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Katherine et al. (2001) พบว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว จะก่อให้เกิดความเครียด ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ที่ต้องนอนป่วยอยู่ที่ท่ามกลางแพทย์และพยาบาลที่เดินขวักไขว่ มีงานยุ่งมากกับการให้ยา ให้การรักษา และดูแลการทำงานของเครื่องมือต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเหมือนถูกแยกจากบุคคลเหล่านี้ (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2549)

การศึกษาของ Truog et al. (2001) พบว่าครอบครัวมีความต้องการในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการได้รับทราบข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของวงรัตน์ ไสสุข (2544) พบว่าญาติของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนิศา สุขตระกูล (2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย มีความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก จะเห็นได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทางด้านของที่มีสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สมบูรณ์ ไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายด้วย พันธกิจของหอผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบัน จึงไม่ใช่เฉพาะการดูแลเพื่อรักษาชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการการดูแลอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเสียชีวิตด้วย (พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2548) ปัญหาที่พบในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบัน คือการรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) ขัดแย้งกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลที่เน้นการรักษาโรคมาเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (จอณณะจง เพ็งจาด, 2547; Skilbeck and Payne, 2005)

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคล ทั้งคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่งชนชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม Corr (2003) ทำการศึกษาการจัดการพยาบาลในการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นช่วงเวลาที่คุ้มค่าที่สุด พร้อมทั้งจะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความกล้าหาญ

สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน การพยาบาลที่ให้อำนาจถึงประโยชน์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ ที่มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ซึ่งลักษณะการพยาบาลเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชัชานาฏ ณ นคร และคณะ (2538) และ Clarke et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมในระดับมาก การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการอาการทางกายที่เห็นชัดเจนขณะเจ็บป่วย การพยาบาลที่มุ่งที่ปฏิบัติตอบสนองของผู้ป่วยต่อความตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด นอกจากนี้จะสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงการความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีชีวิตช่วงสุดท้ายที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการยินยอมรักษา การบอกความจริง รวมไปถึงความยุติธรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ นำไปสู่การปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องการเครื่องมือหรือตัวชี้วัดที่มีความถูกต้อง แม่นยำในการตรวจสอบคุณภาพการเสียชีวิต ซึ่งค่อนข้างเป็นปัญหาสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากมักเจ็บป่วยรุนแรง อาการหนักเกินกว่าที่จะบอกความคาดหวังของตนเองในเรื่องคุณภาพชีวิตและเล่าประสบการณ์ในระยะสุดท้ายได้ หากจะถามจากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว บางครั้งคนเหล่านี้ก็ยังอยู่ในอารมณ์ของความสูญเสียและอารมณ์อื่น ๆ ที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ (Mularski et al., 2005)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมมาประมวลสรุป เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้การพัฒนาคความรู้ ทักษะการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกระยะของการเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต

ปัญหาการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ จำแนกตามการแบ่งส่วนราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 12 เขต

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีประสบการณ์ทำงาน 5 ปีขึ้นไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์
2. ความแตกต่างด้านเวลาและสถานที่ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มประชากร จะไม่ส่งผลต่อการประเมินของผู้ตอบในแต่ละข้อความ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมินได้จากการรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ตามที่ได้ประมวลสรุปแนวคิดของสันต์ หัตถิรัตน์ (2528), สิวลี ศิริไล (2534), รสพร ประทุมวัน (2534), วนิดา ศิริวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชูณหปราณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547), จอนณะจ พังจาด (2547), เต็มศักดิ์ พิงค์มี (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1990), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002) และ Clarke et al. (2003) ร่วมกับการสัมภาษณ์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การสื่อสาร

ภายในที่มร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกโรค ซึ่งมีอาการหนักและอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยการรักษายาบาลกระทำโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ และทักษะในการดูแล มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง พร้อมทั้งมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ลักษณะของหอผู้ป่วยแบ่งตามอาการเจ็บป่วยตามสภาวะของโรค ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตเด็กและทารกแรกเกิด

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล มีประสบการณ์เป็นพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต 5 ปีขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

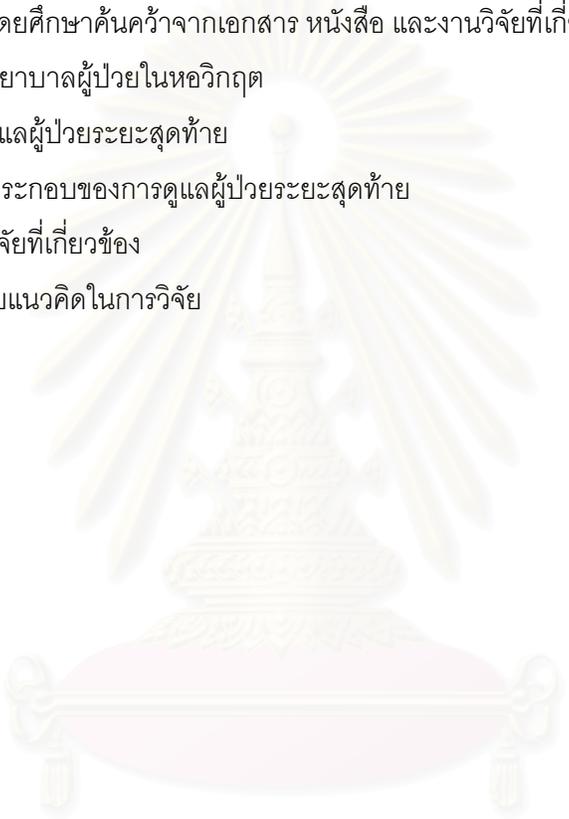
1. ทางด้านการพยาบาลสามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม และเป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ทางด้านการศึกษา สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้
3. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยในหอวิกฤต
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. การพยาบาลผู้ป่วยในหอวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) เป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องมีบุคลากรพยาบาลจำนวนเพียงพอ และให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานนี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก จะต้องเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความชำนาญและทักษะ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวนเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษ พร้อมทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตอย่างเพียงพอ มีระบบที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยสมาชิกทีมประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะและประสบการณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลกระทบที่จะมีต่อผู้ป่วยและครอบครัว (บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, 2545)

สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับตติยภูมิ รับผิดชอบผู้ป่วยที่มีความสลับซับซ้อนของโรค และมีอาการบาดเจ็บรุนแรง มีโรคแทรกซ้อนและโรคที่ต้องอาศัยการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในหลายสาขา มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการพยาบาลและมีสหสาขาวิชาชีพ (Holloway, 1993) ซึ่งในลักษณะของการให้บริการพยาบาลนั้น มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปมาก เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนในการดูแลหรือการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ซึ่งในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีความจำเป็นในการใช้น้อยกว่า เนื่องจากในลักษณะการให้บริการในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมุ่งเน้นไปที่การพักผ่อน การฟื้นฟูอาการ และการส่งเสริมสุขภาพ

ลักษณะงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะดังนี้ (วรรณวิไล จันทราภา, 2544)

1. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจากการรักษาของแพทย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ กลับสู่สภาพเดิมได้เร็วที่สุด
2. มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลและรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือและการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีการเตรียมความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพตลอดเวลา

5. การทำงานมีการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ต่างๆ มาใช้ให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
6. มีการตัดสินใจที่รวดเร็วในกรณีมีอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน
7. เฝ้าระวังและสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
8. การเตรียมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยทั่วไป
9. ติดต่อประสานงานกับแพทย์ ผู้ชำนาญการ หน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล
10. อธิบายและตอบคำถามแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางจิตใจ

จากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตของโรค จำเป็นต้องใช้นักวิชาการทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย ตลอดจนมีการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาที่ดี ซึ่งในลักษณะดังกล่าวทำให้หอผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของผู้ป่วย ความเร่งด่วนในการดูแล หรือการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ซึ่งในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมีความจำเป็นในการใช้น้อยกว่า เนื่องจากในลักษณะการให้บริการในหอผู้ป่วยทั่วไปจะมุ่งเน้นไปที่การพักผ่อน พื้นฟูอาการ และการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าลักษณะงานและเป้าหมายของการให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกัน

1.1 ลักษณะผู้ป่วยวิกฤต

คำว่า วิกฤต มาจากภาษาอังกฤษ คือ Crisis และ Critical ทั้งสองคำมีความหมายที่ใกล้เคียงกันมากจึงนำมาใช้สลับเปลี่ยนกันเสมอ Critical นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาการรุนแรงหรือขั้นฉุกเฉินมีอันตราย Crisis นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะการณั้คับขัน เป็นจุดวิกฤตของการเป็นโรคที่ทำให้เกิดมีอาการดีขึ้น หรือตายได้ทันที ผู้ป่วยในสภาวะนี้ มีโอกาสของความเป็นความตายได้เท่ากัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2536)

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกาย ซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตอยู่ ซึ่งหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตคือ 1) ให้ได้การวินิจฉัยโดยรวดเร็ว 2) ให้การรักษาทันทีโดยมีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม 3) ติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างใกล้ชิด 4) ควบคุมเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้กับผู้ป่วยให้ทำงานถูกต้องเหมาะสม 5) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าเกิดขึ้นควรรีบบำบัดโดยเร็วและรักษาทันที ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดเฉพาะอวัยวะหรือเกิดร่วมกัน ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ไต ทางเดินอาหาร หรือสมอง 6)

ประเมินผลลัพธ์ของการรักษาเป็นระยะ 7) ใช้ที่มตัดสินใจรักษาที่สำคัญและเสนอให้ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวได้ร่วมรับรู้และร่วมตัดสินใจ 8) พิจารณาถึงสมดุลระหว่างการให้การรักษาแบบประหยัด คุ่มค่ากับการยื้อเวลาเสียชีวิต และ 9) ตัดสินใจ ไม่ให้ คงไว้ หรือหยุดการรักษาบางวิธีอย่าง เหมาะสม (นันทา มาระเนตร, 2543)

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และต้อง เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อปัญหาทางสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต (สมาคม พยาบาลวิกฤตแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา, 1984 อ้างถึงใน สิริพร โกวิทเทวารังศ์, 2547) ดังนั้น เป้าหมายสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตของ ชีวิต โดยการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและมี คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีจุดเน้นที่การรักษาชีวิต (Life saving) การให้การดูแลแบบองค์รวม (Provide holistic care) โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) การป้องกันโรค (Prevention of disease) และส่งเสริมสุขภาพ (Promotion of health) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้อง มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการทำงาน ร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือที่ดีในทีมสหสาขา เพื่อ ตอบสนองการรักษาพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด (นันทา มาระเนตร, 2543)

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing: AACN) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นการพยาบาลที่ เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วยทั้งคน ตามการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย หรือ ภาวะเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วย

วงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538) ได้กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการให้การ พยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิต หรือเจ็บป่วยได้รับอันตรายต่อชีวิต โดยพยาบาล จะต้องทำการสังเกต ตรวจสอบสภาวะความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพ สรีระภาพ ตลอดจนจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในอันที่จะทำให้ หน้าที่ต่างๆกลับคืนสู่สภาพปกติ

วิจิตรา กุสุมภ์ (2544) ได้ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การดูแล บุคคลที่มีปัญหาจากการถูกคุกคามต่อชีวิตโดยเน้นการรักษา (Cure) การดูแลประคับประคอง

(Care) ทั้งร่างกายและจิตใจร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่จะเกิดต่อชีวิตผู้ป่วย

Hayne and Bailey (1982 อ้างถึงใน สายพิน ปิ่นแก้ว, 2544) ได้ระบุว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คือการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว การที่พยาบาลมีความเข้าใจในสรีรวิทยาและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามนั้นโดยเร็วที่สุดและปราศจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมคือคำนึงถึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nursing: AACN, 2002) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามรูปแบบของ Synergy Model ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดหลัก 4 ด้าน คือ ด้านภาระหน้าที่ (Mission) ด้านวิสัยทัศน์ (Vision) ด้านคุณค่า (Value) และด้านจริยธรรม (Ethics) และกำหนดวิธีการปฏิบัติในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ 2 ส่วน คือ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน โดยรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

เกณฑ์ การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ครบครัน ความต้องการการดูแลสุขภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วย ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม เป็นข้อมูลที่สำคัญ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องเป็นระบบและต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

เกณฑ์ วินิจฉัยจากข้อมูลที่ประเมินได้ ข้อวินิจฉัยใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมผู้ป่วย ครบครัน และทีมสุขภาพอื่นๆ เป็นข้อวินิจฉัยที่ช่วยวัดผลลัพธ์ และการวางแผนการพยาบาลที่ก้าวหน้า และเป็นข้อวินิจฉัยที่สำคัญ

มาตรฐานที่ 3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ ผลลัพธ์ได้จากข้อวินิจฉัยที่เป็นจริง มีความเป็นไปได้ เป็นระบบเหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เหมาะสมเป็นจริงกับอายุและความสามารถของผู้ป่วย ผลลัพธ์วัดได้ คาดการณ์ได้จากความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการพยาบาล วิธีปฏิบัติการพยาบาลเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

เกณฑ์ วางแผนการพยาบาลตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการวางแผนร่วมกันในทีม ผู้ป่วย และครอบครัว การวางแผนการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การวางแผนต้องมีความต่อเนื่อง ยอมรับได้ และเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

เกณฑ์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุกคามต่อชีวิตน้อยที่สุด ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลเป็นระบบ ต่อเนื่อง

เกณฑ์ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอื่นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินอย่างเหมาะสม ประเมินผลในระยะเวลาที่เหมาะสมภายหลังจากการให้การพยาบาล ข้อมูลจากการประเมินอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ในการปรับปรุงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผลลัพธ์ และการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินได้จากผลลัพธ์และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 2 มาตรฐานการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

มาตรฐานที่ 1 คุณภาพการพยาบาล คุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

พยาบาลอย่างมีระบบ

เกณฑ์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ผลของการดูแลอย่างมีคุณภาพเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐานที่ 2 การประเมินและพัฒนาตนเอง ประเมินตนเองตามมาตรฐานการปฏิบัติของวิชาชีพและกฎระเบียบข้อบังคับ

เกณฑ์ พยาบาลประเมินตนเองตามการปฏิบัติของวิชาชีพ สถานภาพและกฎระเบียบข้อบังคับ ประเมินจากการป้อนกลับจากทีมดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพอื่นๆ และพยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาความรู้ ความสามารถทางการพยาบาล เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ ทักษะกว้างไกล มองหาประสบการณ์จากการปฏิบัติ นำมาเสริมสร้างทักษะ และสมรรถนะ

มาตรฐานที่ 4 ความสามารถในการเชิงวิชาการ พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ และผู้ร่วมงานอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์กับผู้ร่วมงานอื่นๆ เพื่อยกระดับวิชาชีพ ช่วยให้ทีมมีประสิทธิภาพผลจากการทำงานร่วมกัน

มาตรฐานที่ 5 คุณภาพเชิงจริยธรรม พยาบาลยึดหลักคุณธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการตัดสินใจและให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พึ่งพาตนเองได้ พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันไม่แบ่งแยกชนชั้น ปกป้องเกียรติ ศักดิ์ศรี สิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยและพยาบาลต้องยึดหลักจริยธรรมในการตัดสินใจและการให้การพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 บทบาทด้านการมีส่วนร่วม พยาบาลร่วมมือประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพอื่นๆ

เกณฑ์ พยาบาลติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ทำงานเป็นทีมในการวางแผนการดูแลร่วมกันตัดสินใจ นำไปสู่การให้การรักษาพยาบาล การประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ และมีการส่งต่อในเรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 7 ความสามารถด้านการวิจัย พยาบาลใช้ผลงานการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลปฏิบัติงานบนพื้นฐานของงานวิจัยที่ได้ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ความเชี่ยวชาญ

มาตรฐานที่ 8 ความสามารถในการใช้แหล่งประโยชน์ พยาบาลพิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน และค่าใช้จ่ายในการวางแผน และการให้การพยาบาล

เกณฑ์ พยาบาลประเมินปัจจัยด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพของงาน ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ พยาบาลทำหน้าที่ตามสถานภาพที่ได้รับมอบหมาย และพยาบาลเป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัว

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้กำหนดมาตรฐานวิธีการปฏิบัติในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ หมายถึง การปฏิบัติในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินปัญหา ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

2. การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

3. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ หมายถึง การช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการรบกวนความสุขสบาย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การช่วยการหายใจ การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว

4. การดูแลความปลอดภัย หมายถึง การปฏิบัติดังต่อไปนี้ การจัดการให้ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี ความร้อน แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกยึด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

6. การจัดการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการทำงาน

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะบางส่วนด้วยวิธีต่างๆ

8. การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการและครอบครัว (Facilitation of patient and family self care) หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

วรรณวิไล จันทราภา (2544) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตว่า นอกจากจะเป็นการพยาบาลพิเศษเฉพาะทางที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) แล้วยังเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Vital organs) เช่น หัวใจ หลอดเลือด ปอด สมองและไต

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สมบูรณ์ จึงไม่ใช่การดูแลเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเท่านั้น แต่ต้องให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างมีเมตตาต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย

2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายต่างๆ ดังนี้ คือ สันต์ หัตถิรัตน์ (2528 อ้างถึงใน ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) ให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจ ซึ่งไม่มีโอกาสจะพ้นทุกข์ทรมานและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นได้อีก

Johnson and Bourgeois (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะต้องทนทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้ หมดหวัง และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การ

พยาบาลที่ให้มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะหนึ่งของพัฒนาการทางจิตที่มีผลต่อระบบชีวิตครอบครัว สังคม รวมถึงชีวิตของบุคคลผู้ที่กำลังเผชิญกับความตาย โดยให้ความสำคัญกับการดูแลตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์ของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีอาการต่างๆ บ่งชี้ถึงการมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

Kubler-Ross (1975 อ้างถึงใน ซอลัดดา พันธุเสนา, 2534) ได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็น 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะอาจจะไม่เรียงตามลำดับเสมอไป อาจกลับไปกลับมาได้ ตามแนวคิดนี้บุคคลที่กำลังจะตายหรือรู้ว่าจะตายในระยะเวลาอีกไม่นาน จะตอบสนองต่อความตายดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Stage of denial and isolation) ทันทีที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นตนเองนั้นต้องตาย ผู้ป่วยจะมีอาการตกใจ งุนงงในตอนแรกและหลังจากนั้นจะปฏิเสธ ไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (Stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ อารมณ์เสีย หงุดหงิด ไม่ถูกใจบุคคลรอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ ปฏิเสธยาและอาหาร ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีแต่คำตำหนิติเตียนครอบครัว แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (Stage of Bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง มักคิดหรือพูดทำนองว่า “ใช่ฉัน แต่.....” เพื่อจะยืดเวลาต่อไปอีกระยะหนึ่ง การต่อรองของผู้ป่วยมักจะออกมาในรูปของศาสนา ความเชื่อ และค่านิยมของเขา โดยอาจจะทำการบนบานศาลกล่าวหรือให้สัตย์ปฏิญาณต่อตนเองว่าถ้ารอดตายจะกระทำความดีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการตอบแทน

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (Stage of depressance) ผู้ป่วยจะซึมเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง ซบอบอยู่เฉยๆ ไม่พูดจา ตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว ความเศร้าในระยะนี้มี 2 ชนิดประการแรกเป็นความเศร้าที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ประการหลังเป็นความเศร้าในการเตรียมตัวตาย ซึ่งความเศร้าทั้ง 2 ชนิดนี้ต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (Stage of acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสียของตน มักคิดรำพึงว่า “ฉันพร้อมที่จะตาย” จะไม่ต่อรองเพื่อความหวังใดๆ อีก การต่อสู้สิ้นสุดลง

เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ต้องการเพียงคนเดียวที่ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การติดต่อกับผู้อื่น ผู้ป่วยระยะนี้ ควรใช้สายตา กิริยาท่าทาง และการสัมผัสมากกว่าการพูด ผู้ที่กำลังจะตายบางคนเท่านั้นที่จะแสดงอาการยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายของตนเอง โดยอาจจะบอกญาติมิตร บุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับตนให้เตรียมพิธีศพของตน

Weisman (1972 อ้างถึงใน รัชมน นามวงษ์, 2540) ได้แบ่งระยะของการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 4 ระยะ คือ

1. ระยะของการมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ เริ่มเมื่อผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยจนถึงได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะมีอาการซีด เมื่อทราบความจริงว่าตนจะต้องตาย
2. ระยะพัก เริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟู จะไม่มีการรักษาใดๆ บางรายอาจกลับไปทำงานเหมือนเดิม และประพฤติดนเหมือนกับว่าตนไม่มีโรคใดๆ
3. ระยะเสื่อมและถดถอย ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติต่อไปได้ อาการของโรคกำลังกำเริบขึ้นอย่างชัดเจน มีการเสื่อมทางด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย เริ่มคิดถึงอนาคต ความตาย และการพึ่งพาผู้อื่น แต่ยังคงมีความหวังและไม่ปฏิเสธความจริง
4. ระยะสุดท้าย มุ่งเพื่อการประคับประคอง เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Kemp, 1999) มีดังนี้

1. ความสูญเสีย และความเศร้าโศก (Loss and grief)
2. ความอ้างว้างและแยกตัว (Loneliness and isolation)
3. ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Feeling of uselessness)
4. ความโกรธ (Anger)
5. ความกลัวและวิตกกังวล (Anxiety and fear)
6. ความซึมเศร้า (Depression)
7. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide)
8. การสูญเสียความสัมพันธ์ทางเพศ (Loss of sexual intimacy)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ “Palliative Care” มาจากภาษาลาติน “Pallium” มีความหมายว่า “cloak or cover” หมายถึง การปกป้อง คุ้มครอง ทำให้รู้สึกอบอุ่น

Palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง ตามการนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการประเมินและให้การรักษาอาการปวด หรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมาน
2. การยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ
3. การดูแลที่ไม่ต้องการที่จะยืดอายุหรือเร่งการตาย
4. การดูแลที่ครอบคลุมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ
5. การดูแลที่เน้นระบบการสนับสนุน
6. การดูแลโดยทีมผู้ดูแล
7. เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต
8. สามารถให้การดูแลร่วมกับการรักษาที่ต้องการรักษาให้หายขาดหรือการช่วยให้มีชีวิตอยู่ เช่น การให้เคมีบำบัด หรือฉายแสง

International Association for Hospice and Palliative (2002) นิยามการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค มีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และมีการลุกลามสู่ระยะรุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (มีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ปกติประมาณ 6 เดือน) โดยการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

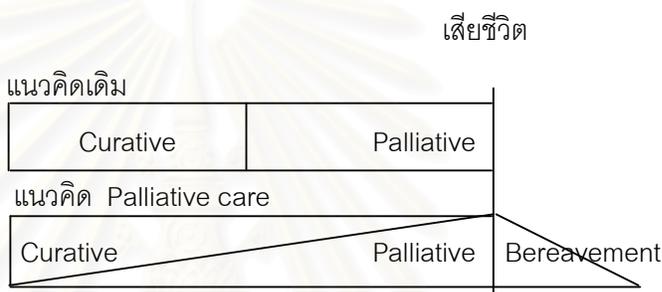
Hospice เป็นคำที่นำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีความหมายที่หลากหลาย เช่น การดูแลที่ใช้ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางครั้งอาจใช้แทนสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยที่ผู้ดูแลเป็นอาสาสมัคร

ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2002) ประกอบด้วย

1. หน่วยของการดูแล ประกอบด้วย การดูแลที่ให้แก่นักบุคคลและครอบครัว
2. การดูแลที่สอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการของบุคคลและครอบครัว
3. การดูแลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการรักษาให้หายขาด

