

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต



นางสาวสุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF NURSES IN CARE MANAGEMENT OF END OF LIFE PATIENTS

Miss Sutarut Kulruttanamas



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
โดย	นางสาวสุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

สุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ : ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (EXPERIENCES OF NURSES IN CARE MANAGEMENT OF END OF LIFE PATIENTS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์, 177 หน้า.

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีการวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยวิธีการบอกต่อแบบลูกโซ่ จำนวน 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึกเทปสนทนา นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามวิธีการของ van Manen (1990)

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่รับรู้และตีความตามความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนได้ว่าเป็นการทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการใช้ความรู้คู่ทักษะและประสบการณ์ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการได้รับการอบรม ร่วมกับการจัดการด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด เหมือนญาติผู้ใกล้ชิด ส่วนประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1. การจัดการเพื่อการตายดี ประกอบด้วย 1) การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2) การจัดการสถานการณ์แวดล้อม และ 3) การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล 2. การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ 2) ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย 3) การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง 4) สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย 5) เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ 6) เสริมพลังใจให้กันและกัน และ 7) พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต และ 3. การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 1) เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก 2) การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ 3) ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ และ 4) ทิศนคติความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่

ข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้นี้สะท้อนให้เห็นถึงหลักคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577333636 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: CARE MANAGEMENT / END OF LIFE PATIENTS / PROFESSION NURSES

SUTARUT KULRUTTANAMAS: EXPERIENCES OF NURSES IN CARE MANAGEMENT OF END OF LIFE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D., 177 pp.

The present study was aimed at describing the meanings and experiences of professional nurses in care management for end-of-life patients at Siriraj Hospital using a qualitative hermeneutic phenomenology research methodology. Data providers in the study were composed of 13 professional nurses with experience in care management for end-of-life patients who worked as shift supervisors and received training in palliative care in addition to having work experience of ten years and up. The subjects were selected by purposeful and snowball sampling. Data were collected by using in-depth interview forms and conversation audio recordings. The data obtained were transcribed verbatim and data content analysis was performed based on Van Manen’s method (1990).

According to the findings, professional nurses define care management for end-of-life patients based on perception and interpreted care management in line with past ideas and experiences to build understanding about palliative care concepts and principles by using knowledge with skills and learning from experience and training with management by paying attention and doing the best for patients like close relatives. The experiences of professional nurses in care management for end-of-life patients were found to include the following three main issues: 1. management for positive death experiences consisted of the following: 1) management to meet patients’ and relatives’ needs; 2) environmental situation management and 3) care/nursing quality management. 2. management of the feelings of personnel, patients, families and healthcare providers when confronted with death were as follows: 1) patients’ calm acceptance of death; 2) families, professional nurses and the multi-disciplinary team who learn, make decisions and accept patients’ departures; 3) ending treatment when the time comes to do so; 4) balance between patients’ realities and hopes; 5) self-healing under stressful conditions, disappointment and sadness; 6) empowerment of one another and 7) nurses who learn realities in life. 3. management of problems/obstacles in caring for end-of-life patients were as follows: 1) limited time and heavy workloads; 2) ineffective communication among caregiver teams; 3) insufficient skills, knowledge and capacity among caregivers and 4) attitudes and expectations of patients, families and multi-disciplinary teams about living.

The data obtained from this study reflected the principles, feelings and experiences of professional nurses in care management for end-of-life patients. Furthermore, the data can be used as a baseline for managers to develop and promote nursing practice guidelines for end-of-life patient care with improved quality.

Field of Study: Nursing Administration  
Academic Year: 2015

Student's Signature .....  
Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความสำเร็จและความช่วยเหลือจากอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการพัฒนากระบวนการคิด การเรียนรู้ การวางแผนการทำงาน การฝึกฝนทักษะในการเขียน อ่าน รวมทั้งทักษะในการใช้ชีวิต ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยและความปรารถนาดี เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ผู้วิจัยด้วยความรัก ความเมตตา ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา มา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 13 ท่าน ที่กรุณาอนุเคราะห์และให้ความยินดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจกันตลอด จนประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก รวมถึงให้กำลังใจมาโดยตลอด และท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา มารดาที่สนับสนุนทั้งกำลังใจและกำลังทรัพย์ พร้อมความห่วงใย ดูแลด้วยความรักเสมอมาจนมาถึงวันนี้ที่ผู้วิจัยประสบความสำเร็จอย่างที่ตั้งใจไว้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	6
แนวคิดเบื้องต้น .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	7
คำจำกัดความที่ใช้.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. สถานการณ์และบริบทของประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง .....	10
2. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 .....	11
3. แนวคิดการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต .....	16
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	35
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
1. พื้นที่ที่ศึกษา.....	55
2. ผู้ให้ข้อมูล.....	57
3. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล .....	57

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
5. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	59