4. การดูแลที่สนับสนุนและตอบสนองการตัดสินใจของบุคคล
5. การดูแลที่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
6. การดูแลที่คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
7. พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการให้การสนับสนุน

การดูแลรักษาเพื่อบรรลุป่าหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถใช้หลักการของ Palliative care แก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมไปกับการรักษาหลักอื่นๆ ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1 แนวคิดของการให้ Palliative care

หัวใจหรือหลักการสำคัญของ Palliative care สามารถสรุปสั้นๆ ได้เป็น “4C” ดังนี้

1. Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการหรือกิจกรรมใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้มากที่สุด เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนังรวมถึงปฏิบัติการกู้ชีวิต

2. Comprehensive: ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างไปจากมุมมองของผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านของตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่ามิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือ

แก้ปัญหาทั้งหมดได้ มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้ความรู้ เพื่อแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

3. Coordinated: เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม งานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ

4. Continuous: มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลครอบครัวครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ดังนั้นการดูแลจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนและครอบครัวในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ การดูแลรักษาจึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Twycross (1997) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตาย ไว้ว่าเป็นการดูแลอย่างสมบูรณ์และเข้มข้น แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเวลาที่โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น ไม่ตอบโต้ต่อวิธีการรักษาใดๆ และความมีชีวิตอยู่ต่อไปสิ้นลงแล้ว การดูแลรักษาต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกของครอบครัวเมื่อจำเป็น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายนั้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่เน้นการดูแลด้านจิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นที่การช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย มีการรักษาโรคน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

Quint Belolial (1998) อธิบายไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือการควบคุมอาการ สนับสนุนครอบครัว และสนับสนุนผู้ป่วย ดังนั้น จุดประสงค์คือการดูแลอาการทางกาย ลดความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้ป่วยมีอิสระและมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลดความรู้สึกถูกแยกหรือความโดดเดี่ยว ลดความกังวลและความกลัวต่อการกำเริบของโรค ให้ความสำคัญกับความรู้สึกและความเข้าใจต่อการตายและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงความหมายของการดูแล

ผู้ป่วยใกล้ตาย กับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตาย จะพบความไม่เหมือนกันอยู่ ทั้งสองเรื่องนี้มีปรัชญา หรือความเชื่อในการดูแลเหมือนกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงลงไปถึงการปฏิบัติแล้วจะมีความแตกต่างกัน

Portenoy (1996) ได้อธิบายความแตกต่าง คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาและใกล้ตายมีความเฉพาะดังต่อไปนี้ การดูแลรักษาที่จัดให้มุ่งที่ความสุขสบายและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และครอบครัวในทุกระยะของโรค แพทย์เข้ามาสนับสนุนเต็มที่และต่อเนื่อง มีความเต็มใจที่จะใช้วิธีการรักษาในระยะรุนแรง เช่น การรักษาเพื่อต่อต้านมะเร็ง การควบคุมอาการที่รุนแรงด้วยวิธีการรักษาที่มีผลรุนแรง โดยต้องสอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยอมรับการวิจัยและวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังกล่าวไว้ด้วยว่า รูปแบบการดูแลเช่นนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามความมีชีวิตทั้งในระหว่าง และภายหลังระยะเวลาของการรักษาที่เข้มข้นในขั้นต้น และผู้ป่วยควรได้รับสิ่งต่างๆ ดังนี้ คือ

1. ควรให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี
2. ควรให้ผู้ป่วยได้ตายโดยได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด
3. ควรให้ผู้ป่วยได้รับความรักและผลประโยชน์เหมือนเดิม
4. ผู้ป่วยควรมีโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพและความรักกับครอบครัว
5. ผู้ป่วยและญาติควรได้วางแผนร่วมกัน
6. ผู้ป่วยควรได้ตายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
7. ญาติต้องมีโอกาสแสดงความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

Kastenbaum (1992 อ้างถึงใน รวี เตือนดาว, 2544) ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วย
 - 1.1 ให้การตอบสนองของความต้อการตามสิทธิที่พึงจะได้รับ
 - 1.2 ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ
 - 1.3 ควบคุมความเจ็บปวด
 - 1.4 บอกเล่าเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ อย่างเหมาะสมและชัดเจน
 - 1.5 สร้างความรู้สึกที่มั่นคง ปลอบภัยให้กับผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ
 - 1.6 ให้โอกาสผู้ป่วยได้เตรียมตัวเตรียมใจ หรือได้ล่ำลาบุคคลสำคัญของตน

1.7 ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตตามวิถีทางที่ให้ ความหมายและคุณค่าแก่เขา

2. การดูแลครอบครัว

2.1 ให้โอกาสสมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับ ความตายกับทีมสุขภาพ ให้เวลา และร่วมรับรู้ต่อความรู้สึกของญาติด้วย

2.2 ให้โอกาสครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว ขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และเมื่อผู้ป่วยสิ้นใจทันที เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี หรือตามความเชื่อทางศาสนา

3. การดูแลทีมสุขภาพ

3.1 ให้สมาชิกทีมสุขภาพแต่ละคนมีเวลาเพียงพอ ในการสร้างและคงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

3.2 จัดให้มีหน่วยงานสนับสนุน หรือมีระบบเกื้อหนุนทีมสุขภาพ และมีสถานที่ สำหรับผ่อนคลาย ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจกัน

2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วิชาชีพการพยาบาลเป็นการให้การพยาบาลบุคคลทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยไม่มีการแบ่ง ชั้นชั้น เชื้อชาติ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือที่ เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนี้ จัดเป็นภาระหน้าที่ของ พยาบาลที่สำคัญอย่างมาก โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลา สุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้เป็นช่วงเวลาที่มั่งคั่งที่สุดพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความตายด้วยความ กล้าหาญ สิ้นชีวิตลงด้วยความสงบสุข ปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึง ประโยชน์ สิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมในฐานะของมนุษย์ ที่มีเกียรติและมีศักดิ์ศรี ซึ่งลักษณะการพยาบาลเช่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชัชานาญ ณ นคร และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการ ดูแลแบบองค์รวมมาก เพราะเป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งหวังเพื่อช่วยสนอง ความต้องการของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงความต้องการความสุข และหลีกเลี่ยงความทุกข์

การปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องให้ความสำคัญกับความต้องการด้าน ร่างกายที่แสดงให้เห็นชัดเจนขณะที่เจ็บป่วย และต้องมุ่งที่ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อความ ตาย ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด นอกจากจะสนอง

ความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้ว จะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อ เป็นจิตใต้สำนึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นไปได้จริง เพื่อให้มีช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ดีและสิ้นชีวิตอย่างสงบสุข พยาบาลต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในเรื่องของการเคารพสิทธิปัจเจกบุคคล การได้รับการปฏิบัติที่ดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การบอกความจริง รวมไปถึงความยุติธรรม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการหลายด้าน เป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในระหว่างความเป็นหรือการมีชีวิตอยู่กับความตาย (Living-dying interval) เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะนำมาซึ่งความตาย และจะไม่มีโอกาสฟื้นคืนชีพเพื่อกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ผู้ป่วยจึงต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการเผชิญกับความตายแตกต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Highfield (1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุ ต่างก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณและจะปรากฏเด่นชัดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และมีความปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงผูกพันและต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับครอบครัวของตน ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่าผู้ป่วยยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวอยู่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ครบสมบูรณ์ ถ้าไม่ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถึงซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีมีความผาสุก (Well being) ได้นั้น พยาบาลจึงควรปรับระดับประคองให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Carson, 1989 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ชุณหพราน, 2538) ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง การทำงานของอวัยวะของในระบบต่างๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึกและความทรงจำของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงด้วย ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังนี้ (Kozier and Erb, 1988 อ้างถึงใน รสพร ประทุมวัน, 2543)

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดของผิวหนัง ผม และภายในช่องปาก ความสะอาดของร่างกาย จากอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้น แต่การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความสบายและการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคจะเจ็บปวดมาก การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเป็นครั้งคราวตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้เพราะไม่ได้ช่วยควบคุมความเจ็บปวด แต่กลับเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง จึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเลย หรือให้เจ็บปวดน้อยที่สุด

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ การดูแลในเรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การให้ออกซิเจน การจัดท่านอน เพื่อให้ระบบทางเดินหายใจโล่ง และได้รับออกซิเจนเพียงพอ ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสีย การทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเคลื่อนไหว

ต้องการการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง อาจขาดน้ำและอาหาร เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกดทับได้ง่าย

ต้องการการดูแลในเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป อาจมีอาการท้องผูก หรือกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ หรือปัสสาวะคั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือและทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน

ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ต้องการได้รับการประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับสัมผัสจะลดลงด้วย

2. ความต้องการด้านจิตสังคม

ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยของเขา การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมทำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง และการปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้

ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะรู้สึกว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก ความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระและการพึ่งพา ต้องคงไว้สำหรับผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการตัดสินใจ การให้

ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจ และสามารถควบคุมตัวเองได้ เช่น การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยมีอำนาจควบคุมสิ่งแวดล้อม การไม่ชอบที่ใด ต้องการให้ใครเข้ามาเยี่ยมบ้าง

ต้องการรับประทานอาหารชนิดใดและเวลาใด พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี และช่วยปรับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน

ต้องการความปลอดภัย การทอดทิ้งผู้ป่วยหรือแยกให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่าความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยกและรู้สึกถูกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่าในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น

ต้องการได้รับความช่วยเหลือและพัฒนาทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะต่างๆ ของการเผชิญความตาย โดยเฉพาะในระยะปฏิเสธ โกรธ และซึมเศร้า

ต้องการให้ช่วยเหลือครอบครัว ญาติและบุคคลที่รัก สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยคือ ความสูญเสียและความเศร้าโศก ญาติจะเจ็บปวด วิตกกังวล ท้อแท้และอาจก้าวร้าวกับพยาบาล พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือญาติและครอบครัว สื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาเศร้าโศกของครอบครัวและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและให้กำลังใจให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ให้ความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ภายในส่วนลึกๆ ของจิตใจภายในบุคคล บุคคลจึงวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มุ่งหวังนั้น (บุบผา ซอบใช้, 2536) แต่ถ้าหากบุคคลต้องประสบกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ฝังแน่นภายในอาจถูกกระทบให้เปลี่ยนไป จากการศึกษาของ Carson (1989) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ดังนี้

ความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต จากการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยตะเกียกตะกายที่จะค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่พบความหมายของชีวิต ผู้ป่วยจะประสบกับความทุกข์ทรมาน สับสน คับแค้นใจ คิดว่าทำไมโรคร้ายจึงเกิดขึ้นกับตน ตลอดชีวิตที่ผ่านมาทำดีเพื่ออะไร เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ต้องตาย ตายแล้วไปไหน อะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต และใคร

เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถหาคำตอบได้ ผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าจะมีชีวิตอยู่ไปทำไม ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการฆ่าตัวตาย หรือปฏิเสธความตายจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต

ต้องการความรัก ความรักที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการคือ ความรักแบบไม่มีเงื่อนไข เพราะในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยประสบนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความรักตอบแทนผู้อื่นได้ ผู้ป่วยเป็นฝ่ายได้รับความรัก และต้องการแสดงออกถึงความรักที่ตนมีต่อผู้อื่นตามสถานะที่พึงปฏิบัติได้

ต้องการได้รับการอภัย บุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเข้าระยะสุดท้ายของชีวิต จะเริ่มตระหนักว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยมักจะคิดถึงชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งมีทั้งประสบความสำเร็จและไม่สมหวังหรือล้มเหลว มีทั้งการประพฤติปฏิบัติสิ่งที่ดี และสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกผิดเกิดขึ้น และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจเป็นผลมาจากตนเองที่ไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองอย่างดี หรือเป็นเพราะเคราะห์กรรมที่เคยกระทำแต่ปางก่อน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจและเศร้าหมอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

ต้องการมีความหวัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ความหวังเป็นสิ่งเดียวที่มีความสำคัญที่สุดต่อการมีชีวิตอยู่ เพราะความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายได้ ดังนั้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตตลอดเวลา ซึ่งความหวังไม่ใช่ความหวังที่หายจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี หวังที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตน หวังที่จะบรรลุปเป้าหมายชีวิตตามที่คาดหวังไว้ และในผู้ป่วยที่มีความศรัทธาในศาสนาของตน ก็จะต้องมีความหวังในโลกหน้า โดยหวังว่าเมื่อตายไปแล้วจะมีชีวิตที่มีความสุขในสวรรค์หรือภพหน้า

ต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนจะสิ้นใจ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องการได้สัมผัสความสงบภายใน ไม่มีการรบกวนใดๆ ที่กระทำต่อร่างกายของเขา ก่อนที่วิญญาณจะจากร่างไป เพราะในขณะนี้ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังหรือเสียงแผ่วเบา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่จิตกำลังจะแยกออกจากร่างกาย ความรู้สึกนี้ไม่ขึ้นกับประสาทสัมผัสทางกายอีกแล้ว แต่เป็นความรู้สึกสงบสุขกับประสบการณ์ครั้งใหม่ และจะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดอีกเลย

จากความต้องการดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวมในฐานะมนุษย์ที่ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกองค์ประกอบใดออกจากกันได้ แม้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะอยู่ในสภาพหมดหวังจากการรักษาให้มีชีวิตรอดได้ แต่ความหวังด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรทอดทิ้ง หรือมุ่งตอบสนองความต้องการด้านร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามสภาพความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความล้มเหลวของการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งกำลังอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยได้มากกว่านี้อีกแล้ว ทำให้พยาบาลบกพร่องหรือละเลยต่อการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยให้การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นไปด้วยความสงบ และเคารพในความเป็นมนุษย์ (Dying with peace and dignity) สำหรับความสงบนั้นควรเกิดขึ้นในระดับของผู้ป่วย คนรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว ทีมผู้ดูแล และสังคม

ประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายแบบองค์รวม มีหลายประการ

1. ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ
 2. ช่วยแก้ปัญหาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวสำหรับก้าวเดินต่อไป
 3. เป็นโอกาสในการพัฒนาจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย
- สำหรับการลดค่าใช้จ่ายเป็นผลพลอยได้มากกว่าวัตถุประสงค์หลักในการทำ Palliative care

และมีการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายไม่ได้ลดลงมากอย่างที่เข้าใจ การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นับว่ามีความสำคัญมาก เพราะถ้าละเลยอาจทำให้เกิดปัญหาทั้งเรื่องการรักษาเพื่อยื้อระยะเวลาการเสียชีวิต เนื่องจากญาติและครอบครัวยังไม่พร้อม หรือเกิดปัญหาผู้ป่วยร้องขอความตายหรือปฏิเสธการรักษา เนื่องจากมีความทุกข์ทรมานแสนสาหัส ในปัจจุบันศาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้นำหนักในการเรียกร้องสิทธิที่จะขอตายก่อนเวลาอันควรโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician assisted suicide) น้อยกว่าสิทธิในการได้รับการดูแลแบบครบองค์รวมที่ดี (Good palliative care) และประชาชนไม่ควรมองเรื่องฆ่าตัวตายเป็นวิถีทางพ้นจากความทรมาน เพียงเพราะยังไม่ได้รับการดูแลมิติความเป็นมนุษย์อย่างเหมาะสม การกระทำดังกล่าวไม่เพียงมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแล ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเร่งการตายยังได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก จากการสำรวจพบว่า แพทย์ในประเทศออสเตรเลียที่ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ยังต้องการได้รับการปรึกษาทางจิตใจ มีผู้ป่วยอาการหนักน้อยมากที่ไม่เคยคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย เพียงแต่เป็นความคิดที่ปล่อยผ่านไป การร้องขอความตายบางคนอาจเป็น

เพียงการพูดให้คนอื่นได้ยิน บางคนอาจเป็นการถามถึงคุณค่าชีวิตที่มีอยู่ บางคนอาจเป็นการเรียกร้องให้คนมาดูแล บางคนเป็นสัญญาณแสดงถึงความทรمانอย่างที่สุด และเป็นการร้องขอความช่วยเหลือ จากการสำรวจพบว่า ความทรمانทางจิตใจและสังคมเป็นสาเหตุสำคัญของการร้องขอความตาย เช่น ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียการเคารพในความเป็นมนุษย์ ความกลัวความทรمان สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่วนสาเหตุจากการเจ็บปวดทรمانทางกายพบได้น้อยกว่า โดยเป็นสาเหตุหลักเพียงแค่ 3 % และเป็นสาเหตุร่วม 46 % อย่างไรก็ตามปัญหาทางกายมีความสำคัญมาก เพราะเป็นเรื่องที่รักษาได้ แต่ถ้าละเลยไม่ดูแลจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียความหวัง ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

การตอบสนองต่อการร้องขอความตายควรทำทันที ปฏิบัติด้วยท่าทีที่นุ่มนวล เห็นอกเห็นใจ โดยแบ่งการตอบสนองได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การรับฟังและทำความเข้าใจ ควรฟังอย่างตั้งใจ การถามคำถามด้วยท่าทีที่สงบและไม่ตัดสินผู้ป่วยว่าทำไมจึงคิดอย่างนั้น เริ่มคิดเมื่อไหร่ คิดอย่างไรเกี่ยวกับอนาคต อาจช่วยให้เข้าใจเหตุผล การพูดคุยแลกเปลี่ยนช่วยลดความเครียดภายในจิตใจของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า

2. หาสาเหตุของการร้องขอว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยด้านใด เช่น

1. ความเจ็บป่วยทรمانทางร่างกาย
2. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่
3. ความกลัวสิ่งที่ไม่รู้
4. มีปัญหาในการปรับตัวอย่างเหมาะสม ทำใจไม่ได้
5. กังวลว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรต่อไป
6. การสูญเสียความหวัง คุณค่าและความหมายของชีวิต

3. แสดงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าทีมผู้รักษาจะให้การดูแลถึงที่สุด โดยไม่ทอดทิ้ง

4. ประเมินและจัดการกับสาเหตุที่แท้จริง

5. ให้ความรู้และอธิบายถึงทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ตามแนวทางจริยธรรมและกฎหมาย

6. การปรึกษาเพื่อนร่วมงานหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น

ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทุกราย ควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับการให้การรักษา (Curative care) อย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก ดังคำกล่าวที่ว่า “We’re prepared for the worst, but hoping for the best” โดยในช่วงแรกการรักษาอาจเน้นการให้การรักษา (Curative care) ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมาก คิดว่าไม่สามารถช่วยให้พ้นจากความตายที่คุกคามอยู่ได้ ระดับความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จึงเพิ่มขึ้นสูงกว่าการให้การรักษา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ การงดเว้นหรือการหยุดใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิตไม่ใช่เป้าหมายแรกของการดูแล แต่เป็นผลที่เกิดขึ้นตามการดูแลที่ถึงพร้อมสมบูรณ์ โดยมีการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย เวลาในการตัดสินใจมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 2-3 วัน ถึงหลายสัปดาห์

หลักในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมของแต่ละคน มีแนวทางดังนี้

1. ประเมินและบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ
2. สนับสนุนให้มีสถานที่หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น มีห้องพระ ห้องละหมาด มีการทำบุญตักบาตร
3. สอบถามและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบผ่อนคลายในระยะสุดท้าย การปฏิบัติตามศรัทธาความเชื่อควรมีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วย อาทิเช่น คนที่ไม่ได้ปฏิบัติธรรมะ คุณค่าของชีวิต อาจอยู่ที่การทำงานอย่างเต็มที่ การเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดี ความรักที่มีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ และระลึกถึงความดีที่เขาได้กระทำ มีการส่งเสริมให้ทำความดีตามวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สวดมนต์หรือทำบุญ ทั้งช่วยในการค้นหาและตอบสนองความปรารถนาที่ยังไม่สำเร็จของผู้ป่วย
4. สำหรับคนที่อาจมีการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้องมาในอดีต การเข้าใจความตายอาจทำให้จิตใจสงบได้ยาก ในขณะที่ไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ ในกรณีนี้ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีส่วนช่วยในการค้นหา และสะสางเรื่องที่ค้างคาใจอยู่ ส่งเสริมให้มีการขออโหสิกรรมและให้อภัยระหว่างกัน
5. สำหรับผู้ป่วยที่มีศรัทธาในหลักศาสนาต่างๆ ควรส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเพื่อยกระดับจิตใจ เช่น การเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตที่แท้จริงภายหลังการตายกับพระเป็นเจ้า หรือการปฏิบัติเพื่อให้จิตสงบและปล่อยวางตามหลักพุทธศาสนา
6. การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และการจัดระบบเพื่อช่วยเหลือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำลังจากไป รวมทั้งการที่ต้องเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่างๆ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้ง เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร สิ่งสำคัญคือเราจะปรับตัวอย่างไรกับสภาพเหล่านี้ หลายคนใช้วิธีการปฏิเสธหรือละทิ้งความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Emotionally disengaging) การทำเช่นนั้น อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเฉยชา (Emotional distancing) มีผลต่อทักษะและการเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

ในอีกด้านหนึ่งที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแลคือ เราต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ตนเองให้เต็มที่ทั้ง Curative care และ Holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามที่ต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนกลุ่มอาจมีความช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (Sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำ ความเข้าใจปัญหา ช่วยลดความตึงเครียดและช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (Personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง

พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จะรู้สึกถึงประสบการณ์ที่น่าหวาดหวั่นรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย บางครั้งการถูกนำตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลในไอซียูหรือหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ เป็นช่วงเวลาที่มีความเจ็บปวดรวดร้าว สติสัมปชัญญะไม่ดี มีนงงจากการได้รับยาหรือเกิดความต้องการที่ลึ้มความคิดคำนึงว่าจะมีโอกาสรอดออกไปจากห้องนี้หรือไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะครอบครัวเท่านั้นที่กังวล แพทย์พยาบาลก็มีความกังวลเช่นเดียวกันว่าทำอะไรจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะวิกฤตและย้ายออกจากไอซียูโดยเร็ว การเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในไอซียู นับว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต พยาบาลในไอซียูส่วนใหญ่จะคิดว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นที่ซึ่งชีวิตหนึ่งกำลังอยู่ในช่วงเปราะบาง กำลังจะได้รับการดูแลใกล้ชิด ระมัดระวังอย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อจะช่วยรักษาชีวิตของบุคคลผู้นั้นให้อยู่รอด เพราะมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีเครื่องมือ เทคโนโลยีทันสมัยมากมาย แต่ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นช่วงที่เฉียดความตาย ดังนั้นความเข้าใจที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ความหมายของการดูแลในภาวะวิกฤตและการสื่อสารแตกต่างกัน

เมื่อการเจ็บป่วยและความตายคุกคามผู้ป่วยในไอซียูจะมีผลกระทบรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งจากทางเลือกและจากการดูแลรักษาที่น้อยหรือมากเกินไปไม่เหมาะสมกับการดำเนินไปตามธรรมชาติของชีวิต ดังนั้นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจำเป็นต้องทำให้ครบทุกด้าน โดยการร่วมมือกันของทีมบุคลากรและครอบครัว มีการดูแลผสมผสานทั้งการรักษาเพื่อให้หายและการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานไปพร้อมๆ กันตั้งแต่เริ่มมีความเสี่ยงเสียชีวิตถึงภายหลังการเสียชีวิต

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ ตลอดจนเทคโนโลยีที่ถูกลำมาพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น แต่ยังคงมีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูจำนวนหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรงซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้อาการดีขึ้นได้ ส่งผลให้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งในอดีตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะสุดท้าย เนื่องจากทีมผู้ดูแลอาจขาดความคุ้นเคยกับการสื่อสาร การแจ้งข่าวร้าย การดูแลแบบประคับประคองซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน การมองข้ามประเด็นสำคัญในเรื่องการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่ในประเด็นเรื่องขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อที่ผู้ป่วยหรือญาติศรัทธาและยึดถือ อย่างไรก็ตามปัจจุบันในวงการแพทย์ตลอดจนสังคมโดยทั่วไปมีความตื่นตัวในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก มีผลงานวิจัยและแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best practice) พิมพ์แพร่หลายจำนวนมาก สมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่างก็มีการจัดทำนโยบาย (Policy statement) หรือแนวทางปฏิบัติ (Guideline) เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย จำเป็นต้องศึกษาและทบทวนในเรื่องดังกล่าวนี้

เป้าหมายและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวและญาติที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ จำเป็นที่ต้องทราบถึงความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการสิ่งต่อไปนี้ 10 อันดับแรก ได้แก่

1. ได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย
2. รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
3. ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
4. เข้าใจว่าทีมสุขภาพมีแผนที่จะทำอะไรให้กับผู้ป่วย เพื่ออะไร

5. ได้รับการยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน
6. ได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ
7. ได้มีโอกาสเล่าหรือบรรยายความในใจ
8. ได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง
9. ได้เรียนรู้ความหมายของการตายของคนที่คุณเองรักและเคารพ
10. ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา ในทางการแพทย์ การดูแลรักษาผู้ป่วยมักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายของการรักษาและแผนการรักษา ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวนี้โดยปกติแพทย์มักเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป้าหมายของการรักษามี 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค และเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามนอกจากเป้าหมายใหญ่ 2 ประการนี้แล้ว ยังมีเป้าหมายแตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง เช่น เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรคอย่างสมบูรณ์ เป้าหมายที่จะหลีกเลี่ยงการตายก่อนวัยอันควร เป้าหมายให้อวัยวะหรือส่วนของร่างกายผู้ป่วยกลับมาทำงานได้ตามปกติ หรือเป้าหมายให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูก็เช่นเดียวกัน หลังจากที่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในไอซียู คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องจัดให้มีการพบปะพูดคุยกับญาติเพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้น และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการรักษา โดยเป้าหมายการรักษาที่ร่วมกันกำหนดนี้จะขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของปัญหา การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าไอซียู และความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาในระยะวิกฤต โดยส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และจำเป็นต้องเข้ารักษาในไอซียู ทางคณะแพทย์มักจะพยายามให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีการทำหัตถการ และการตรวจพิเศษที่จำเป็น มีการเฝ้าติดตามและประเมินการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามสังคมในปัจจุบัน ประชาชนมีการศึกษามากขึ้นและสังคมมีการพัฒนาเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตระหนักถึงข้อจำกัดของความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการเยียวยาผู้ป่วยให้หายจากโรค โดยเฉพาะผลกระทบทางลบของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาพยุงชีวิตผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถเยียวยาให้หายได้ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายเพียงเพื่อชะลอความตายของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งต่างจากเดิมที่คนใน

สังคมส่วนใหญ่เคยเชื่อว่าการตายของผู้ป่วยเป็นความล้มเหลวของวงการแพทย์ ดังนั้นในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางทรุดลง ผู้ป่วยและญาติอาจมีความประสงค์เกี่ยวกับ เป้าหมายและแผนการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม

การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Compassionate palliative care)

การงดเว้นการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ (Withholding life sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อพียงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ ซึ่งเข้าข่าย การชะลอการตาย ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

1. งดการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในข่ายการทดลอง
3. ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าไอซียู
4. ไม่ให้เลือดหรือพลาสมา
5. ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น
6. ไม่ใส่ท่อหลอดคอ หรืองดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การยุติการรักษาเพื่อชะลอการตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ (Withdrawal life sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งหยุดการรักษาเพื่อพียงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ซึ่งเข้าข่ายการ ชะลอการตาย ตัวอย่างของแนวทางการรักษาตามแผนนี้ ได้แก่

1. หยุดการรักษาที่อยู่ในข่ายการทดลอง
2. หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
3. หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
4. หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

การประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Coordination and continuity of care) ปัญหาสำคัญในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรังหรือโรคและความผิดปกติ ซึ่งไม่สามารถเยียวยาให้หายขาดได้ ได้แก่ ปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ที่ดูแล รักษาซึ่งมีหลายสาขา และคลินิกตรวจรักษาก็อยู่คนละที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่เรียกว่า Coordination of care กับปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ดูแลแต่ละครั้งไม่ซ้ำกัน และขาดการนำข้อมูลอาการและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละครั้งมาเชื่อมโยงกัน ซึ่งปัญหานี้

เรียกว่า Continuity of care ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้แล้วข้างต้น จึงจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางที่จะช่วยให้ประเด็นปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นน้อยที่สุด

การกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เมื่ออยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต (Advanced care planning) ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าหลัก จริยศาสตร์ที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด คือ Patient autonomy หรือหลักการของเสรีภาพส่วนบุคคล ซึ่งให้ความสำคัญกับการเคารพในสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยเสรีภาพในที่นี้หมายถึงเสรีภาพในการตัดสินใจ และเสรีภาพในการกระทำตามความประสงค์หรือความตั้งใจของผู้ป่วย (Self determination) ในปัจจุบันธรรมเนียมปฏิบัติหนึ่งของประเทศทางตะวันตกที่แตกต่างจากประเทศตะวันออก คือคนอเมริกันแต่ละคนจะได้รับการส่งเสริมให้มีการกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคตกับแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา หรือแพทย์ที่ตนเองไว้วางใจที่เรียกว่า Advanced care planning การกระทำดังกล่าวนี้ไม่จำเป็นต้องรอให้เจ็บป่วยหนักเสียก่อน

ประเด็น Withdrawal of life sustaining therapies in intensive care unit ในปัจจุบันนี้ การรักษาทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก มีการรักษาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถทำหน้าที่ทดแทนการทำงานของอวัยวะ ที่สูญเสียการทำงานไปของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องไตเทียม การให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้รับการฝึกฝนให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ดังกล่าว เพื่อเป็นการประทั้งเวลาและยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด จากข้อมูลของการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยอาการหนักที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องการ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตออกไปโดยไม่มี ความหวังในการที่ผู้ป่วยจะกลับมา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะไม่มากพอที่จะเปลี่ยนการรักษาที่มุ่งหวังจะรักษาโรคให้หายขาดและยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดมาเป็นการหยุดการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเน้นการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องมีสามองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การดูแลเพื่อรักษาชีวิตและโรคที่เป็นอยู่ (Curative care) ในการนี้ต้องทำอย่างเต็มที่ แต่ควรมีการเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตอย่างเหมาะสมและพอดี ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ประโยชน์หรือเกิดผลเสียมากกว่าต้องพิจารณาตามหลักการเรื่องการงดเว้นและการหยุดใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต

2. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม (Holistic care) เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามหลักการขององค์การอนามัยโลกแล้วการดูแลควรเริ่มต้นทันทีที่เป็นโรครุนแรง อันอาจนำมาสู่การเสียชีวิตได้ และไม่ควรรอถึงช่วงใกล้เสียชีวิต

3. การสื่อสาร และการวางแผนการรักษาร่วมกันของทีมผู้รักษา กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจัดระดับความสำคัญในผสมผสานการรักษาแบบ Curative care และ Holistic care ให้เหมาะสมกับโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลแบบองค์รวมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (เต็มศักดิ์ พิ้งรัมย์, 2548)

1. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน (Symptom assessment and management) การดูแลควรให้ความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยคลายความทรมานอย่างเต็มที่ มากกว่าการมุ่งหยุดการใช้เครื่องพยุงชีวิต โดยการดูแลทางกายที่ไม่เพียงพอจะมีผลกระทบต่อ อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสงบได้ อย่างไรก็ตามการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวอาจให้ผลไม่เต็มที่ เนื่องจากสาเหตุของปัญหาอาจเป็นเรื่องทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่ซับซ้อนขึ้น

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการป่วยทั้งจากโรค และจากการทำหัตถการต่างๆ อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) อ่อนเพลีย (Fatigue) หวาดวิตกและตึงเครียด (Anxiety and distress) และกระสับกระส่าย (Agitation)

การดูแลอาการผู้ป่วยหนักระยะสุดท้ายเริ่มต้นด้วยการประเมินเพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุ และกลไกการเกิดอาการที่แตกต่างกัน ตามปัญหาที่ซับซ้อนหลายระบบ และมีการทำหัตถการจำนวนมาก แผนการดูแลควรจัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จ การประเมินที่เหมาะสมอาจได้จากประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีสภาพร่างกายอ่อนแอ ช่วยตัวเองไม่ได้เคลื่อนไหวลำบาก และไม่สามารถทำการรักษาแบบเฉพาะได้ จึงไม่เหมาะสมที่จะตรวจทางห้องปฏิบัติการมากมาย หออภิบาลผู้ป่วยหนักควรมีแบบประเมิน

ระดับอาการ เช่น ความปวด ความเหนื่อย หรืออาการกระสับกระส่ายอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีการเขียนมาตรฐานการดูแลที่มีการใช้และปรับปรุงเป็นระยะ วิธีการดูแลควรประกอบด้วยเรื่อง การใช้ยาบรรเทาอาการและศาสตร์ทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลควรมีบันทึกและประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียดและต่อเนื่อง

การดูแลทั่วไปควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สะอาด ควรลดการกระตุ้นที่รบกวนผู้ป่วย เช่น การเปิดแสงไฟจ้าเกินไป การใช้เครื่องเฝ้าระวังที่มากเกินไป ในกรณีที่มีผู้ป่วยและครอบครัว จำกัดการรักษาที่ทำไปเพียงเพื่อการยืดชีวิต ควรงดเจาะเลือด งดทำการทดสอบต่างๆ และวัดสัญญาณชีพเท่าที่จำเป็น โดยอาจคงไว้เพียงสายให้ยาเพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วยเท่านั้น

การร่วมมือกับญาติและครอบครัวจึงเป็นหัวใจของความสำเร็จ เนื่องจากญาติและครอบครัวมักจะไวต่ออาการและความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์หรือพยาบาล และรู้จักการดูแลที่ได้ผลในระยะเวลาที่ผ่านมา การได้มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นความต้องการของครอบครัว การดูแลร่วมกันโดยใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งไม่เป็นอันตราย และไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน เพราะได้ผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งในส่วนของผู้ป่วยที่มีการสัมผัสจากคนที่รัก และส่วนของครอบครัวซึ่งได้รู้จักถึงการดูแล การตอบสนองแก่ผู้ป่วย อันทำให้สามารถเตรียมใจรับการสูญเสียได้ดีขึ้น

อุปสรรคในการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต คือความกลัวว่าการให้ยา เช่น มอร์ฟีนจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ทั้งที่ตามความเป็นจริงแล้วการใช้ยาตามแนวทางมาตรฐาน ไม่มีผลเร่งการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักทุเลาอาการปวดก่อน จากนั้นจึงซึมลงหรือหลับ ก่อนที่จะมีการกดการหายใจจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต ในกรณีส่วนน้อยที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้อาการแย่ลง ก็ไม่มีความผิดทางจริยธรรม ถ้าการกระทำนั้นเข้าหลักของ Double effect 4 ประการ คือ 1) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง 2) การกระทำนั้นทำไปด้วยเจตนาดี เพียงแต่อาจมีผลเสียที่ตามมาโดยไม่ได้ตั้งใจ 3) ผลลัพธ์ที่ดีคือเป็นผลโดยตรงจากการกระทำ ไม่ได้เป็นผลจากผลลัพธ์ที่ไม่ดี และ 4) ผลลัพธ์ที่ดีมีน้ำหนักที่มากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ก่อนให้การรักษาต้องมีกระบวนการลงนามยินยอมที่สมบูรณ์ เช่นเดียวกับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงทั้งหลาย โดยมีการบอกกล่าวถึงผลดี ผลเสีย ความเสี่ยง และทางเลือกต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการรับรู้เข้าใจและตัดสินใจร่วมกัน

2. การดูแลด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว (Psychosocial care)

การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of care) โดยครอบครัว หมายถึงบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ตามหลักการครอบครัวควรมีโอกาสในการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Access) การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information

and support) และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Involvement in caregiving activities) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ควรส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว ในอดีตหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักมีการจำกัดการเข้าเยี่ยม ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สถานที่คับแคบ บุคลากรปฏิบัติงานไม่สะดวก ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ อาจมีการติดเชื้อ หรือทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เต็มที่ จากการศึกษาพบว่า การเยี่ยมไม่ทำให้เกิดผลเสียดังกล่าว ทั้งการเทียบกับประโยชน์แล้วการเยี่ยมเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความกลัวการถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยต้องการได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัด อาจเป็นโอกาสสุดท้ายที่จะได้แสดงความรู้สึกที่ตีระหว่างกัน ได้กล่าวคำอำลา สิ่งเสียหรือให้โทษกรรมต่อกัน จึงควรยืดหยุ่นเรื่องเวลาและจำนวนคนในครอบครัวใกล้ชิดให้เข้าเยี่ยมได้สะดวก สำหรับผู้ป่วยบางรายซึ่งมีความผูกพันกับลูกหลานที่เป็นเด็ก ควรเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยม เพราะนอกจากเป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วเด็กวัยห้าขวบขึ้นไปสามารถเข้าใจเรื่องความตายและสามารถปรับตัวกับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียตามที่กลัวกัน

2.2 การให้และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ควรมีการสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ การได้รับทราบข้อมูลอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวปรับตัวและวางแผนอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลที่สูงขึ้น การสื่อสารที่ดีควรเป็นแบบสองทาง โดยเริ่มจากการประเมินและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการให้ข้อมูลควรมีวิธีที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน ข้อมูลต่างๆ ยังสับสน ไม่ชัดเจน ควรมีการกำหนดบุคคลที่ครอบครัวจะมาติดต่อพูดคุยให้ชัดเจน นอกจากข้อมูลเรื่องผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลด้านอื่นๆ ก็มีความสำคัญในการปรับตัว เช่น การแนะนำเกี่ยวกับระเบียบของหออภิบาล การเข้าเยี่ยม การปรึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ หรือการให้คำปรึกษาทางจิตใจ ทั้งนี้อาจทำเป็นประกาศหรือแผ่นพับ

สำหรับการติดต่อสื่อสารของครอบครัวควรกระทำต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียผู้ป่วย เพื่อเป็นการบรรเทาความเศร้าโศก เช่น การไปร่วมงานศพในบางราย การโทรศัพท์พูดคุยหรือการเยี่ยมบ้าน

2.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของครอบครัวที่ต้องรับการดูแลสามารถปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมได้ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระทำด้วยความรักส่งเสริมให้ผู้ป่วย

มีความอบอุ่นและรู้สึกถึงความมีคุณค่า ส่วนครอบครัวที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล จะรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง สามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียได้ดีขึ้น การดูแลอาจเป็นเรื่องเล็กๆ เช่น การบีบนวด การอ่านหนังสือให้ฟัง หรือสิ่งที่ต้องการทักษะ เช่น การช่วยพลิกตัว การดูแลแผล ตลอดจนเรื่องที่ใหญ่ เช่น การช่วยเช็ดตัวและแต่งกายหลังเสียชีวิต ในทางจิตวิทยาแล้วสิ่งเหล่านี้ถือเป็น Family intervention อย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยที่ไร้ญาติควรจัดให้มีการช่วยเหลือทางสังคม เช่น มีระบบอาสาสมัครเพื่อนคุยข้างเตียง การดูแลช่วยจัดงานศพ

3. การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (Spiritual care)

ในเบื้องต้นควรให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่สะอาด สงบ และมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การดูแลด้านจิตวิญญาณมีทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ได้แก่ สิ่งที่เป็นพลังความเชื่อและความหวังที่ผลักดันให้ผู้ป่วยทำสิ่งที่ตั้งถาม การทำให้จิตใจให้สงบ ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งถามในชีวิต การดูแลด้านจิตวิญญาณไม่ควรทำเป็นสูตรสำเร็จ เช่น การเปิดเทปธรรมะ ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางรายซึ่งไม่พร้อมและตกใจกลัว

ในอีกด้านหนึ่งที่จะช่วยรักษาจิตใจของผู้ดูแลคือ เราต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและของโรค ผู้ดูแลควรทำหน้าที่ตนเองให้เต็มที่ทั้ง Curative care และ Holistic care และเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้อีกมากที่ทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นตามที่ต้องการ (หลักอุเบกขา) ส่วนกลุ่มอาจมีความช่วยเหลือกันโดยการร่วมรับรู้เรื่องราวที่ผ่านมา (Sharing narrative) ซึ่งสามารถช่วยในการทำความเข้าใจปัญหา ช่วยลดความตึงเครียดและช่วยพัฒนาทักษะการประเมิน การสื่อสาร การวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาความรู้ด้านต่างๆ นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย โดยเป็นการจัดกิจกรรมเรียนรู้จากศาสตร์ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นให้มีการสำรวจและสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริงภายใน (Personal reflection) อันนำไปสู่การพัฒนาความเข้าใจเรื่องชีวิตและความตายอย่างแท้จริง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ประกอบด้วย (สิวลี ศิริไล, 2531)

1. การร่วมมือและประสานงานกันจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาลประจำผู้ให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย พระสงฆ์หรือผู้รู้ทางศาสนาที่ฝ่ายผู้ป่วยนับถือ บางกรณีอาจมีนักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักกฎหมายมาเกี่ยวข้อง โดยที่ทุกๆ ฝ่ายช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุสิ่งที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต องค์ประกอบประการแรกนี้เรียกว่า Multi disciplinary team

2. การให้การดูแลรักษาตามอาการ และการให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานเมื่ออาการของโรคได้ทรุดลงตามลำดับ จนถึงขั้นหมดหวังจากการดีขึ้น หรือคืนสู่สภาพที่ดีตามปกติ ความตายเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการมองอย่างเหมาะสม และได้รับการปฏิบัติที่ช่วยให้เป็นความตายที่สงบ ดังนั้นกรณีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เช่น เจ็บปวด หายใจไม่ออก นอนไม่หลับ สิ่ง que ผู้ป่วยพึงได้รับคือการบำบัดอาการเหล่านี้ตามอาการ (Symptomatic treatment) การพยายามลดเสียงด้วยเทคโนโลยี หรือวิธีการที่นอกเหนือไปจาก Primary care หากไม่เกิดประโยชน์อันใดก็ไม่ควรทำ ครอบครัวของผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายและมีความเข้าใจต่อเรื่องนี้ โดยไม่พยายามลดเสียงหรือเห็นยวรั้ง อันเป็นความทุกข์ทรมานและเพิ่มปัญหาทางเศรษฐกิจ

3. ช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวของผู้ป่วย การรู้ข่าวของความตายของผู้ป่วยนั้นเป็นความทุกข์ ความสูญเสีย ความเศร้าหมอง แต่การที่ครอบครัวได้รับความเห็นใจ ได้รับคำแนะนำ คำเตือน ให้เตรียมการในบางเรื่องก็จะสามารถทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่รู้สึกหวาดหรือถูกทอดทิ้ง

4. ค่านิยมส่วนตัวทางวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากตัวมนุษย์ การให้การดูแลแบบองค์รวม คือมองผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของแต่ละบุคคล ผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต (คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545)

1. เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่างๆ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการรักษาต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นหรือยืดเวลาการเสียชีวิตออกไปโดยไม่เหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอย่างเหมาะสม และพอเพียง
4. เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย
5. เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อครอบครัวของผู้ป่วยทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยเจ็บหนักใกล้เสียชีวิตและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2547)

1. ให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา
 2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
 3. การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย
 4. การให้การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 5. การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
 6. การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย
 7. การกำหนดแนวทางในการดูแลควรดำเนินไป โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ในช่วงที่เหลืออยู่เป็นสำคัญ ไม่ให้การรักษาที่จะทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน หรือสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น และเป็นไปโดยสอดคล้องกับหลักจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548)

1. ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก
2. ครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
3. เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม
4. มีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ระลึกถึงสิทธิของผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลของ Watson (1993) 10 ประการ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Beave, 1990; Sheehan and Forman, 1996) ซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษา การดูแล และการร่วมทำงานเป็นทีมของผู้อยู่ในวิชาชีพและอาสาสมัคร หลักการรับผู้ป่วยเข้า Hospice และการติดตามดูแลที่บ้าน ซึ่งมีหลักการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการบรรเทาอาการมากกว่าการรักษา และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวสำหรับการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วิธีดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักของ Hospice (Sheehan and Forman, 1996)

ดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Total care) เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายในฐานะบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Individual care) ควบคุมอาการต่างๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค และจากการวินิจฉัยโรค การบอกถึงผลการวินิจฉัย

ต้องอาศัยความระมัดระวัง ในที่นี้จึงรวมถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทั้งร่างกายและจิตใจ

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่ใช่ความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่เป็นความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในหลายรูปแบบ เช่น ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

การควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องรอให้ปวดก่อนจึงให้ยา เพราะจะเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลว่าความเจ็บปวดจะกลับมาอีก ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความคิดถึงความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากขึ้น ให้ผู้ป่วยตื่นอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ไม่ให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพหลับ ให้มีชีวิตอยู่อย่างคนปกติ พยายามให้เจ็บปวดน้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยสะดวกสบายมีอิสระในการเคลื่อนไหว จึงนิยมให้ยาทางปากหรือเหน็บทางทวารหนัก ให้การประคับประคองจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยไม่ทอดทิ้ง ระวังให้การช่วยเหลือให้การดูแลครอบครัวในกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยให้การประคับประคองดูแลทั้งก่อนและหลังจากผู้ป่วยสิ้นชีวิตแล้ว ให้การประคับประคองทีมสุขภาพ การที่สมาชิกในทีมสุขภาพต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก ย่อมต้องการการประคับประคองดูแลการให้กำลังใจและช่วยเหลือในการใช้กลวิธีเผชิญกับภาวะเครียด เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายต่อไปได้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน เป็นทฤษฎีการดูแลมนุษย์ (Fawcett, 1923) มีพื้นฐานการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เน้นการดูแลเป็นคุณธรรมที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้ได้รับการดูแลในแนวลึกถึงระดับจิตวิญญาณ คือช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายของสิ่งต่างๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิตมนุษย์ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เคารพตนเอง และเยียวยาตนเอง ให้มีดุลยภาพ (Harmony) ทั้งภายในและภายนอกตน การเยียวยาเองที่เกิดขึ้น จึงเป็นกระบวนการของจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือภาวะที่บุคคลมีความกลมกลืน สมดุลย์ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แม้ในผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาแล้วก็ตาม ซึ่งมีปัจจัยการดูแลดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยประการแรกที่สำคัญที่สุด ซึ่งเน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่กันและกัน มีความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น พยาบาลควรมีพฤติกรรมแสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยตามมุมมองของเขา ความแตกต่างของบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมและปรัชญาชีวิตที่แตกต่างกัน เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพน่ารังเกียจสักเพียงใด อดทนและรอคอยเวลาให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตัวเอง ยอมรับต่อสภาพของตนตามที่เป็นจริง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีใครอยู่กับเขาเสมอ ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรักและความเมตตาอย่างมากจากพยาบาล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง พยาบาลต้องคงไว้ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิต ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความศรัทธาและความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน เช่น การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด เทคนิคการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด พยาบาลต้องปลูกฝังความหวังให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่เสมอ และควรเป็นความหวังที่เห็นเป็นธรรมและมีความเป็นไปได้ สำหรับความศรัทธาในศาสนา พยาบาลควรประเมินดูว่าความเชื่อเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับความศรัทธาที่มีต่อศาสนาหรือไม่ ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการตายตามความเชื่อของเขา ส่งเสริมความเชื่อพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในแนวทางศาสนา ยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของเขา เช่น การสวด บทคาถาอาคม สายสิญจน์ โขคลง เป็นต้น และต้องหมั่นสร้างความศรัทธาเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยพึงมีให้กับตนเอง โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมด้วยกิริยาสงบ ท่าทางน่าเชื่อถือถือการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ทักษะ สามารถให้คำแนะนำปรึกษาและเป็นที่ยิ่งของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3. วัตถุประสงค์การรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญ พยาบาลควรจะพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น คือการตระหนักรู้ตัวอยู่เสมอถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนในขณะนั้น ด้วยการเริ่มมองเข้าไปในตนเอง ต่อไปจะพัฒนาให้ไวต่อการรับรู้ผู้อื่นและมองโลกของผู้อื่นได้ดีขึ้น เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และค่านิยมของผู้ป่วย

4. สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ด้วยวิธีการ

4.1 สื่อสารอย่างมีคุณภาพ การบอกกล่าวที่มากหรือน้อยเกินไป จะทำให้กระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยได้ง่าย บางครั้งผู้ป่วยอาจพบความขัดแย้งระหว่างความต้องการกำลังใจจากการสนทนา และความต้องการที่จะได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การ

บอกความจริงเร็วเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นคงในจิตใจ แต่ถ้าช้าเกินไป ผู้ป่วยอาจสงสัยหรือทราบได้เองจากอาการที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล พยาบาลควรให้ข้อมูลที่จริงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล

4.2 ความเข้ากันได้กับผู้ป่วย (Congruence) พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและกล้าเปิดเผยความรู้สึกออกมาจะยิ่งกระชับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยทำให้รู้จักกันและปรับตัวให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น ถ้าพยาบาลแอบซ่อนหรืออำพรางความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกด้านลบอื่นๆ ยิ่งเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะพยาบาลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านั้นออกมาหลายรูปแบบ เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยพักหรือแนะนำให้ผู้ช่วยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.3 ความเห็นอกเห็นใจ รู้จักเอาใจผู้ป่วยมาใส่ใจตน เพื่อจะรับรู้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับความตายจะได้เข้าใจและสามารถตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกทางพฤติกรรม

4.4 ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลสามารถถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นโดยแสดงออกวาจาและกิริยาท่าทาง เช่น การสนทนา การพูดในระดับเสียงเหมาะสม ยิ้มแย้ม มีท่าที่เป็นมิตรเปิดเผย

5. การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ อารมณ์หรือความรู้สึกเป็นศูนย์กลางของบทบาทในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลควรมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เป็นความรู้สึกของตนตามที่เป็นจริง จะทำให้พยาบาลพัฒนาการรู้จักตนเอง และยอมรับตนเองตามที่เป็นจริง พยาบาลที่ไวต่อความรู้สึกของตนจะไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยอย่างจริงจัง สามารถให้อภัยต่อการแสดงออกของผู้ป่วยและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออก ได้แก่ ยอมรับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ตำหนิตีติเยนหรือตัดสิน ให้เวลาและโอกาสกับผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

6. ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องให้ยอมรับความตายอย่างสงบ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการถามพูดคุยและสังเกตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวม นำมาวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลและปรากฏการณ์ต่างๆ มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้มากที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิตสังคม ความเชื่อ ความผูกพันทางใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมาย คือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สามารถยอมรับความจริงและจากไปอย่างสงบ

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคิดเกี่ยวกับความตายได้สองทาง คือ การยอมรับและการปฏิเสธหรือเกิดขึ้นทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน การให้ข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการดูแลประคับประคอง จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม การให้ข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พยาบาลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน พยาบาลจะทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย โดยการสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วย และการเข้าไปมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติได้แก่ อธิบายความเป็นไปของโรคอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของชีวิตตามสภาพที่เป็นจริง ตอบคำถามของผู้ป่วยให้ชัดเจนไม่คลุมเครือในระดับที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ แสดงบทบาทผู้เรียนและผู้สอนโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเข้ามีส่วนร่วมในประสบการณ์ของผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ไม่หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8. การดูแลประคับประคอง สนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ในส่วนภายนอกของบุคคล ส่วนจิตและจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่ทำหน้าที่ภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภายนอกและภายใน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระบบสังคม ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งภายในและภายนอก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีต่อเนื่องจากการดูแลประคับประคองของพยาบาล สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่

8.1 ลดสิ่งรบกวนหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก การจัดท่านอน ลักษณะของเตียงและการจัดสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก

8.2 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น การประคบร้อน เย็น การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้ยาบรรเทาปวด พาไปสัมผัสธรรมชาติ ฟังดนตรี หรือการสนทนากับผู้ป่วยอื่น

8.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ซึ่งสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกว่าคุณเองยังมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี (Autonomy) ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น และให้โอกาสผู้ป่วยได้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้อยู่กับครอบครัว หรือการผ่อนคลายอารมณ์

8.4 ป้องกันและกำจัดสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทั้งด้านเทคนิค เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพจิตใจ เช่น อุบัติเหตุจากอุปกรณ์การดูแลรักษา การติดเชื้อมหาวิทยาลัย การบอกรักษาที่กระทบกระเทือนสภาพจิตใจ หรือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

8.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สวยงามอยู่เสมอ มีสีสนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

9. ในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความต้องการเช่นบุคคลทั่วไป แต่มีความแตกต่างตรงที่ความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีมากกว่า (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2522) และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณสูง การทำให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกและพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สิ่งแวดล้อมและจากไปอย่างสงบ สิ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ เพราะผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ความสะอาดของปาดพื้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ การหายใจ โดยเฉพาะการขับถ่าย ซึ่งผู้ป่วยไม่อยากจะควบคุมได้

9.2 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิต - สรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือและให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ และการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

9.3 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วย ให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง มาดูแลเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังโศกเศร้า เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจากไป

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในบุคคลภายในบุคคลและระหว่างบุคคลเป็นการให้ผู้ป่วยมีพลังภายในตนเอง ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลกจักรวาล กับผู้อื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีความรู้สึกสับสน ว้าวุ่น วิดกกังวลต่อสภาพที่ต้องมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ทำให้ผู้ป่วยไขว่คว้าที่จะค้นหาความหมายของชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลประคับประคองที่ดี ผู้ป่วยมักจะฆ่าตัวตาย

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลรักษาที่เน้นการรักษาโรค มาเป็นการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้ความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีการเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้พิจารณาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวพบว่าด้านบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะไม่มากพอที่จะเปลี่ยนการรักษาที่มุ่งหวังจะรักษาโรคให้หายขาดและยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ให้นานที่สุดมาเป็นการหยุดการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเน้นการให้การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยอาการหนักที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตออกไปโดยไม่มี ความหวังในการที่ผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ชัชานฎ ฤ นคร และคณะ, 2538)

ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย พบว่าความต้องการขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย/การอโหสิกรรม

ก่อนตาย และต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2543)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544)

ความต้องการในภาวะสูญเสีย และโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง มีความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก พบว่าความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนิศา สุขตระกูล, 2544)

ผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมาน มีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยอมรับและเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างสงบ (อุบล จ้วงพานิช, 2544)

ลักษณะงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนและมีปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย คือ ต้องเข้าใจว่าความตายคือกระบวนการตามธรรมชาติ รวมทั้งต้องเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐาน (Ethical principles) ร่วมกับหลักธรรม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจาร์ณญาณ และมีเหตุผล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2546)

คุณสมบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะที่เกี่ยวข้องของภาวะจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย และมีทักษะด้านต่างๆ ประกอบด้วย (วงเดือน เอี่ยมสกุล, 2540)

1. มีทักษะในการสื่อสาร และความเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้ป่วย
2. มีความรู้ด้านบุคคล และเข้าใจภาวะความทุกข์โศกและการสูญเสีย
3. ไวต่อความรู้สึก และมีความเห็นอกเห็นใจ
4. สามารถอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังเฉยๆ ได้ เช่น นั่งข้างๆ จับมือผู้ป่วย
5. ตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคลแต่ละครอบครัว

บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในฐานวิชาชีพการพยาบาล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว ได้แก่

1. การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวโดยการพัฒนาระบบการจัดบริการเชิงรุก ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ การประสานงานให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดูแล ได้แก่ พระสงฆ์ ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น การจัดสวัสดิการ ประชาสงเคราะห์

2. การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในชุมชนโดยจัดการดูแลในลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เช่น ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวตัดสินใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ รับฟังปัญหาอุปสรรคในการจัดการดูแลของครอบครัวและช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาข้อความรู้ทั้งมิติทางการแพทย์และมิติเชิงสังคมวัฒนธรรมเป็นแนวทางพัฒนากระบวนการจัดการดูแล พัฒนาแนวทางการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะใกล้ตาย แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การจัดการความปวด การพัฒนากิจกรรมหรือนวัตกรรมทางการแพทย์คู่มือหรือแนวปฏิบัติสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้าย การจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย และการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะใกล้ตาย และเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความคิด การให้คุณค่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

3. การพัฒนาศักยภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์สภาพความต้องการ ปัญหา อุปสรรคการพัฒนาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทาง การจัดการดูแลที่เหมาะสม กระบวนการเสริมศักยภาพกระบวนการนี้อาจทำได้หลายส่วนขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มว่ามีความต้องการในเรื่องใด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ให้การดูแลโดยตรง เช่น ครอบครัวที่ให้การดูแลมีความต้องการความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเรื่องการบรรเทาอาการปวดรุนแรง

และการบรรเทาอาการอื่นๆ เช่น หายใจเหนื่อย ตลอดจนการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิตและหลังเสียชีวิตแล้ว นอกจากนี้ต้องการการช่วยเหลือเรื่องรายได้ การประกอบอาชีพ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ การได้รับการบริการดูแลอย่างมีคุณภาพไม่แบ่งแยก ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการความรู้เรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทันสมัย ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการให้คำปรึกษา ดังนั้นกระบวนการเสริมศักยภาพดังกล่าวจึงต้องจัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ร่วมดูแลในแต่ละกลุ่มด้วย

4. บทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น พระสงฆ์ นักบวช ผู้นำทางศาสนา จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายมีอาการที่ปรากฏชัดเจน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการที่พึ่งทางใจ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และต้องการสั่งเสียบอกกล่าวครอบครัว เครือญาติ ความต้องการที่สำคัญที่สุดคือต้องการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการได้ส่วนหนึ่งตามประสบการณ์ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ระลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม พระสงฆ์ เพื่อให้จิตใจสงบ แต่บางครอบครัวไม่ได้ให้การดูแล เนื่องจากไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อเสนอต่อบทบาทพระสงฆ์สามเณรที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เข้าสู่ระยะใกล้ตายและขณะกำลังจะตาย โดยช่วยเหลือครอบครัว ให้มีความเข้าใจและสามารถให้การตอบสนองความต้องการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัว ญาติพี่น้องได้มีสติ มีความพร้อมในการเผชิญกับความตาย และความสูญเสียโดยหลักทางพุทธศาสนา

5. การเสริมสมรรถนะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าพยาบาลไม่มีความรู้ความเข้าใจและไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบการเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในมิติทางการแพทย์ และมิติทางวัฒนธรรม การมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความตายที่เป็นคำอธิบายการตีความของผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ตรง การให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

6. การพัฒนาการวิจัยประเด็นเกี่ยวกับความตาย เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อหาแนวทางและมาตรฐานในการดูแล พัฒนาเครื่องมือกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย การเตรียมตัวและการเผชิญกับความตาย การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายและหลังจากเสียชีวิตแล้วในผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อขยายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นจริยธรรม (Ethical issues) ของการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณาไตร่ตรองว่าสิ่งใดควรกระทำ ไม่ควรกระทำในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมเรื่องการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) และการกระทำในสิ่งที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beneficence) ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การบอกข้อมูลและการบอกความจริง (Veracity, Truth Telling)

การบอกข้อมูลทั่วไป ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของทีมนักจิตวิทยาได้แก่ การบอกข้อมูลถึงระดับอาการของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา วิธีการรักษาผลข้างเคียง สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและยากแก่การวางกฎเกณฑ์ตายตัว การบอกเรื่องที่ดีว่าธรรมดาอาจไม่ธรรมดาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ และยากที่สุดก็คือการบอกข่าวร้ายว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต สำหรับสังคมตะวันตกในประเด็นดังกล่าวนี้ อาจไม่ยุ่งยากนักเนื่องจากมีกฎหมายบังคับอยู่ว่าฝ่ายรักษาพยาบาลจะต้องบอกทุกอย่างแก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะเดียวกันความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมตะวันตกมีการพูดถึงเรื่องความตายอย่างตรงไปตรงมาและเปิดเผย ศาสนาคริสต์มองว่าความตายเป็นการจบชีวิตชั่วคราวในโลกนี้ไปสู่ชีวิตในอาณาจักรของพระเจ้า ความตายจึงเป็นการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง พระพุทธศาสนาซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทยมองว่าความตายเป็นธรรมดาของชีวิต เป็นการสิ้นสุดของสังขาร เป็นสิ่งที่ไม่มีความกลัว หวั่นเกรง อยากรู้ตามค่านิยมตามวัฒนธรรมไทยจะไม่พูดถึงความตายตรงๆ กับผู้ที่กำลังจะตาย และคนไทยส่วนใหญ่ก็ยังคงรับไม่ได้กับการที่รู้ว่าตนกำลังจะตาย ปัญหาจึงมีอยู่ว่าจะบอกอย่างไรแก่ญาติ ครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อบอกแล้วจะช่วยประคับประคองจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างไร

2. การบรรเทาอาการปวด

ความเจ็บปวดจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติและครอบครัว และทีมการรักษาพยาบาล การบรรเทาอาการปวดด้วยยาเป็นดุลยพินิจของแพทย์ ประเด็นสำคัญของจริยธรรมที่เกี่ยวกับอาการปวดคือ การมองและยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความปวดได้อย่างเข้มแข็ง แต่บางรายก็ทุกข์ทรมานอย่างสาหัส การมองความปวดว่าเป็นอาการของโรคที่จะต้องเป็นเช่นนั้นกับการมองความปวดว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน จะทำให้เห็นวิธีปฏิบัติที่ควรจะเป็น แพทย์หญิงลินดา อีมานูเอล แห่งคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้ข้อคิดว่า ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องไม่รู้สึกกลัวหรือหลีกเลี่ยงอาการปวดของผู้ป่วย ผู้ให้การรักษาพึงสามารถรับรู้ถึงความปวด ยอมให้ผู้ป่วยแสดงอาการปวด และไม่หวาดเกรงที่จะช่วยบำบัดอาการปวดนั้น (Healers can hear pain, healers give people permission to show pain, healers are not

โดยทั่วไป ดังนั้น การเข้าใจการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายว่าเป็นการแสดงออกจากสัญลักษณ์ของจิตใจ (Symbols of solace) อาจช่วยให้ตอบสนองทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้

5. การตอบสนองทางจิตวิญญาณเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง จิตวิญญาณของคนคือส่วนที่ลึกซึ้งที่สุดด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้น การสามารถรู้ถึงความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และได้ตอบสนองสิ่งนั้นแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น การได้รับ “การดูแล” หรือ “บอกทาง” จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้เห็น “ผ้าเหลือง” (พระภิกษุ) การได้ฟังเสียงสวดมนต์หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ทั้งหมดนี้ย่อมแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อควรคำนึงถึง การตอบสนองทางจิตวิญญาณที่แท้จริงจะต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่ตามความเห็นของทีมผู้รักษาที่คิดว่าควรดำเนินการให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลที่ต้องการ

ในต่างประเทศ Clarke et al. (2003) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในไอซียู 15 แห่ง ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัย สรุปเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียู 7 ตัวชี้วัด ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต การรวบรวมข้อมูลได้จากพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยได้ ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ การศึกษาของสันต์ หัตถิรัตน์ (2528), ลิวลี ศิริไล (2534), รสพร ประทุมวัน (2534), วนิดา ศรีวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชุณหปภาณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามธิบดี (2547), จอนณะจง เพ็งจาด (2547), เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ์ (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1999), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002) และ Clarke et al. (2003) ทำให้ทราบว่าในปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศมีการศึกษาและให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไรบ้าง

การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย และแนวคิดของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ เมื่อนำมาประมวลสรุป พบว่าองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย 6) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ 7) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแต่ละองค์ประกอบวิเคราะห์จากแนวคิดของนักวิชาการ ดังแสดงในตารางที่ 1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

แนวคิด	การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	การสื่อสารภายในทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย	การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต
สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	/	/			/		
สิวลี ศิริไล (2534)				/	/	/	/
รสพร ประทุมวัน (2534)		/		/	/	/	
วนิดา ศรีวรรกุล (2537)					/	/	
พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538)	/			/	/	/	
โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)		/		/	/	/	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	การสื่อสารภายในที่ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย	การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลรามาธิบดี (2547)		/	/	/	/	/	
จอณณะจง พึ่งจาด (2547)			/	/	/	/	/
เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2548)	/	/	/	/	/	/	
ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	/		/	/	/	/	
Singer (1999)					/		
Fowler et al. (1999)	/	/		/	/		
Stewart et al.(1999)	/	/		/	/	/	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	การตัดสินใจ โดยยึดผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง	การสื่อสาร ภายในที่ร่วมกับ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การดูแล ผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง	การสนับสนุน ด้านอารมณ์แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	การจัดการกับ อาการและการ ดูแลเพื่อ ความสบาย	การสนับสนุน ทางด้านจิต วิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัว	การสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ และการสนับสนุน ขององค์กรแก่บุคลากรในหอ ผู้ป่วยวิกฤต
Teno (2001)	/			/	/		
Wenger and Rosenfeld (2001)		/		/	/	/	
Curtis et al. (2002)	/	/			/		/
Clarke et al. (2003)	/	/	/	/	/	/	/

จากองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1) การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การสื่อสารภายในที่ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย 6) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและ 7) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่นักดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังภาพประกอบ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการตัดสินใจโดย ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการตัดสินใจ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาล ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 3) การจำกัดขอบเขตของการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 4) การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว 5) การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 6) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ 7) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ และ 8) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำหน้าที่แทนเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้าย (สันต์ หัตถิวัฒน์, 2528; พวงเพ็ญ ชุณหปราวณ, 2538; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Curtis et al., 2002; Clarke et al., 2003) ซึ่งมีรายละเอียดแสดงดังใน ตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	พวงเพ็ญ ชอุณหพราน (2538)	เต็มศักดิ์ พิงรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al.(1999)	Stewart et al.(1999)	Teno (2001)	Curtis et al.(2002)
1. กำหนดเป้าหมายของการรักษา พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	
3. การจำกัดขอบเขตของการ รักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับตาม ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว		/			/			
4. การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและ ครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/
5. การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุม ปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	/		/	/		/		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	พวงเพ็ญ ชอุณหปราณ (2538)	เต็มศักดิ์ พิงรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al.(1999)	Stewart et al.(1999)	Teno (2001)	Curtis et al.(2002)
6. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือก สถานที่เสียชีวิตได้	/	/	/				/	
7. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการตัดสินใจ	/	/	/	/	/	/		/
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำ หน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย			/		/		/	

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายใน ทีมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในทีม ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอ 2) การ ประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การพบปะ พุดคุยระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ 4) มีแนวทางการสื่อสารที่ เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) 5) การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง ตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม 6) การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย 7) การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการพบปะพูดคุยกับ ครอบครัว และ 8) การระดมสมาชิกภายในครอบครัวซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีมผู้รักษา แทนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; รสพร ประทุมวัน, 2534; โรงพยาบาล ศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลวชิราวุฒิ, 2547; เต็มศักดิ์ พิงศ์มี, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Wenger and Rosenfeld, 2001; Curtis et al., 2000) ซึ่งมีรายละเอียดดัง แสดงในตารางที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสื่อสารภายในที่ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

แนวความคิด สาระ	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	รศพร ประทุมวัน (2534)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	เติมศักดิ์ พึ้งรัมย์ (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)	Wenger and Rosenfeld (2001)	Curtis et al. (2002)
1. การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่าง สม่ำเสมอ	/	/	/	/		/	/	/	/
2. การประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหา ข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว	/				/	/	/		/
3. การพบปะพูดคุยระหว่างทีมผู้รักษา กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	/	/	/	/	/		/	/	/
4. มีแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)	/	/		/					/
5. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม	/		/	/				/	/

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สาระ / แนวคิด	สันต์ หัตถ์รัตน์ (2528)	รสพร ประทุมวัน (2534)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	เต็มศักดิ์ พงษ์ศรี (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)	Wenger and Rosenfeld (2001)	Curtis et al. (2002)
6. การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะ พูดคุย	/			/		/			/
7. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการ พบปะพูดคุยกับครอบครัว			/			/			
8. การระบุนสมาชิกภายในครอบครัวซึ่ง จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีม ผู้รักษาแทนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด		/	/			/			

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2) การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง 3) การรับ-ส่งเวรของทีมผู้รักษามีความต่อเนื่อง 4) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 5) การระบุและมอบหมายการดูแลแก่ผู้รับผิดชอบภายในทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง 6) การปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค 7) การแจ้งให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว และ 8) การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา (โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547; จอนณะจิง เฟิงจาด, 2547; เต็มศักดิ์ ฟิงรัศมี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548) ดังแสดงในตารางที่ 4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สาระ แนวคิด	โรงพยาบาลรามารินทร์ (2547)	จนฉะจาง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)
1. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และให้การรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง	/	/	/	/
2. การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง	/	/	/	/
3. การรับ-ส่งเวรของทีมผู้รักษามี ความต่อเนื่อง	/	/	/	/
4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง ต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	/	/	/	/

ตารางที่ 4 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547)	จนฉะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)
5. การระบุและมอบหมายการดูแลแก่ผู้รับผิดชอบภายในทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง	/		/	/
6. การปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค	/		/	/
7. การแจ้งให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว	/		/	/
8. การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา	/		/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้าน อารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก 2) การ ประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 3) การ ส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 4) การยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต 6) การประสาน เครือข่ายทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาเยี่ยม และ 7) การดูแล ประคับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547; จอนพะจง เฟิงจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Wenger and Rosenfeld, 2001) ดังแสดงในตารางที่ 5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

แนวความคิด สาระ	สิวลี ศิริไล (2534)	รศพร ประทุมวัน (2534)	พวงเพ็ญ ชอุณหปรภณ (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จนฉะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ้งรัมย์ (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)
1. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2. การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3. การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4. การยืดหยุ่นเรื่องเวลา การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แนวความคิด สาระ	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	พวงเพ็ญ ชอุณหพราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนมะจง เพ็งจาด (2547)	เต็มศักดิ์ พึ้งรัศมี (2548)	ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2548)	Fowler et al. (1999)	Stewart et al. (1999)
5. การสนับสนุนให้ครอบครัว ได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใน ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6. การประสานเครือข่ายทาง สังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาเยี่ยม	/		/	/	/			/		/
7. การดูแลระดับประคอง อารมณ์และความรู้สึกของ ครอบครัวที่มีต่อการจากไป ของผู้ป่วย	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสบาย ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) 2) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสบาย 3) การยืดหยุ่นเกี่ยวกับการให้การพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่พร้อม 4) การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม 5) การดูแลเกี่ยวกับรูปลักษณ์และสุขวิทยาส่วนบุคคล 6) การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 7) การบรรเทาอาการและความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการอื่นๆอย่างเหมาะสม และ 8) การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; สิวิไล ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; วนิดา ศรีวรกุล, 2537; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2547; จอนณะจง เฟ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ ฟุ้งรัมย์, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Singer, 1999; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Wenger and Rosenfeld, 2001; Curtis et al., 2000) ดังแสดงในตารางที่ 6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลเพื่อความสุขสบาย

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรีวรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชุนหปราน (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)	จอนณะจ เพ็งจาด (2547)
1. การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)	/			/	/	/	/	/
2. การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย	/	/	/	/	/	/	/	/
3. การยืดหยุ่นเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่พร้อม	/	/	/	/	/	/	/	/
4. การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการและ/หรือตามความเหมาะสม		/			/			/
5. การดูแลเกี่ยวกับบุคลิกและสุขวิทยาส่วนบุคคล	/	/	/	/	/	/	/	/

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สันต์ หัตถิรัตน์ (2528)	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรียรรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชอุณหปราณ (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามาริบัติ (2547)	จอนณะจ เพ็งจาด (2547)
6. การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็น ส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว		/			/	/	/	/
7. การบรรเทาอาการและความปวดด้วย วิธีการใช้ยาและวิธีการอื่นๆอย่างเหมาะสม	/	/	/	/	/	/	/	/
8. การลดการใช้แสงและเสียงเกินความ จำเป็น		/		/	/	/	/	/

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ 2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับศาสนา / ความเชื่อตามความต้องการ 3) การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ 4) การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงามที่ตนได้กระทำ 6) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และ 7) การส่งเสริมให้ครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย (สิวลี ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; วนิดา ศรีวรกุล, 2537; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Stewart et al., 1999; Wenger and Rosenfeld, 2001) ดังแสดงในตารางที่ 7



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ตารางวิเคราะห์แนวคิดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สาระ แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรียรรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ฑูณหปราณ (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)
1. การประเมินความต้องการ ทางด้านจิตวิญญาณ	/	/	/	/		
2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับ ศาสนา/ความเชื่อตามความต้องการ	/	/	/	/	/	/
3. การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการเผชิญกับความตาย อย่างสงบ	/	/	/	/	/	/
4. การอำนวยความสะดวก ในการจัดการศพ	/		/	/		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

สาระ แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	รสพร ประทุมวัน (2534)	วนิดา ศรีวรกุล (2537)	พวงเพ็ญ ชอุณหปราณ (2538)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ (2545)	โรงพยาบาล รามธิบดี (2547)
5. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึง สิ่งที่ดีงามที่ตนได้กระทำมา	/			/		
6. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ	/	/	/	/		
7. การส่งเสริมให้ครอบครัวค้นหา สิ่งที่เป็นพลังชีวิตของผู้ป่วย	/			/		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาจากตำรา เอกสาร วิชาการ และงานวิจัย สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน 2) การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร 3) การจัดตั้งกลุ่มภายใน ทีมผู้รักษา เพื่อคอยดูแล ให้กำลังใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 4) การปรับอัตรากำลังของทีม ผู้รักษาสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) การจัดเตรียม วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ 6) การ ประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ปฏิบัติ (สิ่งที่ทำ ได้ดี สิ่งที่ต้องทำให้ดีขึ้น) 7) การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8) การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ และ 9) การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สิวลี ศิริไล, 2534; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; Curtis et al., 2000) ดังแสดงในตารางที่ 8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนขององค์กรแก่บุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต

สาระ	แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	จนณะจง เพ็งจาด (2547)	Curtis et al. (2002)
	1. การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน	/	/	
	2. การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร	/	/	/
	3. การจัดตั้งกลุ่มภายในทีมผู้รักษา เพื่อคอยดูแล ให้กำลังใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	/	/	/
	4. การปรับอัตรากำลังของทีมผู้รักษาสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/		
	5. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้	/	/	/

ตารางที่ 8 (ต่อ)

สาระ	แนวคิด	สิวลี ศิริไล (2534)	จอนณะจง เพ็งจาด (2547)	Curtis et al. (2002)
6.	การประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ปฏิบัติ(สิ่งที่ทำได้ดี , สิ่งที่ควรทำให้ดีขึ้น)	/	/	/
7.	การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/
8.	การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	/	/	/
9.	การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	/	/	/

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกิน 6 เดือนหรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วกลับมาเป็นช่วงๆ เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน เป็นๆ หายๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดในปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัว ในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และจิตใจต้องการได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ การฟื้นฟูและฝึกฝนเป็นพิเศษ (จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์, 2536) ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเต็มไปด้วยความทุกข์ ความเครียดที่วิถีการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาและติดตามการรักษาสักเพียงใดก็ตาม บางครั้งพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 1949 หมายถึง โรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ต้องการฟื้นฟูสภาพของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และต้องการการดูแลติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล แนวโน้มของโรคมียืดเยื้อกับทรุดตงั้นจึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะคติ และการรับรู้ของพยาบาล รวมถึงรูปแบบของการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

รสพร ประทุมวัน (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ด้านการประเมินปัญหา ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในระดับปานกลาง

พัชรียา ไชยลังกา (2534) ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแนวความคิดเกี่ยวกับความตาย ผู้มีสุขภาพดีจำนวน 140 คน ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่าผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และศาสนาเดียวกัน มีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุภาพร ดาวดี (2537) ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนความตระหนักในตนเองค่อนข้างทางด้านสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างมาทางด้านสูง และความตระหนักในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วนิดา ศรีวรกุล (2537) ศึกษาการพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ในโรงพยาบาลเซนหลุยส์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 3 เดือน ผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางคิดเป็นร้อยละ 49 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 36 ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมประชุมสัมมนาของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำเอกสารแจกแก่ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย และควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ชัชชาภา ญ นคร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ให้การพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสวมเสื้อผ้าหรือปกปิดร่างกายของผู้ป่วย ส่วนการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่ การรักษาความลับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย และการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรับผิดชอบและคิดว่าเป็นการได้บุญ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ และความต้องการการ

พยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือการพยาบาลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาเป็นการพยาบาลด้านจิตวิญญาณและการพยาบาลด้านจิตสังคมตามลำดับ

ชมพูนุท พงษ์ศิริ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน พยาบาลควรเน้นในเรื่องการสอนหรือสนับสนุนญาติและบุคคลในครอบครัวให้กล้าเผชิญความจริง มีทักษะในการทำการพยาบาลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง มุ่งที่จะปรับประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ธัสมน นามวงษ์ (2540) ศึกษาผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณอย่างมาก

นุจรินทร์ วัฒนทกุล (2543) ศึกษาประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 19 คน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลได้ให้นิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตายในสามลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตาย ผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลว และผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยใกล้ตาย 2) การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) การตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ การตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกายและความสุขสบาย การจัดหาสิ่งสร้างความสุขและความพึงพอใจ การสนองความต้องการกลับบ้าน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบและการส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อ และ 4) การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยจากผลการวิจัยพบเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล จะแตกต่างและแปรเปลี่ยนอย่างเป็นพลวัตกับนิยามความหมายผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มี

หน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตาย และต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

สุนิศา สุขตระกูล (2544) ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก

วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน ข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกสนทนา การสนทนากลุ่ม การถ่ายรูป ผู้ป่วยโรคเอดส์ 5 คนและสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 12 คน การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน เป็นกระบวนการต่อเนื่องเริ่มจากสัญญาณแสดงความตายที่ปรากฏด้านร่างกาย และประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ การให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” “หลุดพ้น” และ “ดับสูญ” ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำที่ทำความดีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น เช่น บรรเทาอาการปวดทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม การจัดการธุระสำคัญ ได้ประกอบพิธีกรรมตามธรรมเนียมประเพณี ทุกขั้นตอนที่ครอบครัวสามารถจัดการได้และปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตแล้วของผู้ป่วยเอดส์

การศึกษาในประเทศอังกฤษของ Skilbeck (2005) เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า เริ่มแรกให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง ต่อมาขยายไปยังผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจุบันมีการให้การดูแลในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม มีงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้
 วงรัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนอง
 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมี
 ความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง

เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ และคณะ (2547) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการ
 ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกร
 พยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทั้งหมด 7 กิจกรรม ได้แก่ การคอยดูแล
 ช่วยเหลือ สร้างความหวัง ดูแลยิ่งกว่าญาติ สัมผัส ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ เสริมกำลังใจจาก
 ญาติ ช่วยให้สุขสงบ และเคารพความเป็นบุคคล

Danis et al. (1999) ศึกษาเป้าหมายและวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย
 ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาจากรายงานการดูแลแบบประคับประคอง สรุปรายงานการวิจัย
 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแล
 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาทำการ
 พิสูจน์ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต การดูแลแบบประคับประคอง
 จริยธรรมการดูแล ตัวแทนผู้รับบริการ และการสื่อสาร ถูกนำมาประชุมปรึกษากันเพื่อปรับปรุงและ
 พัฒนา จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตการตัดสินใจเรื่องชีวิตและความ
 ตายเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความจำเป็นในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทาง
 การแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อพยุงหรือยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด เนื่องจากในภาวะวิกฤตผู้ป่วยไม่
 สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการตัดสินใจร่วมกับตัวแทนของ
 ผู้ป่วย ความไม่ต่อเนื่องของการรักษาก็เป็นสิ่งที่คุกคามความสัมพันธ์ ความไว้วางใจระหว่างกันได้
 เรื่องความแตกต่างของวัฒนธรรมก็มีส่วนในการเลือกตัดสินใจรับการรักษา การเผชิญหน้ากับ
 ความเป็นจริงมีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคองระยะใกล้ตายในหอ
 อภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหออภิบาลผู้ป่วย
 วิกฤต ควรให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆ ดังนี้ คือ เป้าหมายในการดูแล แนวทางในการใช้เครื่องมือ
 ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการงดให้การรักษาและการ
 หยุดให้การรักษาที่จำเป็นเพียงเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป ประสิทธิภาพในการสื่อสารและ

ความไว้วางใจในสัมพันธภาพมีความสำคัญมากในการให้การดูแลที่ดี ควรให้การยอมรับและเคารพในความแตกต่างด้านวัฒนธรรม การส่งมอบการดูแลแบบประคับประคองที่ดีเยี่ยม มีความเหมาะสมและจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยวิกฤต

Nelson et al. (2001) ศึกษาการดูแลระยะสุดท้ายในไอซียู พบว่าความแพร่หลายขององค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีปัญหาในการให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยภาวะวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต การรวบรวมประจักษ์การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน ดูเหมือนว่าจะมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การรักษาเต็มที่เพื่อเป็นการยืดชีวิต แต่แนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบ ยังไม่เพียงพอและขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต การทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าการจัดการกับอาการ การสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาและการกระทำต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วย ยังต้องการเครื่องมือที่จะประเมินสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อเป็นการชี้วัดและเป็นแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นมาตรฐาน

Lavy (2001) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะดีที่สุด พบว่าในทุกวันนี้ดูเหมือนว่าเราต้องเผชิญกับการศึกษาที่รายงานเกี่ยวกับความไม่พอใจของครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ได้รับในหอผู้ป่วยวิกฤต มันเป็นการยากสำหรับทีมผู้ให้การดูแลรักษาที่จะยอมรับข้อมูลนี้ จากการศึกษาในปัจจุบันและที่ผ่านมา บุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่าพวกเขาได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลังความสามารถ และไม่ต้องการได้ยินว่าพวกเขาทำงานไม่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ทำทนายมาก ไม่มีใครชี้แนะตายตัวว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นว่าทำไมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงได้ยากในการฝึกฝนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในโรงเรียนแพทย์ พยาบาล จึงมีการจัดหลักสูตรจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย การเรียนรู้ทักษะเหล่านี้ไม่สามารถวัดประโยชน์คุ้มค่าได้ แต่ทำให้สามารถชี้ชัดในเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการร่วมปรึกษา และช่วยเหลือในการตัดสินใจ

Judith et al. (2001) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 100 คนให้ผู้ป่วยรายงานเกี่ยวกับอาการด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานเกี่ยวกับอาการปวด ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อาการหิวกระหายน้ำ อาการซีมเศร้าและวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤต ความยากลำบากในการสื่อสาร การถูกรบกวนการนอน และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยมมีผลต่อความเครียดอย่างมากในผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะวิกฤต จะมีความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการที่รุนแรงหลายอาการด้วยกัน การประเมินอาการควรมีประสิทธิภาพ เพื่อการควบคุมอาการและมีการตัดสินใจให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่อนข้างน้อย ส่วนมากจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในงานวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการของญาติและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย และ การศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลวิชาชีพ ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ซึ่งในการสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนคติหรือเจตคติต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวแปรที่มีลักษณะเป็นนามธรรม จำเป็นต้องใช้คำถามหลายๆ คำถามมาประกอบกัน เพื่อวัดค่าของตัวแปรนามธรรมเพียงตัวเดียว (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์, 2536) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยต้องวัดจากคำถามหลายๆ คำถาม เพื่อดูว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้ อาจแตกต่างกันไปตามแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของนักวิชาการ ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศของสันต์ หัตถิวัฒน์ (2528), สิวลี ศิริไล (2534), รสพร ประทุมวัน (2534), วนิดา ศรีวรกุล (2537), พวงเพ็ญ ชุณหปราณ (2538), โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (2545), โรงพยาบาลรามาริบัติ (2547), จอนณะจง เพ็งจาด (2547), เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ (2548), ประเสริฐ เลิศสงวนสิน

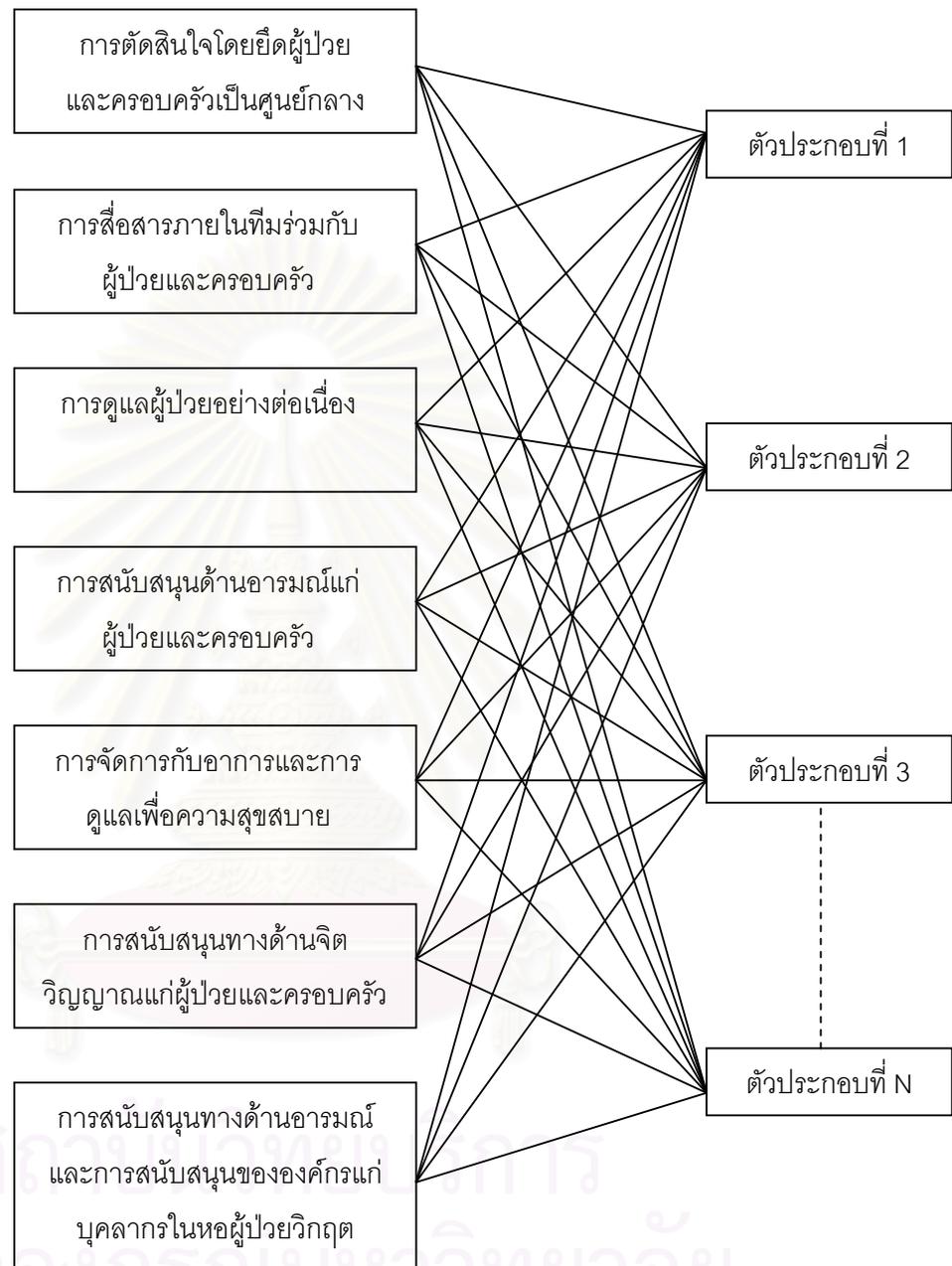
ชัย (2548), Singer (1999), Fowler et al. (1999), Stewart et al. (1999), Teno (2001), Wenger and Rosenfeld (2001), Curtis et al. (2002)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามที่ได้นำเสนอ ผู้วิจัยได้นำมาประมวลสรุปและวิเคราะห์สำหรับใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่องการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ประมวลสรุปได้ 7 องค์ประกอบ และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ซึ่งผลการวิจัยหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแล้ว ตัวแปรแต่ละตัวอาจจะเข้าไปอยู่ในองค์ประกอบใดก็ได้ตามน้ำหนักของตัวแปร (Factor Loading) ดังภาพที่ 3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเบื้องต้นขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ผลการวิจัยหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดตัวแปรองค์ประกอบย่อย

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดองค์ประกอบย่อย จากการศึกษาเอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2528; สิวลี ศิริไล, 2534; รสพร ประทุมวัน, 2534; วนิดา ศีวีรกุล, 2537; พวงเพ็ญ ชุณหปภาณ, 2538; โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2545; โรงพยาบาลรามธิบดี, 2547; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547; เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548; Singer, 1999; Fowler et al., 1999; Stewart et al., 1999; Teno, 2001; Wenger and Rosenfeld, 2001; Curtis et al., 2000; Clarke et al., 2003) หากเป็นประเด็นที่เหมือนกันผู้วิจัยได้รวบรวมเป็นรายการเดียวกัน และประมวลสรุปเป็นรายการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 48 รายการ ดังนี้

1. ตระหนักว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่เป็นหนึ่งเดียว ซึ่งจะต้องให้การดูแลที่ครอบคลุม
2. การประเมินความพอใจในรูปแบบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว
3. การนำประเด็นข้อขัดแย้งที่เกี่ยวกับการตัดสินใจของครอบครัวมาสู่การอภิปราย
4. การประเมินศักยภาพของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมตัดสินใจ
5. การริเริ่มให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดทำแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า
6. การทำหนังสือแสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะสุดท้าย
7. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้แทนในการตัดสินใจเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายและไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว
8. การแสดงความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการนำความต้องการของผู้ป่วยมาประกอบในการตัดสินใจทุกครั้ง

9. การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของทีมผู้รักษาที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 10. การกำหนดเป้าหมายของการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
 11. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางเลือก
 12. การจัดการดูแลรักษาให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
 13. การจัดให้มีการประชุมแบบสหวิทยาการเพื่ออภิปรายปัญหาของผู้ป่วย โดยนำความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมาเป็นองค์ประกอบในการพิจารณา
 14. การนำข้อขัดแย้งระหว่างทีมผู้รักษามาอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปก่อนนัดประชุมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 15. การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเมื่อมีประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 16. การปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ เป็นต้น
 17. การพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและตอบข้อสงสัย
 18. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม
 19. การตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเป้าหมายการรักษาในช่วงแรกของการพบปะพูดคุยทุกครั้ง
 20. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในทีมผู้รักษาเพื่อสื่อสารกับครอบครัวในแต่ละวัน
 21. การระดมสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานกับทีมผู้รักษาแทนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว
 22. การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญความตายอย่างสงบ
 23. การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
 24. การสื่อสารให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาที่ยังไม่เคยรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว

25. การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษาทุกครั้ง
26. การประเมินและตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว
27. การจัดทำและแจกเอกสารเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลแก่ครอบครัว (แผนผังตึก ระเบียบการเยี่ยม บริการพิเศษต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง)
28. การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
29. การให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
30. การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญเกี่ยวกับวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
31. การช่วยดูแลและประสานเครือข่ายทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ
32. การให้การดูแลระดับประคองด้านอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย
33. การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยสุขสบาย
34. การใช้แบบประเมินอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)
35. การปรับปรุงแนวทางการรักษาเพื่อบรรเทาอาการให้ดีขึ้นอยู่เสมอ
36. การประเมินอาการซ้ำทุกครั้งหลังมีการทำหัตถการ
37. การศึกษาและแนะนำวิธีปฏิบัติที่ดีในการยุติการรักษาที่ชะลอการตายมาปรับใช้ เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว
38. การงดเว้นการทำหัตถการหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่มีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย เช่น ชั่งน้ำหนัก เจาะเลือด หรือวัดสัญญาณชีพ
39. การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น
40. การดูแลสุขอนามัยและรูปลักษณ์ของผู้ป่วย
41. การแนะนำให้มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงสุดท้ายของชีวิต
42. การประเมินความต้องการด้านความเชื่อและจิตวิญญาณบนพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง
43. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

44. การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาการปฏิบัติที่สอดคล้องกับศาสนาและความเชื่อ

45. การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมทีมผู้รักษาให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างดีที่สุด

46. การปรับอัตรากำลังของพยาบาลและการหมุนเวียนของแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

47. การจัดให้มีการสื่อสารในระหว่างสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลรักษา

48. การจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อคอยดูแลและให้กำลังใจแก่บุคลากรประจำหอผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดองค์ประกอบย่อย จากการศึกษาสภาพแท้จริง

2.1 ผู้วิจัยทำการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็น 1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 คน 3) ญาติและครอบครัวผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 2 คน รวมทั้งทั้งหมด 6 คน

2.2 การเตรียมการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

2.2.1 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive interview) เริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 60 นาที แนวคำถามในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของแต่ละสถานการณ์ของการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล

แนวคำถามในการสัมภาษณ์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างไร

2. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต มีองค์ประกอบใดบ้าง

3. นอกจากสิ่งที่คุณได้ให้การดูแลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ท่านคิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลอย่างไร เพราะเหตุใด

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. ท่านต้องการการดูแลอะไร อย่างไรเมื่อเข้ารับการดูแลรักษาในห้องไอซียู

2. ช่วยเล่าเหตุการณ์ในแต่ละวันของท่าน ขณะที่เข้ารับการรักษาในห้องไอซียู

3. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างกับการดูแล และการรักษาที่ได้รับขณะเจ็บป่วยครั้งนี้

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ญาติและครอบครัวที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง

1. ท่านคิดว่าการดูแลที่บุคคลในครอบครัวของท่านได้รับขณะมีการเจ็บป่วยเป็นอย่างไรบ้าง

2. เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย อาการหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยได้ถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและประมวลสรุปได้รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญ จำนวน 57 รายการ ดังนี้

1. การให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเสมือนเป็นหน่วยหนึ่งของการดูแล

2. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจตามแบบที่พอใจ

3. การเตรียมแก้ไขข้อขัดแย้งในการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว

4. การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับ

แผนการรักษาของตนเอง

5. การแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลล่วงหน้า

6. การอธิบายชัดเจน มีเอกสารประกอบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วย

7. การระบุตัวแทนทางสุขภาพหรือผู้แทนในการตัดสินใจ

8. การอธิบายชัดเจน มีเอกสารประกอบเกี่ยวกับการกู้คืนคืนชีพ

9. การกำหนดเป้าหมายของการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

10. การปฏิบัติตามแนวทางของกฎหมายและหลักจริยธรรม

11. การให้ข้อมูลที่เป็นจริง

12. การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินประโยชน์ของทางเลือกในการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
13. งดการรักษาเพียงเพื่อดำรงชีวิตไว้
14. มีการประชุมปรึกษากันในทีมสหสาขา
15. การเตรียมและปรึกษาปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างทีมผู้รักษาก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยและครอบครัว
16. ประโยชน์สูงสุดจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม
17. การให้ความสำคัญและยอมรับการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย
18. ประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
19. การสื่อสารให้ข้อมูลรวมถึงการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องชัดเจน ทำทางไม่วีร้อน และในสถานที่ที่เหมาะสม
20. การทำความเข้าใจที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยและเป้าหมายของการรักษาทั้งในตอนเริ่มต้นและสิ้นสุดการพบปะพูดคุย
21. การมอบหมายผู้ที่ทำหน้าที่ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละวัน
22. การระดมสมาชิกในครอบครัว เพื่อจะเป็นผู้ที่ติดต่อแทนสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว
23. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเข้าสู่กระบวนการตาย
24. การดูแลอย่างต่อเนื่อง
25. การแนะนำแพทย์ใหม่เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยและครอบครัว
26. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาและทำการแนะนำแพทย์ใหม่
27. การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
28. การให้ความเอาใจใส่ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
29. การทำสมุดคู่มือสำหรับครอบครัวที่รวมถึงการแนะนำบรรยากาศของห้องไอซียู ระเบียบการเข้าเยี่ยม
30. การอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและดำรงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว
31. การให้ความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

32. การสนับสนุนและเห็นคุณค่าในวัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว
33. การเตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ
34. การทำสมุดคู่มือแนะนำแหล่งสถาบันที่ปรึกษาทางการเงิน
35. การให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียญาติ
36. การจัดการกับอาการปวด
37. การให้การดูแลเพื่อความสบาย
38. การจัดการและใช้แบบประเมินอาการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้
39. การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการจัดการกับอาการ
40. การใช้การบำบัดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยาตามความต้องการและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
41. การบันทึกทางการแพทย์ทุกครั้งที่มีการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย
42. การปฏิบัติตามแนวทางในการงดเว้นการรักษาเพียงเพื่อประทังชีวิตไว้
43. การงดเว้นการตรวจและการปฏิบัติที่ไม่จำเป็น (การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การชั่งน้ำหนัก การบันทึกสัญญาณชีพตามเวลา) ให้มีเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเดียวในสถานการณ์ที่ต้องทำการพุงชีวิตไว้
44. การลดการกระตุ้นที่เป็นอันตรายให้น้อยที่สุด
45. การให้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับบุคลิกภาพและสุขวิทยาส่วนบุคคล
46. การให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว
47. การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
48. การประเมินและบันทึกความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว
49. การให้การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ
50. การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อ
51. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนของหน่วยงานแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต
52. การสนับสนุนทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
53. การปรับปรุงทีมผู้ให้การรักษาและการพยาบาลหมุนเวียนกันเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
54. การติดต่อสื่อสารร่วมกันของทีมสหสาขา

55. การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนภายในทีมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
56. การจัดผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
57. การอำนวยความสะดวกในพิธีจัดงานศพแก่ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างเครื่องมือวัดองค์ประกอบย่อย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดองค์ประกอบย่อยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 โดยประมวลสรุป หากเป็นข้อความที่ซ้ำกัน ผู้วิจัยคงข้อความนั้นไว้เป็นคำถาม หากมีความหมายแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมข้อความให้ครอบคลุมข้อความที่ได้ทั้งหมด จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ ได้ทั้งหมด 55 ข้อความ (ดังแสดงในภาคผนวก)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประเภทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยมีลักษณะเป็นแบบเติมคำและแบบตรวจสอบรายการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประมวลสรุปเป็นรายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งมีลักษณะไม่มีโครงสร้าง โดยกำหนดกรอบในการเขียนคำสัมภาษณ์ ตามแนวคิดที่ได้จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าว ให้ตอบอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์ และการรับรู้ โดยนำแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษา และปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็น 1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 คน และ 3) ญาติและครอบครัวผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 6 คน

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำมาจัดหมวดหมู่ ได้รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 57 รายการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามปลายปิดในขั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สร้างแบบสอบถามปลายปิด ผู้วิจัยนำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์มาประมวลสรุป และปรับรายการที่มีความซ้ำซ้อนสร้างเป็นข้อคำถามองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ได้ข้อคำถามจำนวน 55 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและกำหนดคะแนนในแต่ละระดับเป็น 1-5 คะแนน ดังนี้

5	หมายถึง	รายการนั้นท่านเห็นว่ามีควมสำคัญในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	รายการนั้นท่านเห็นว่ามีควมสำคัญในระดับมาก
3	หมายถึง	รายการนั้นท่านเห็นว่ามีควมสำคัญในระดับปานกลาง
2	หมายถึง	รายการนั้นท่านเห็นว่ามีควมสำคัญในระดับน้อย
1	หมายถึง	รายการนั้นท่านเห็นว่ามีควมสำคัญในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 การพิจารณาคูณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. พยาบาลปฏิบัติการ ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้ที่ศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 2 คน
4. แพทย์ผู้ที่ศึกษามีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน

1.2 รวบรวมรายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงตามเกณฑ์ ได้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1.3 นำแบบสอบถามและโครงร่างการวิจัยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสม และความสอดคล้องค่านิยามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ และแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยามเลย |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |

กำหนดเกณฑ์พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา จากค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีค่า CVI = 0.8 ขึ้นไป โดยนำระดับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ระดับความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณได้ค่า CVI จากทุกข้อคำถามในแบบสอบถาม จำนวน 55 ข้อ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มา มีข้อเสนอให้ปรับปรุงแก้ไขการใช้ภาษาบ้าง แต่มิได้ทำให้ความหมายเปลี่ยนแปลงไป

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามประชากร โดยนำไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ (Corrected Item-Total Correlation) ได้มากกว่า 0.3 ขึ้นไปทุกข้อ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544) นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขต จำนวน 25 โรงพยาบาล มีจำนวนประชากรรวม 703 คน (ข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการสำรวจข้อมูล จำนวนบุคลากร จากกลุ่มงานการพยาบาล เดือนตุลาคม, 2549)

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โดยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มโรงพยาบาลตัวอย่าง โดยจำแนกโรงพยาบาลศูนย์ตามการแบ่งส่วนราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาคออกเป็น 12 เขต จับฉลากโรงพยาบาลในแต่ละเขต โดยกำหนดสัดส่วน 1:1 เมื่อครบทั้ง 12 เขต ได้โรงพยาบาลตัวอย่างทั้งสิ้น 12 โรงพยาบาล

2. พิจารณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ที่ยอมรับได้ คือ จำนวน 300-500 คน (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน

3. สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลศูนย์แต่ละแห่งจนครบ 12 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการขอให้ผู้ที่รับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้สุ่มกลุ่มตัวอย่างให้จากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและมีประสบการณ์ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 5 ปี ขึ้นไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามโรงพยาบาลศูนย์ 12 เขต จำนวน 12 โรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	21	18
2. โรงพยาบาลสระบุรี	29	24
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี	17	-
3. โรงพยาบาลชลบุรี	26	22
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	25	-
โรงพยาบาลระยอง	15	-
โรงพยาบาลพระปกเกล้า	25	-
4. โรงพยาบาลนครปฐม	30	-
โรงพยาบาลราชบุรี	43	37
5. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา	69	-
โรงพยาบาลบุรีรัมย์	11	9
โรงพยาบาลสุรินทร์	15	-
6. โรงพยาบาลขอนแก่น	30	-
โรงพยาบาลอุดรธานี	13	11
7. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	60	51
8. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	37	31
9. โรงพยาบาลพุทธชินราช	55	46
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	19	-
10. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	13	-
โรงพยาบาลลำปาง	66	56
11. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช	26	-
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	13	11
12. โรงพยาบาลตรัง	17	14
โรงพยาบาลยะลา	20	-
โรงพยาบาลหาดใหญ่	8	-
รวม	703	330

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความร่วมมือ โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 12 แห่ง

2. เมื่อได้รับหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงส่งหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง พร้อมทั้งส่งสำเนาแนบไปอีก 1 ฉบับ เพื่อเรียนหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ แบบฟอร์มการแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (Consent form) รวมถึงตัวอย่างแบบสอบถาม 1 ชุด โดยส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ปฏิบัติ ดังนี้

2.1 มีหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล แนบไปพร้อมแบบสอบถามทุกฉบับ โดยชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.2 สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยได้ทันที

2.3 กรณีที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุล

2.4 การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล คำตอบที่ได้รับถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และแปลงข้อมูล โดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังกัดอยู่ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม

3. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อสอบถามหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาลหลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 วัน โดยแนะนำตัว ชี้แจงเรื่องการขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าได้ส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล รวมถึงสอบถามผลการอนุมัติของผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ 9 แห่งตอบรับและอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงอธิบายพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสุ่มตัวอย่าง ในการติดต่อครั้งนี้พบว่า หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งยังไม่ทราบเรื่องและยังไม่ได้รับหนังสือเวียนแจ้งให้ทราบ จึงนัดให้ผู้วิจัยโทรติดต่อกลับไปอีกครั้ง โดยจะสอบถามและเป็น

ผู้ประสานงานให้ ผู้วิจัยจึงโทรสอบถามอีกครั้ง และได้รับการตอบรับและอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้ครบทั้ง 3 โรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งสำเนาหนังสือที่ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไปยังกลุ่มงานการพยาบาลทั้ง 12 แห่ง ทางไปรษณีย์ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ รวมทั้งซองเปล่าติดแสตมป์ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ จำนวนซอง ชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัย โดยแนบหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง และโทรศัพท์ติดต่อเป็นการส่วนตัวกับผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง ซึ่งเคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศิริราช โดยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งโทรศัพท์ติดต่อเป็นระยะเพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 350 ฉบับ

5. เมื่อครบกำหนดตามระยะเวลา (23 มี.ค.-12 เม.ย. 50) ผู้วิจัยจึงโทรศัพท์สอบถามผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้แบบสอบถามคืน ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 342 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.71 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

6. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลปรากฏว่ามีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์คือตอบไม่ครบทุกข้อ จำนวน 7 ฉบับ ดังนั้นจึงได้นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 335 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.71 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ นำเสนอในรูปตารางและความเรียง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา แผนกหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=335)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25-30 ปี	2	0.6
31-35 ปี	48	14.3
36-40 ปี	121	36.1
41-45 ปี	83	24.8
46-50 ปี	77	23.0
51-55 ปี	4	1.2
ระดับการศึกษา		
ปริญญาโท	16	4.8
ปริญญาตรี	319	95.2
แผนก		
ศัลยกรรมระบบประสาท	101	30.1
ศัลยกรรมทั่วไป	138	41.2
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	70	20.9
อายุรกรรมทั่วไป	26	7.8
ประสบการณ์ทำงาน		
5-10 ปี	306	91.3
11-15 ปี	29	8.7

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีอายุช่วง 36-40 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.2 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.2 และมีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตช่วง 5-10 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3

2.การวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของรายการข้อความแบบมาตราส่วนประมาณ
ค่า 5 ระดับ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลผลคะแนน
เฉลี่ยตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

- 4.50 – 5.00 หมายถึง รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้อความนั้นสำคัญมากที่สุด
- 3.50 – 4.49 หมายถึง รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้อความนั้นสำคัญมาก
- 2.50 – 3.49 หมายถึง รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้อความนั้นสำคัญปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้อความนั้นสำคัญน้อย
- 1.00 – 1.49 หมายถึง รายการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้อความนั้นสำคัญน้อยที่สุด

2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.2.1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัว โดย
ใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) แสดงผล
ในรูปเมทริกซ์สหสัมพันธ์ วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคือ เพื่อ
คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูงไปวิเคราะห์ปัจจัย ซึ่งควรมีค่าสัมประ
สิทธิ์สหสัมพันธ์ $.30$ ขึ้นไป ($r > 0.30$) เหตุผลที่คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรในระดับสูงไปวิเคราะห์ตัวประกอบ คือ เพื่อให้ตัวแปรที่สกัดได้มีความร่วมกันสูง
ซึ่งค่าความร่วมกัน (Communality) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างตัวแปรหนึ่งๆ กับ
ตัวแปรอื่นๆ ทุกตัว ซึ่งเป็นค่าผลบวกกำลังสองของน้ำหนักตัวแปรทุกตัวแปร

การตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ตัวประกอบ ใช้วิธีการ
ทางสถิติ โดยการตรวจสอบ Bartlett's Test of Sphericity

สมมติฐานที่ทดสอบคือ

H_0 : ตัวแปรที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กัน

H_A : ตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กัน

Bartlett's Test of Sphericity เป็นวิธีการตรวจสอบลักษณะเมทริกซ์สหสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรว่าเป็นเมทริกซ์เอกภาพหรือไม่ หากผลการตรวจสอบ Bartlett's Test of Sphericity
พบว่าค่า Chi-square มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันหรือเมทริกซ์

สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่เป็นเมตริกซ์เอกภาพ ซึ่งหมายความว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์ปัจจัย

หาค่า Kaiser-Myer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ซึ่งเป็นค่าที่บอกให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้มีความเหมาะสม สำหรับการนำมาวิเคราะห์ตัวประกอบหรือไม่ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544; บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544)

ค่า KMO ตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป	ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดีมาก
ค่า KMO เท่ากับ 0.80-0.90	ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดี
ค่า KMO เท่ากับ 0.70-0.79	ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง
ค่า KMO เท่ากับ 0.60-0.69	ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับน้อย
ค่า KMO เท่ากับ 0.50-0.59	ข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับน้อยมาก
ค่า KMO น้อยกว่า 0.50	ข้อมูลไม่เหมาะสมและไม่สามารถยอมรับได้

ในงานวิจัยนี้ KMO มีค่า 0.87 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 และเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดีในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

Bartlett's Test of Sphericity พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ .000 แสดงว่าตัวแปรทั้งหมดต่างก็มีความสัมพันธ์ร่วมกัน ดังนั้นข้อมูลมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์ตัวประกอบ

ตารางที่ 11 : แสดงการทดสอบ KMO and Bartlett's Test of Sphericity

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Myer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.8754
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	28859.74
	df	1225
	Sig.	0.000

2.2.2 นำตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ไปสกัดตัวประกอบ (Factor Extraction) โดยวิธีตัวประกอบหลัก (Principal Component Analysis) เรียกว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) เพื่อแยกตัวประกอบร่วมให้มีตัวประกอบน้อยที่สุด (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2543) การหมุนแกน (Factor Rotation) หมุนแกนแบบ

ออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีเวรีแมกซ์ (Varimax) เพื่อให้ได้ตัวประกอบที่มีโครงสร้างอย่างง่าย ไม่ซ้ำซ้อน ทำให้การแปลความหมายตัวประกอบสะดวกขึ้น การหมุนแกนวิธีนี้จะได้ตัวแปรแต่ละตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยพิจารณาตัวประกอบตามเกณฑ์การพิจารณาค่าไอเกนเท่ากับหรือมากกว่า 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป โดยในแต่ละตัวแปรมีน้ำหนักตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป

2.2.3 พิจารณาจำนวนองค์ประกอบตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าองค์ประกอบที่สำคัญต้องมีค่าไอเกนเท่ากับหรือมากกว่า 1.0 และมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นๆ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป (กัลยา วาณิชขัญญา, 2544)

2.2.4 เลือกตัวแปรเข้าองค์ประกอบโดยพิจารณาค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ เลือกตัวแปรที่มีค่าของน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) มากที่สุดในองค์ประกอบนั้น โดยในแต่ละตัวแปรมีน้ำหนักตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547)

2.2.5 ทำการวิเคราะห์ตัวประกอบใหม่ภายหลังจากการตัดตัวแปรตามเกณฑ์ข้อ 2.2.4 ออกเนื่องจากการตัดตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งออกจากปัจจัยแล้ว ค่าของน้ำหนักปัจจัยประกอบ (Factor loading) ของแต่ละตัวแปรจะเปลี่ยนไป ดังนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และพิจารณาการเข้าเป็นสมาชิกขององค์ประกอบใหม่และตัดตัวแปรออกจนกระทั่งได้ตัวแปรที่มีน้ำหนักของปัจจัยสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งหมด 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พิจารณาตัดตัวแปรที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ข้อ 2.2.4 ออก จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรที่ 9 15 16 27 30 34 42 44 46 49 และ 52 และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบรอบที่ 2 ใหม่เนื่องจากถ้าตัดตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งออกจากปัจจัยแล้วค่าของน้ำหนักปัจจัยของแต่ละตัวแปรจะเปลี่ยนไป มีตัวแปรเข้าองค์ประกอบ ครั้งที่ 2 จำนวน 44 ตัวแปร

ครั้งที่ 2 พิจารณาตัด ตัวแปรที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรที่ 3 12 38 และ 41

ครั้งที่ 3 จัดตัวแปรที่เหลือ 40 ตัวแปรเข้าองค์ประกอบได้ 7 องค์ประกอบ และตั้งชื่อองค์ประกอบตามลักษณะตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นๆ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 12 โรงพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 335 คน ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อระดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
- ตอนที่ 2 การตรวจสอบลักษณะข้อมูล
- ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการประเมินระดับความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เรียงตามลำดับคะแนนค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุด

ลำดับ ที่	รหัส	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความ สำคัญ
1	C9	การสื่อสารภายในทีมผู้รักษาอย่างสม่ำเสมอ	4.95	0.21	มากที่สุด
2	S40	การส่งเสริมให้ครอบครัวค้นหาสิ่งที่เป็นพลัง ชีวิตของผู้ป่วย	4.95	0.42	มากที่สุด
3	C10	มีแนวทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)	4.94	0.23	มากที่สุด
4	C11	การสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วยและครอบครัว	4.94	0.23	มากที่สุด
5	C32	การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย	4.94	0.23	มากที่สุด
6	S41	การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ	4.92	0.26	มากที่สุด
7	C12	การสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและ ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	4.91	0.28	มากที่สุด
8	E25	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ระบายความรู้สึก	4.91	0.28	มากที่สุด
9	C17	การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง กระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	4.91	0.28	มากที่สุด
10	P47	การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสมกับการ ปฏิบัติงาน	4.90	0.29	มากที่สุด
11	E26	การสนับสนุนครอบครัวให้อยู่กับผู้ป่วย ในช่วงสุดท้ายของชีวิต	4.89	0.30	มากที่สุด
12	P48	วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีเพียงพอและอยู่ใน สภาพพร้อมใช้	4.89	0.30	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความ สำคัญ
13	C18	การบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด และต่อเนื่อง	4.89	0.30	มากที่สุด
14	C19	การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุก ครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา	4.88	0.31	มากที่สุด
15	C33	การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย	4.88	0.31	มากที่สุด
16	E27	การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว	4.88	0.32	มากที่สุด
17	P49	การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร	4.88	0.32	มากที่สุด
18	C20	การมอบหมายทีมผู้รักษาเพื่อการดูแล ที่ต่อเนื่อง	4.87	0.33	มากที่สุด
19	C21	การปรับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ในแต่ละระยะของโรค	4.86	0.34	มากที่สุด
20	C1	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย	4.85	0.34	มากที่สุด
21	C2	การกำหนดผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ ระยะสุดท้าย	4.85	0.35	มากที่สุด
22	C22	การประเมินสภาพปัญหาและให้การ รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.85	0.35	มากที่สุด
23	C34	การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม	4.85	0.35	มากที่สุด
24	C13	การระบุนสมาชิกภายในครอบครัวเพื่อ ประสานงานกับทีมผู้รักษา	4.84	0.35	มากที่สุด
25	P50	การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน	4.83	0.37	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความ สำคัญ
26	S42	การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ	4.82	0.37	มากที่สุด
27	C35	การยืดหยุ่นเวลาเพื่อให้การพยาบาล	4.82	0.38	มากที่สุด
28	C23	การรับ-ส่งเวรมีความต่อเนื่อง	4.81	0.38	มากที่สุด
29	C36	การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและ ความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสาร ได้และสื่อสารไม่ได้)	4.81	0.38	มากที่สุด
30	P51	การประชุมปรึกษาหารือของทีมสหสาขา วิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	4.81	0.39	มากที่สุด
31	E29	การดูแลระดับประคองอารมณ์และ ความรู้สึกของครอบครัว	4.78	0.40	มากที่สุด
32	S43	การเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความ ตายอย่างสงบ	4.78	0.40	มากที่สุด
33	C24	การแจ้งข้อมูลให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษา ทราบ	4.78	0.41	มากที่สุด
34	E28	การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของ ผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะ สุดท้าย	4.77	0.41	มากที่สุด
35	C37	การบรรเทาอาการและความเจ็บปวด	4.77	0.41	มากที่สุด
36	E30	การยืดหยุ่นในเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	4.77	0.41	มากที่สุด
37	C4	การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.73	0.44	มากที่สุด
38	C5	การกำหนดเป้าหมายการรักษาพยาบาล ร่วมกัน	4.73	0.44	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความ สำคัญ
39	C3	การประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.73	0.50	มากที่สุด
40	P52	การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับ ของเครื่องมือภาระงาน	4.71	0.45	มากที่สุด
41	C38	การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น	4.54	0.64	มากที่สุด
42	P53	การจัดผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	4.51	0.50	มากที่สุด
43	C14	การมอบหมายผู้รับผิดชอบในการสื่อสารกับ ครอบครัว	4.31	0.46	มาก
44	C6	การกำหนดการรักษาพยาบาลให้สอดคล้อง กับตามความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.28	0.45	มาก
45	P54	การประชุมเพื่อทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.25	0.43	มาก
46	C15	การประชุมเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว	4.17	0.37	มาก
47	S44	การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ	4.17	0.38	มาก
48	C7	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่ เสียชีวิตได้	4.16	0.37	มาก
49	C16	การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและ ครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย	4.16	0.37	มาก
50	C8	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อ การตัดสินใจ	4.16	0.41	มาก

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลำดับ ที่	รหัส	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต	\bar{X}	SD	ระดับความ สำคัญ
51	S45	การปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับศาสนา/ ความเชื่อตามความต้องการ	4.14	0.35	มาก
52	E31	การประสานเครือข่ายทางสังคม	4.14	0.35	มาก
53	S46	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ที่ตนได้กระทำมา	4.11	0.32	มาก
54	P55	การจัดตั้งกลุ่มเพื่อช่วยเหลือและให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน	4.09	0.29	มาก
55	C39	การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน	4.09	0.43	มาก

จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่าตัวแปรทั้ง 55 ตัวแปร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.09 – 4.95 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.21 - 0.64 แสดงว่าระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อระดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เพื่อเป็นการยืนยันว่าตัวแปรมีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การตรวจสอบลักษณะข้อมูล

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อแสดงให้เห็นว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ($r > 0.30$) การทดสอบเมทริกซ์สหสัมพันธ์ว่าเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ ถ้าการทดสอบพบว่าปฏิเสธสมมติฐานหลักหมายความว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นมิใช่ลักษณะเป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity ในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อแสดงว่าข้อมูลเหมาะสมกับการใช้เทคนิควิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการทดสอบพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ .000 นั่นคือ เมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ได้ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์ แสดงว่าตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์ตัวประกอบได้ทั้งหมด หรือการใช้ดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าสูงหรือต่ำ ถ้าค่า KMO มีค่าใกล้เคียงหนึ่ง แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ตัวประกอบ หากค่า KMO น้อยกว่า 0.50 ข้อมูลนี้ไม่ควรใช้วิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ งานวิจัยนี้พบว่าผลการทดสอบ ค่า KMO เท่ากับ 0.87 ซึ่งค่า KMO มากกว่า 0.80 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมระดับดีในการวิเคราะห์ตัวประกอบ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

วิเคราะห์เมทริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation matrix) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูงไปวิเคราะห์ปัจจัย ควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .30 ขึ้นไป หรือไม่ควรมีน้อยกว่า .20 เหตุผลที่คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูงไปวิเคราะห์ปัจจัย คือเพื่อให้ปัจจัยที่สกัดได้มีค่าร่วมกันสูง ซึ่งค่าร่วมกัน (Communality) เป็นค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งๆ กับตัวแปรอื่นๆ ทุกตัว ซึ่งเป็นผลบวกกำลังสองของน้ำหนักปัจจัยทุกปัจจัย มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1

วิเคราะห์ข้อมูลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด 55 ตัวแปร ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix) ขนาด 55 X 5

การหาปัจจัยขั้นต้นที่แทนกลุ่มตัวแปร(Initial factor extraction)

ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ที่ได้จากขั้นตอนแรก มาหาชุดของปัจจัยเริ่มแรก โดยการสกัดปัจจัย (Factor extraction) วัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ปัจจัยจำนวนหนึ่งที่ประกอบด้วยจำนวนตัวแปรน้อยที่สุด ปัจจัยนั้นสามารถอธิบายความผันแปรทั้งหมด (Total variation) ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ส่วนใหญ่พบว่าความผันแปรทั้งหมดมาจากปัจจัย 2-3 ตัวแรก ซึ่งการพิจารณาจำนวนปัจจัยว่ามีกี่ปัจจัยนั้น ให้พิจารณาจากค่าไอเกน (Eigen value) ซึ่งเป็นค่าผลรวมกำลังสองของน้ำหนักตัวแปรแต่ละตัวในปัจจัยหนึ่งๆ ผู้วิจัยทำการสกัดปัจจัยด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principal component) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสถิติเริ่มต้น ก่อนทำการสกัดปัจจัยด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก

Total Variance Explained										
Com- ponent	Communality	Initial Eigen Values			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
		Total	% of Variance	Cumu- lative %	Total	% of Variance	Cumu- lative %	Total	% of Variance	Cumu- lative %
1	0.88	6.12	13.91	13.91	6.12	13.91	13.91	4.65	10.57	10.57
2	0.89	4.86	11.04	24.96	4.86	11.04	24.96	4.55	10.35	20.93
3	0.88	4.60	10.47	35.43	4.60	10.47	35.43	4.45	10.12	31.05
4	0.91	3.85	8.75	44.18	3.85	8.75	44.18	3.91	8.88	39.93
5	0.90	2.34	7.82	52.01	3.44	7.82	52.01	3.82	8.69	48.63
6	0.89	1.13	6.45	58.46	2.84	6.45	58.46	3.46	7.88	56.51
7	0.88	1.05	5.77	64.24	2.54	5.77	64.24	3.40	7.72	64.24
8	0.97	0.94	5.19	69.43						
9	0.87	0.93	4.23	73.67						
10	0.94	0.93	3.37	77.04						
11	0.94	0.92	3.19	80.24						
12	0.93	0.92	2.95	83.19						
13	0.91	0.92	2.75	85.94						
14	0.84	0.91	2.06	88.01						
15	0.93	0.81	1.84	89.85						
16	0.87	0.74	1.68	91.54						
17	0.88	0.61	1.39	92.93						
18	0.79	0.53	1.21	94.14						
19	0.81	0.45	1.02	95.17						
20	0.98	0.40	0.91	96.08						

ตารางที่ 13 (ต่อ)

		Total Variance Explained								
Component	Communality	Initial Eigen Values			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
		Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
21	0.95	0.37	0.85	96.93						
22	0.92	0.31	0.71	97.65						
23	0.92	0.29	0.66	98.31						
24	0.92	0.2	0.5	98.85						
25	0.89	0.15	0.35	99.20						
26	0.84	0.12	0.28	99.48						
27	0.92	0.10	0.24	99.73						
28	0.89	0.06	0.14	99.87						
29	0.89	0.05	0.12	100.00						
30	0.71	3.67E-15	8.36E-15	100.00						
31	0.87	1.224E-15	2.78E-15	100.00						
32	0.92	8.42E-16	1.91E-15	100.00						
33	0.93	7.38E-16	1.67E-15	100.00						
34	0.94	6.03E-16	1.37E-15	100.00						
35	0.94	4.71E-16	1.07E-15	100.00						
36	0.83	3.11E-16	7.08E-16	100.00						
37	0.90	1.46E-16	3.33E-16	100.00						
38	0.93	8.42E-17	1.92E-16	100.00						
39	0.96	2.74E-17	6.24E-17	100.00						
40	0.79	-1.82E-16	-4.13E-16	100.00						
41	0.89	-4.20E-16	-9.54E-16	100.00						
42	0.89	-6.03E-16	-1.36E-15	100.00						
43	0.89	-7.28E-16	-1.65E-15	100.00						
44	0.92	-9.98E-16	-2.26E-15	100.00						

จากตารางที่ 13 ในการสกัดปัจจัยจะได้หลายปัจจัย ถ้าใช้ทุกปัจจัยสามารถอธิบายตัวแปรได้ร้อยละ 96.93 ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกปัจจัยโดยพิจารณาจากค่า Eigen value ต้องไม่ต่ำกว่า 1 แต่ถ้ามีหลายๆ ปัจจัยที่มีค่า Eigen value ไม่ต่ำกว่า 1 ใช้เกณฑ์พิจารณาจำนวนเปอร์เซ็นต์ในการอธิบายตัวแปรด้วย (DeVellis, 1991) ผลการสกัดปัจจัยครั้งนี้ได้องค์ประกอบทั้งหมด

7 องค์ประกอบ ค่าร้อยละการอธิบายความแปรปรวน (Percent Variance Explain) สามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 64.24 ของปัจจัยทั้งหมด

จากตารางที่ 13 ผลการสกัดปัจจัยได้ 7 องค์ประกอบผู้วิจัยทำการหมุนแกน เพื่อให้ปัจจัยที่สกัดได้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะทำให้ตัวแปรที่อยู่ในหลายๆ ปัจจัย ให้เป็นตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยที่ชัดเจนเพียงปัจจัยเดียวเท่านั้น

ตารางที่ 14 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบภายหลังการหมุนแกน

ตัวแปร	เมทริกซ์องค์ประกอบ						
	องค์ประกอบ						
	1	2	3	4	5	6	7
C11	0.82						
C21	0.79						
C2	0.67		0.48				
C6	0.60						
C23	0.59		0.52				
E25	0.54		0.40				
C24		0.81					
P51		0.77					
C36		0.75					
C17		0.67					
E26		0.53					
C1		0.50					
S45		0.44					
C37			0.79				
C14			0.66				
S40			0.61				
P53			0.58				
E28			0.57				
C22			0.55				
C39			0.53				
E31			0.44				
C32				0.87			
P55				0.83			
P48				0.64			

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ตัวแปร	เมทริกซ์องค์ประกอบ						
	องค์ประกอบ						
	1	2	3	4	5	6	7
C4		0.55		0.57			
C8				0.55			
C20					0.91		
C13					0.83		
C33					0.77		
C5					0.63		0.59
S43						0.85	
P47		0.52				0.70	
E29						0.68	
C7						0.58	
C35					0.52	0.57	
C10						0.54	
C18							0.77
P54							0.76
C19	0.51						0.59
P50		0.47					0.53

ตารางที่ 14 แสดงค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) หลังการหมุนแกน ค่าน้ำหนักปัจจัย จะแสดงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรหนึ่งๆ กับแต่ละปัจจัย เพื่อพิจารณาว่าตัวแปรนั้นๆ ควรเข้าไป อยู่ในปัจจัยใด วิธีพิจารณาว่าตัวแปรใดเป็นสมาชิกของปัจจัยใดนั้น ให้พิจารณาจากค่าน้ำหนัก ปัจจัยของตัวแปร หากตัวแปรนั้นๆ มีค่าน้ำหนักปัจจัยมากที่สุดอยู่ในปัจจัยใด ก็ถือว่าตัวแปรนั้น เป็นสมาชิกของปัจจัยนั้น และ Young (1999) ได้เสนอวิธีการพิจารณาตัวแปรแต่ละตัวว่าควรอยู่ ในปัจจัยใดโดยตัวแปรต้องมีค่าน้ำหนักปัจจัยมากกว่าหรือเท่ากับ .5 และถ้าตัวแปรมีค่าน้ำหนัก ปัจจัยอยู่มากกว่าหนึ่งปัจจัย ให้พิจารณาค่าความต่างของค่าน้ำหนักปัจจัยในแต่ละปัจจัยต้อง มากกว่าหรือเท่ากับ .2 และควรมีตัวแปรที่อธิบายอย่างน้อย 3 ตัวแปรขึ้นไป

การพิจารณาองค์ประกอบจากค่าสถิติแล้ว ผู้วิจัยพิจารณาตามแนวคิดที่นำมาใช้ด้วยแนวคิดเบื้องต้นที่นำมาใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 15 – 21

ตารางที่ 15 องค์ประกอบ 1 การดูแลแบบองค์รวม

ลำดับที่	การดูแลแบบองค์รวม	น้ำหนักตัวแปร
1	การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน	0.79
2	การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อน ยุติการพบปะพูดคุย	0.66
3	การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	0.61
4	การจัดผู้ให้คำปรึกษาแก่ทีมผู้รักษาเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน	0.58
5	การยืดหยุ่นเรื่องเวลาแก่ครอบครัวในการเข้าเยี่ยม	0.57
6	การปรับแนวทางการดูแลรักษาให้เหมาะสมในแต่ละระยะของโรค	0.55
7	การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น	0.53
8	การดูแลระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัว	0.44
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)		4.65
ร้อยละความแปรปรวน		10.57

จากตารางที่ 15 องค์ประกอบ 1 การดูแลแบบองค์รวม มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.65 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 10.57 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 8 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.44 – 0.79 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 3 อันดับแรกคือ การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน (0.79) การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย (0.66) และการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (0.61)

ตารางที่ 16 องค์ประกอบ 2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ลำดับที่	การดูแลอย่างต่อเนื่อง	น้ำหนักตัวแปร
1	การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา	0.81
2	วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้	0.77
3	การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	0.75
4	การประเมินสภาพปัญหาและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	0.67
5	การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	0.53
6	กำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกัน	0.50
7	การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ	0.44
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)		4.55
ร้อยละความแปรปรวน		20.93

จากตารางที่ 16 องค์ประกอบ 2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.55 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 20.93 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 7 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.44 – 0.81 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 3 อันดับแรกคือ การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา (0.81) วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ (0.77) และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (0.75)

ตารางที่ 17 องค์ประกอบ 3 การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ลำดับที่	การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	น้ำหนักตัวแปร
1	การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	0.88
2	การมอบหมายทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง	0.79
3	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	0.67
4	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้	0.60
5	การแจ้งข้อมูลให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาทราบ	0.59
6	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก	0.54
	ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)	4.45
	ร้อยละความแปรปรวน	31.05

จากตารางที่ 17 องค์ประกอบ 3 การดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 4.45 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 31.05 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 6 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.54 – 0.88 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 2 อันดับแรกคือ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ (0.88) และการมอบหมายทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (0.79)

ตารางที่ 18 องค์ประกอบ 4 การจัดการเพื่อการดูแล

ลำดับที่	การจัดการเพื่อการดูแล	น้ำหนักตัวแปร
1	การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ	0.85
2	การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน	0.70
3	การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต	0.68
4	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ	
5	การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม	0.58 0.57
6	การประชุมเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	0.54
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)		3.91
ร้อยละความแปรปรวน		39.93

จากตารางที่ 18 องค์ประกอบ 4 การจัดการเพื่อการดูแล มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.91 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 39.93 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 6 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.54 – 0.85 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 3 อันดับแรกคือ การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ (0.85) การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน (0.70) และการสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต (0.68)

ตารางที่ 19 องค์ประกอบ 5 การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน

ลำดับที่	การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน	น้ำหนักตัวแปร
1	การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้)	0.87
2	การจัดสภาพหอผู้ป่วยสะดวกต่อการปฏิบัติงาน	0.83
3	การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร	0.64
4	การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว	0.57
5	การกำหนดผู้ทำหน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย	0.55
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)		3.82
ร้อยละความแปรปรวน		48.63

จากตารางที่ 19 องค์ประกอบ 5 การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.82 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 48.63 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 5 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.55 – 0.87 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 2 อันดับแรกคือ การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) (0.87) และการจัดสภาพหอผู้ป่วย สะดวกต่อการปฏิบัติงาน (0.83)

ตารางที่ 20 องค์ประกอบ 6 การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

ลำดับที่	การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม	น้ำหนักตัวแปร
1	การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยเสียชีวิต	0.91
2	การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจน	0.83
3	การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสบาย	0.77
4	การประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	0.63
	ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)	3.46
	ร้อยละความแปรปรวน	56.51

จากตารางที่ 20 องค์ประกอบ 6 การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.46 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 56.51 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.63 – 0.91 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 2 อันดับแรกคือ การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (0.91) และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจน (0.83)

ตารางที่ 21 องค์ประกอบ 7 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล

ลำดับที่	การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล	น้ำหนักตัวแปร
1	การบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง	0.77
2	การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	0.76
3	การรับ-ส่งเวรมีความต่อเนื่อง	0.59
4	การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน	0.53
ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ(ค่าไอเกน)		3.40
ร้อยละความแปรปรวน		64.24

จากตารางที่ 21 องค์ประกอบ 7 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบเท่ากับ 3.40 และสามารถอธิบายความแปรปรวนคิดเป็นร้อยละ 64.24 ของความแปรปรวนทั้งหมด บรรยายได้ด้วยตัวแปรย่อย 4 ตัวแปร มีน้ำหนักตัวแปรตั้งแต่ 0.53 – 0.77 โดยตัวแปรที่มีความสำคัญใน 2 อันดับแรกคือ การบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง (0.77) และการประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ (0.76)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อค้นหาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 12 โรงพยาบาล จำนวน 335 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 ชุด ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ สร้างจากรายละเอียดองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบสอบถามรายข้อ วิเคราะห์ตัวประกอบด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลัก และหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิมกซ์ (Varimax)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ หลังการสกัดตัวประกอบและหมุนแกนตัวประกอบแล้ว องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 7 องค์ประกอบ และตั้งชื่อตามกลุ่มตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ ดังนี้คือ

- 1.1 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลแบบองค์รวม
- 1.2 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 1.3 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 1.4 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการจัดการเพื่อการดูแล

1.5 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการ
สนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน

1.6 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการดูแลที่
ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

1.7 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านการ
สื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล

โดยเรียงลำดับจากค่าผลรวมความแปรปรวนของตัวแปรจากมากไปหาน้อย องค์ประกอบ
ทั้ง 7 องค์ประกอบ มีค่าความแปรปรวนรวมเท่ากับ 64.24

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรย่อยที่อธิบายแต่ละองค์ประกอบ

2.1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม

องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ
เท่ากับ 4.65 คิดเป็นร้อยละ 10.57 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปร
ดังกล่าวอธิบายถึง การดูแลแบบองค์รวม ทั้งหมด 8 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปรที่อธิบายการ
ดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ คือ
การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจสอบความ
เข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย การประเมินความต้องการทางด้าน
จิตวิญญาณ การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การปรับแนวทางการรักษาให้
เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น และการดูแล
ระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย

2.2 องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 4.55 คิด
เป็นร้อยละ 10.35 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึง
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมด 7 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือการแจ้งให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ การดูแลเกี่ยวกับรูปลักษณ์และสุข
วิทยาส่วนบุคคล การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การ
ประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย กำหนด

เป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

2.3 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 4.45 คิดเป็นร้อยละ 10.12 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งหมด 6 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือ การพบปะพูดคุยระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ การระบุและมอบหมายการดูแลแก่ผู้รับผิดชอบภายในทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ การแจ้งให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก

2.4 องค์ประกอบของการดูแลด้านการจัดการเพื่อการดูแล มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 3.91 คิดเป็นร้อยละ 8.88 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลด้านการจัดการเพื่อการดูแล ทั้งหมด 6 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือ การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพ การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม การประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.5 องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 3.82 คิดเป็นร้อยละ 8.69 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน ทั้งหมด 5 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือ การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำหน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2.6 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 3.46 คิดเป็นร้อยละ 7.88 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ทั้งหมด 4 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงไปตรงมา ชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.7 องค์ประกอบของการดูแลด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 3.40 คิดเป็นร้อยละ 7.72 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนี้ พบว่า ตัวแปรดังกล่าวอธิบายถึงการดูแลด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ทั้งหมด 4 ตัวแปร เป็นแหล่งรวมของตัวแปร คือ การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ การรับ-ส่งเวรของทีมนักวิชาชีพมีความต่อเนื่อง และการปรับอัตรากำลังของทีมนักวิชาชีพสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อภิปรายผลการวิจัย

1. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์

จากผลการวิจัยองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง องค์ประกอบด้านการจัดการเพื่อการดูแล องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน องค์ประกอบของด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และองค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ซึ่งเรียงลำดับค่าความแปรปรวนของตัวประกอบจากมากไปหาน้อย คือ 4.65, 4.55, 4.45, 3.91, 3.82, 3.46, และ 3.40 ตามลำดับ เนื่องจากผู้วิจัยวิเคราะห์ตัวประกอบด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักและหมุนแกนตัวประกอบแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบทุกองค์ประกอบได้ครบถ้วน โดยองค์ประกอบอันดับท้ายๆ จะอธิบายความแปรปรวนได้น้อยลงตามลำดับ และทุกองค์ประกอบที่ได้เป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์กัน (อุทุมพร จามรมาน, 2532)

องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้จากผลการวิจัยนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) พบว่ามีความเหมือนและแตกต่างกันในบางองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม เป็นองค์ประกอบที่แตกต่างจาก องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) ซึ่งไม่ได้กล่าวไว้ แต่การวิจัยนี้ นำแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ได้ประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ที่เรียกว่า การดูแลแบบองค์รวม

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบที่เหมือนกับ องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็น องค์ประกอบที่เหมือนกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป็นหลัก ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

องค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบด้านการจัดการเพื่อการดูแล เป็นองค์ประกอบที่มีความ สอดคล้องกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนมากจะมีอาการทุกข์ทรมานจากความปวด ความไม่สุขสบาย ดังนั้นการจัดการกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย

องค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน เป็น องค์ประกอบที่เหมือนกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) อธิบายได้ว่าทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรได้รับการสนับสนุนจาก

หน่วยงาน มีการจัดตั้งกลุ่มภายในทีมผู้ดูแลเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เวลามีปัญหาในการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบที่ 6 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นองค์ประกอบที่มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) อธิบายได้ว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีคุณค่าในตนเอง ส่วนครอบครัวที่ได้ดูแลจะรู้สึกว่าได้กระทำการสิ่งที่เป็นประโยชน์ และเป็นการเตรียมตัวเมื่อต้องเผชิญกับความสูญเสียและความเศร้าโศก

องค์ประกอบที่ 7 องค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล เป็นองค์ประกอบที่เหมือนกับองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Clarke et al. (2003) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการติดต่อสื่อสารในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ทั้งการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่บางครั้งไม่สามารถสื่อสารทางวาจาได้

2. ตัวแปรย่อยที่อธิบายลักษณะองค์ประกอบ

2.1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม มีค่าความแปรปรวนของตัวแปรสูงสุด คือ 4.65 คิดเป็นร้อยละ 10.57 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.44 – 0.79 จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรค การลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น การดูแลระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 เป็นการดูแลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม กล่าวว่าจะต้องประกอบด้วยสามองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การดูแลเพื่อรักษาชีวิต

และโรคที่เป็นอยู่ การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม การสื่อสารและการวางแผนการรักษาร่วมกันของทีมผู้รักษา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรย่อยที่อธิบายองค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดห้องพักที่เป็นสัดส่วน ให้ความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการลดการใช้แสงและเสียงเกินความจำเป็น เนื่องจากอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการป่วยทั้งจากโรค จากสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น และการทำหัตถการต่างๆ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่สะอาด ควรลดการกระตุ้นที่รบกวนผู้ป่วย(เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548) การดูแลทางด้านจิตใจมีตัวแปรย่อยที่อธิบาย คือการดูแลระดับประคองอารมณ์และความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อการจากไปของผู้ป่วย การดูแลต้องถือว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ การดูแลทางด้านสังคมมีตัวแปรย่อยที่อธิบาย คือการยืดหยุ่นเรื่องเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งก่อนยุติการพบปะพูดคุย การดูแลทางด้านจิตวิญญาณมีตัวแปรย่อยที่อธิบาย คือการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของวงรัตน์ ไสสุข(2544) เรื่องความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

2.2 องค์ประกอบด้านระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 4.55 คิดเป็นร้อยละ 10.35 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรย่อยที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.44 – 0.81 จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ การดูแลเกี่ยวกับบุคลิกภาพและสุขวิทยาส่วนบุคคล การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ตามแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความต่อเนื่องและการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลควรครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และ

สำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาจึงขึ้นกับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา(สันต์ หัตถิรัตน์, 2521) จะเห็นได้ว่าตัวแปรย่อยที่อธิบายองค์ประกอบด้านระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ในทุกด้านทั้งด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแลรักษา ได้แก่ การแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนทีมผู้รักษา ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลรักษาซึ่งมีหลายสาขา และปัญหาเรื่องความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เนื่องจากมีการหมุนเวียนของทีมนักผู้ดูแลรักษาและขาดการนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละครั้งมาเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้จึงต้องหาแนวทางที่จะช่วยให้ประเด็นปัญหาทั้งสองนี้เกิดขึ้นน้อยที่สุด แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความต่อเนื่องในการดูแลรักษาตามแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548) ตัวแปรย่อยที่อธิบาย คือการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.3 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 4.45 คิดเป็นร้อยละ 10.12 ของความแปรปรวนทั้งหมดสามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.54 – 0.88 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ การพบปะพูดคุยระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ การระบุและมอบหมายการดูแลแก่ผู้รับผิดชอบภายในทีมผู้รักษาเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ การแจ้งให้สมาชิกใหม่ของทีมผู้รักษาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การตัดสินใจโดยยืดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจและความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การเจาะเลือดตรวจจนถึงการปฏิบัติภารกิจชีวิต(ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2548) อีกทั้งต้องตระหนักว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่เป็นเสมือนหน่วยเดียวกัน ซึ่ง

จะต้องให้การดูแลที่ครอบคลุม ประเมินศักยภาพในการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยและประเมินรูปแบบการตัดสินใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (ดุสิต สถาวร, 2549)

2.4 องค์ประกอบด้านการจัดการเพื่อการดูแล

องค์ประกอบที่ 4 องค์ประกอบด้านการจัดการเพื่อการดูแล มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 3.91 คิดเป็นร้อยละ 8.88 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.549 – 0.85 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ การอำนวยความสะดวกในการจัดการศพบ การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ การดูแลให้ได้รับอาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ และ/หรือตามความเหมาะสม การประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ปวดจากอาการต่างๆ ที่เป็นอยู่ ช่วยบรรเทาอาการ ให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่การกระทำใดๆ ที่จะกระทำให้แก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญวาระสุดท้าย และให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2548) เช่นเดียวกับการศึกษาของซัทนาฏ ฌ นคร และคณะ(2538) พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ จะเห็นได้ว่า ตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยนี้อธิบายองค์ประกอบด้านการจัดการเพื่อการดูแลในทุกด้าน ไม่เน้นเฉพาะการจัดการกับอาการทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงการจัดการกับระบบงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน การสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจ และการประชุมระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อหาข้อสรุปก่อนให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.5 องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน

องค์ประกอบที่ 5 องค์ประกอบด้านการสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 3.82 คิดเป็นร้อยละ 8.69 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.55 – 0.87 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินอาการและความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้) การจัดสภาพหอ

ผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้บริหาร การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ซึ่งจะทำหน้าที่แทนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กร การรับรู้ความชัดเจนในนโยบายขององค์กร เป็นสิ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในองค์กรดีขึ้น ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

งานวิจัยของสถาพร ลีลานั้นทกิจ (2548) ศึกษาพบว่าสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้แก่ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายคือต้องมีความสามารถในการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวลดความวิตกกังวล

2.6 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม

องค์ประกอบที่ 6 องค์ประกอบด้านการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 3.46 คิดเป็นร้อยละ 7.88 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าตั้งแต่ 0.63 – 0.91 จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงไปตรงมาชัดเจน ไม่เร่งรีบ ในสถานที่ที่เหมาะสม การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และแผนการรักษา สนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่า อบอุ่น ส่วนครอบครัวที่ได้ดูแลจะรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ เสริมความเข้มแข็งในตัวเอง ทำให้สามารถผ่านความเศร้าโศกและความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ดี (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2548)

2.7 องค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 7 องค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร คือ 3.40 คิดเป็นร้อยละ 7.72 ของความแปรปรวนทั้งหมด สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตั้งแต่ 0.53 – 0.77 จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างละเอียดและต่อเนื่อง การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ การรับ-ส่งเวรของทีมผู้รักษามีความต่อเนื่อง การปรับอัตรากำลังของทีมผู้รักษาสอดคล้องและเหมาะสมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การติดต่อสื่อสารเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของบุคลากร ช่วยให้เกิดมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของบุคคล โดยเป้าหมายของการสื่อสารอยู่ที่ผู้ป่วยหรือมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพราะความสามารถในการรับรู้และคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสื่อสารในทีมผู้รักษา ผู้ป่วยญาติและครอบครัว การสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาล และความร่วมมือกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยของเขา จากการศึกษาของ Larson (1986) และ Richter (1987) พบว่าการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ การให้ข้อมูลข่าวสารความเจ็บป่วยมีความสำคัญยิ่ง และการปิดบังเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่เป็นผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และอาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกไม่ไว้วางใจแพทย์และพยาบาลได้ ผลจากงานวิจัยนี้มีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมงานในการดูแล เป้าหมายในการดูแลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ปวดจากอาการต่างๆ ให้สุขสบายที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ แต่การกระทำใดๆ ที่กระทำให้ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงและอยู่ภายใต้สิทธิของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญวาระสุดท้าย และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สถาพร ลีถานันท์ทกิจ, 2548)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการดูแลแบบองค์รวม การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การจัดการเพื่อการดูแล การสนับสนุนการดูแลจากหน่วยงาน การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดทำนโยบายที่ชัดเจนและให้การสนับสนุนงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติการสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นตามองค์ประกอบที่สำคัญ
2. ด้านวิชาการ นำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อจากองค์ประกอบที่ได้ นำไปสร้างเป็นแบบประเมินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต สร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพัฒนาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยนำไปสร้างเป็นแบบประเมินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นมาตรฐาน

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันในหอผู้ป่วยอื่นๆ หรือหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลในระดับอื่นๆ หรือในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อพัฒนาเป็นองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีมาตรฐานและเหมาะสมกับสภาพของแต่ละโรงพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวรรณ รวยสูงเนิน. 2547. **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบ
การบริการพยาบาลอิสระ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **มาตรฐานโรงพยาบาล: แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วย
เป็นศูนย์กลาง**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2540. **คู่มือการจัดการบริการ
พยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2544. **การประกันคุณภาพการ
พยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก**. ปทุมธานี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. **แนวคิดทางการ
ปฏิบัติงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการในโรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป**. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์ติ้ง.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2544. **การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวด้วย SPSS for Windows**. พิมพ์
ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ. 2543. **ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย**.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 20(1): 33-44.
- จารุวรรณ ศรีทอง. 2543. **คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาจารย์พยาบาลที่สอนในคลินิก**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์. 2536. **การศึกษาความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาล
เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนืองที่บ้าน ของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนพะจง เพ็งจาด. 2547. **การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง**. **วิทยาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัย
สหภาพชาติไทย** 29(1): 82-90.

- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. 2537. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน.
วารสารพยาบาล 43(4): 236-244.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. 2538. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน. **วิทยา
สารพยาบาล วิทยาลัยสหประชาชาติไทย** 20(1): 210-218.
- ชลธิรา กองจรัส. 2547. **ตัวชี้วัดคุณภาพการบริหารการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชานฎา ณ นคร และคณะ. 2538. บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วิทยาศาสตร์พยาบาล วิทยาลัย
สหประชาชาติไทย** 20(3): 331-339.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2534. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามแบบแผน
สุขภาพ**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. 2542. Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการวิธีกแห่งการคลายทุกข์.
กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. 2548. **การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2546. **เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องประเด็นจริยธรรมในการ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อัดสำเนา).
- ธัสมน นามวงษ์. 2540. **ผลการสอนการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการ
ตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรมและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล กิจจานนท์. 2540. **ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
โรงพยาบาลรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สมบัติแก้ว. 2541. จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย.
วิทยาศาสตร์พยาบาล 23(1): 61-68.

- นันทา มาระเนตร. 2543. **เวชบำบัดวิกฤต** Current concepts in critical care 2000.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ฮั่วน้ำ ฟรินดิง.
- นุจรินทร์ ลภันทกุล. 2543. **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเรือน ชุ่มแจ่ม. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริบทในการทำงาน กับการ
เสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาล
ศูนย์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุบผา ซอบใช้. 2536. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประสาน ต่างใจ. 2539. **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย: รวมข้อเขียนว่าด้วย
ความตาย การดูแลผู้ป่วยหนักในสถานพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย วิเคราะห์การฆ่าตัว
ตายหนีโรค ชีวิตหลังความตาย และหลักธรรมเรื่องความตาย.** กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุสิต สดาวร. 2549. ภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูในประเศรัฐ
เลิศสงวนสินชัย และคณะ (บรรณานุกรม), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** หน้า 175-184.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว. 2548. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในไอซียู ในประเศรัฐ เลิศ
สงวนสินชัยและคณะ (บรรณานุกรม), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** หน้า 185-191.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงเพ็ญ ชุนหปราน. 2538. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย** 7(1): 2-3.
- พวงเพ็ญ ชุนหปราน. 2549. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต. ใน
โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ (บรรณานุกรม), **ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับ
วิทยาศาสตร์.** หน้า 69-84. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัชรี เจริญพร. 2546. **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรียา ไชยลังกา. 2534. **การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. 2536. **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** สงขลา: อัสสลายด์เพลส.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2531. **ผู้ป่วยภาวะวิกฤตกับการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ตีรณสารการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2536. **ผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ตีรณสารการพิมพ์.
- ภาวณา จงทัชชีนาวัตร. 2542. **การจัดการเพื่อสนับสนุนพยาบาลประจำการ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รศพร ประทุมวัน. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวี เตือนดาว. 2544. **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งอรุณ เกศวงษ์. 2547. **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงรัตน์ ไสสุข. 2544. **ความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- วนิดา ศรีวรกุล. 2537. **การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายในโรงพยาบาลเซนหลุยส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิไล จันทราภา. 2544. **การจัดบริการกรณีฉุกเฉินและวิกฤต. เอกสารการสอนชุดวิชาการกรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต**. พิมพ์ครั้งที่ 14 กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- วิจิตรา กุสมภ์. 2544. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2543. **หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. 2539. **ตัวประกอบภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยตามความต้องการของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. 2547. **การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. 2543. **การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS สำหรับงานวิจัย: การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. 2546. **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2521. **การดูแลผู้ป่วยหมดหวัง**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์การพิมพ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2542. **การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค**. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)
- สายพิน ปิ่นแก้ว. 2544. **โครงการฝึกอบรมเรื่องบทบาทผู้นำเฝ้าสถานการณ์การพยาบาลสำหรับหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร โกวิทเทวารังศ์. 2547. **การศึกษาตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สิวลี ศิริไล. 2531. รายงานการวิจัยเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังของ
อาจารย์แพทย์ทางคลินิก. ภาควิชามานุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
খনแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2540. **เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทาง
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลี้ยงช้าง.
- สุนิศา สุขตระกูล. 2544. **ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของ
สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร ดาวดี. 2537. **ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี นิมนานิตย์. 2548. **ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ และคณะ. 2547. ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความ
ต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 24(1):
31-47.
- โสรัจจ์ หงส์ลาดมรก. 2549. **ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์.**
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ ช่อมตानी. 2549. **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร จามรมาน. 2532. **วิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: คณะครุ
ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล จ้วงพานิช. 2538. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสาร
การศึกษาพยาบาล** 12(3): 72-77.

ภาษาอังกฤษ

- Abbott, K.H, et al. 2001. Families looking back: One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. **Journal of Critical Care Medicine** 29(1): 197-201.
- American Association of Critical Care Nurse: AACN. 2002 Designing an agenda for the nursing profession on end-of-life care.(on line). Available from: <http://www.Aacn.org/AACN/practice.nst>
- Baker, L.M. 2004. Information needs at the end of life: A content analysis of one person's story. **Journal Medicine Library Association** 29(1): 197-201.
- Bialk, J.L. 2004. Ethical guidelines for assisting patients with end-of-life decision making. **Journal of Medical Surgical Nursing** 92(1): 78-82.
- Carr, D. 2003. A "Good Death" For Whom? Quality of Spouse's Death and Psychological Distress among Older Windowed Persons. **Journal of Health and Social Behavior** 44(2): 215-232.
- Carson, V. B. 1989. **Spiritual dimensions of nursing practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Clarke, E.B, et al. 2003. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. **Journal of Critical Care Medicine** 31(9): 2255-2262.
- Curtis, J.R., et al. 2002. A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members. **Journal of Pain and Symptom Management** 24(1): 17-31.
- Danis, R.F., et al. 1999. Incorporating palliative care into critical care education: Principles, challenges, and opportunities. **Critical Care Medicine** 27(9): 2005 - 2013.
- DeVellis, R.L. 1991. **Scale development: Theory and application**. Newbury Park: Sage.
- Fowler, F.J., Coppola, K.M., and Teno, J.M. 1999. Methodological challenges for measuring quality of care at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(2): 114-119.

- Hickman, S.E., et al. 2001. Family reports of dying patients' distress: The adaptation of a research tool to assess global symptom distress in the last week of life. **Journal of Pain and Symptom Management** 22(1): 565-574.
- Judith, M.T., et al. 2001. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. **Critical Care Medicine** 29(2): 277 -282.
- Karen, H.R. and Barbara, T. 1986. Nursing care of the dying its relationship to selected nurse characteristics. **Journal of Nursing Student** 23(1): 39 - 50.
- Kastenbaum, R.J.K. 1997. **Death, Society, and Human Experience**. Sixth Edition. Boston, London: Allyn and Bacon.
- Katherine, H.A., et al. 2001. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. **Critical Care Medicine** 29(1): 197 - 201.
- Kemp, C. 1999. **Terminal illness: A guide to nursing care**. Philadelphia: Lippincott.
- Kubler-Ross, E. 1969. **On death and dying**. London: Macmillan.
- Lavy, M. 2001. End-of-life care in the intensive care unit: Can we do better?. **Critical Care Medicine** 29(2): 56 - 61.
- Main, J. 2002. Management of relatives of patients who are dying. **Journal of Clinical Nursing** 11: 794-801.
- Marilyn, B., et al. 2005. Improving end -of- life care: Development and pilot-test of a clinical pathway. **Journal of Pain and Symptom Management** 29(6): 529-543.
- Morrison, R.S. 2005. The growth of palliative care programs in United States hospitals. **Journal of Palliative Medicine** 8(6): 1127-1134.
- Mularski, R.A., et al. 2005. Quality of dying in the ICU rating by family members. **Journal of Chest** 128(1): 280-287.
- Nelson, S.V., et al. 2001. End-of-life care in the intensive care unit: Where are we now?. **Critical Care Medicine** 29(2): 2 - 9.
- Peter. S and Hakan, T. 2003. End -of- life decisions in Swedish ICUs: How do physicians from the admitting department reason?. **Journal of Intensive and Critical Care Nursing** 19: 241-251.

- Rutledge, D.N. and Kuebler, K.K. 2005. Applying evidence to palliative care. **Seminars in Oncology Nursing** 21(1): 36-43.
- Richard, M., et al. 2005. Agreement among family members in their assessment of the quality of dying and death. **Journal of Pain and Symptom Management** 28(4): 306-315.
- Sheehan, D.C. and Forman, W.B. 1996. **Hospice and palliative care concepts and practice**. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Singer, P.A. 1999. Quality end-of-life care: Patients' perspectives. **Journal of American Medicine Association** 281: 163-168.
- Stewart, A.L., et al. 1999. The concept of quality of life of dying person in the context of health care. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(2): 93-108.
- Skilbeck, J.K. and Payne, S. 2005. End of life care: A discursive analysis of specialist palliative care nursing. **Journal of Advanced Nursing** 51(4): 325-334.
- Teno, J.M., et al. 1997. Research agenda for developing measures to examine quality of care and quality of life of patients diagnosed with life-limiting illness. **White paper from the conference on Excellent Care at the End of Life through Fast-Tracking Audit, Standards and Teamwork (EXCELFAST)**: 75-82.
- Teno, J.M., et al. 2001. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care : Views of the guidelines and bereaved family members. **Journal of Pain and Symptom Management** 22(3): 738-751.
- Thelen, M. 2005. End-of-life decision making in intensive care. **Journal of Critical Care Nurse** 25(6): 28-38.
- Truog, R.D., et al. 2001. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. **Critical Care Medicine** 29(12): 2332 - 2348.
- World Health Organization. 1990. **Cancer pain relief and palliative care: Technological report series 804**, Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. 2002. **Palliative care**. Geneva: WHO.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอก นายแพทย์ ดุสิต สถาวร	กุมารแพทย์ประจำแผนกไอซียู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เฟ็งจาด	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ สิวลี ศิริไถ	อาจารย์พยาบาล
อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางหทัยจรินทร์ ปัญจะ	รองผู้อำนวยการ กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ ๓๓บุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นางพัชรินทร์ แก้วรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ ๓๓บุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 2778



คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ยรรวณ ศักดิ์ชีพັນ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาคณิตศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษารองประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ร.ศ.ช.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอก นายแพทย์ ดุสิต สดาว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.ช.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ต้นแบบเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอก นายแพทย์ ดุสิต สดาว
หมายเลขโทรศัพท์	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
หมายเลขที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
หมายเลขที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ร.ศ.ช.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801
ขี้นิสิต	เรือเอกหญิง ยรรวณ ศักดิ์ชีพັນ โทร. 08-1845-5583

ที่ ศธ 0512.11/ 0578



คณะพหุบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิจต์ ชั้น 12 ซอยพญา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เว็บบอกหญิง อรวรรณ กล้ายพยัม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพหุบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำแจ้งคำเนิการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนมะจง เห็งจาด อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขมเครื่องมือการวิจัยที่มีสิดสร้างขึ้น เพื่อ ประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพหุบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพหุบาลศาสตร์

สืบมาอิชยม	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนมะจง เห็งจาด
งานบริการบรรณศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801
ข้อมิสิด	เว็บอกหญิง อรวรรณ กล้ายพยัม โทร. 08-1845-5583

ที่ ศบ 0512.11/ 0518



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยภคคี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ สวัสดิ์ ศิริโต

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เว็ชเชกหญิง อรรวรรณ คล้ายพັນ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการวิชาการ

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

รองศาสตราจารย์ ว.ค.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ขี้นนีส

เว็ชเชกหญิง อรรวรรณ คล้ายพັນ โทร. 08-1845-5583

ที่ ศบ 0512.11/0918



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ว.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เว็บบอกหญิง อรพรรณ ศัลยแพทย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ว.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ว.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

รองศาสตราจารย์ ว.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801

ซินิสิต

เว็บเอกหญิง อรพรรณ ศัลยแพทย์ โทร. 08-1845-5583

ที่ ศธ 0512.117 / 0518



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยาศาสตร์ ชั้น 12 ซอยสุขุมวิท 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ สถาบันพระเวียงแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสัมมนา) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เว็บบอกหญิง อรวรรณ กล้ายพยัม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำถึงดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาระดับประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ว.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากร ในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางหทัยจันทร์ ปิยะจะ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
2. นางพัชรีรินทร์ แก้วรัตน์ พยาบาลวิชาชีพ 7

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ว.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน	นางหทัยจันทร์ ปิยะจะ และนางพัชรีรินทร์ แก้วรัตน์
เบอร์โทรศัพท์	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
เบอร์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
เบอร์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ว.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801
ข้อมูลเพิ่มเติม	เว็บเพจหญิง อรวรรณ กล้ายพยัม โทร. 08-1845-5583

ที่ ศบ 0512.11/0517



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2550

เรื่อง ขกเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน เจ้ากรมแพทยทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
3. ใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย เว็ชเอกหญิง อรวรรณ กัญญาพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้วิทยานิพนธ์ได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกต ภาที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นามวิภวณรศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์ โทร. 0-2218-9801
ชื่อนิสิต	เว็ชเอกหญิง อรวรรณ กัญญาพันธ์ โทร. 08-1845-5583

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

RLM 013/50

ชื่อโครงการ	การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	ร.อ.หญิง อรพรรณ คล้ายพิชัย นิสิตปริญญาโท ม.จุฬาฯ
รหัสโครงการ	RP 019/50
สถานที่ทำวิจัย	รพ.สมเด็จพระปิยะมหาราชา
เอกสารที่รับรอง	<input checked="" type="checkbox"/> โครงการวิจัย <input type="checkbox"/> โครงการวิจัยที่ขออนุมัติแก้ไขเพิ่มเติม <input checked="" type="checkbox"/> หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย <input checked="" type="checkbox"/> เอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
รับรองโดย	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.
วันที่รับรอง	26 มี.ค. 50
วันหมดอายุ	25 มี.ค. 50

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมานะ พถว.ต.....
(พลเรือตรี เค็มดา) ๒๖ มี.ค. ๕๐
ประธานคณะกรรมการ วิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.
๒๖ มี.ค. ๕๐





ภาคผนวก ค

ตัวอย่างแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่

**แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต**

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วยดิฉัน เรือเอกหญิง อรรวรรณ คล้ายพยัฆม์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ โดยมี ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ และ รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามดังกล่าว และขอความกรุณาท่านช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อเพื่อนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ได้ อย่างสมบูรณ์และขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะไม่ได้มีการเปิดเผยหรือมีผลเสียต่อท่านแต่ประการใด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรือเอกหญิง อรรวรรณ คล้ายพยัฆม์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้มีคุณค่าต่อการนำไปเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการใช้งานของท่านแต่ประการใด การทำวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการตามขั้นตอนจากหน่วยงานของท่าน และขอเชิญท่านตอบแบบสอบถาม **โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด**
3. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
4. ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ได้จริง เมื่อได้รับการตอบคำถามครบทุกข้อ

เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของท่าน
 กรุณาพับแบบสอบถามเป็นสองส่วนแล้วเย็บติดด้วยที่เย็บติดกระดาษ
 ก่อนรวบรวมส่งกลับคืนผู้วิจัย เพื่อป้องกันข้อมูลของท่านถูกเปิดเผย

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามค่ะ

กรุณาอ่านข้อความนี้ก่อนทำแบบสอบถามค่ะ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ โดยให้ท่านแสดงความคิดเห็นตามทัศนคติของท่าน ว่ารายการในแต่ละข้อคำถามเป็นรายการที่มีความสำคัญหรือความจำเป็นมากที่สุด , มาก , ปานกลาง , น้อย , น้อยที่สุด ที่จะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต (มิใช่ เป็นการมองว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร) ซึ่งในการตอบคำถามนั้นถือเกณฑ์ ดังนี้

- 5 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมาก ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 3 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นปานกลาง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 1 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อยที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อคำถาม 55 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความ หรือเติมข้อความ/ตัวเลข
ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษาของท่าน

() ปริญญาเอก

() ปริญญาโท

() ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตใด

() หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมหัวใจ

() หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

() หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป

() หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

() หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั่วไป

() หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรคหัวใจ

() หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

() หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

() อื่นๆ ระบุ.....

4. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา.....ปี

ส่วนที่ 2

แบบสอบถามองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามทัศนคติของท่านว่ารายการในแต่ละข้อคำถามเป็นรายการที่มีความสำคัญหรือจำเป็นเพียงใดที่จะนำไปสู่การพัฒนาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต (มิใช่ เป็นการมองว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของท่านเป็นอย่างไร) โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- 5 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมากที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นมาก ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 3 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นปานกลาง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 1 หมายถึง รายการนั้นท่านเห็นว่า มีความสำคัญหรือจำเป็นน้อยที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

รายการ	ระดับความสำคัญ				
	5	4	3	2	1
1. กำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว					
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					
3. การจำกัดขอบเขตของการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว					
4. การยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว					
5. การนำประเด็นข้อขัดแย้งมาประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว					
6.....					
.....					
20. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต					
.....					
30.การประสานเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาเยี่ยม					
.....					
40. การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ					
.....					
55. การจัดสภาพหอผู้ป่วยเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย					

เมื่อท่านทำแบบสอบถามชุดนี้เสร็จสมบูรณ์ โปรดพับแบบสอบถามใส่ซองดังเดิม
ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง สำหรับความร่วมมือจากท่าน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง อรวรรณ คล้ายพยับ เกิดวันที่ 30 ธันวาคม 2517 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปี พ.ศ. 2540 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนายทหารพยาบาล ประจำแผนกห้องบำบัดพิเศษ ไอ.ซี.ยู.ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย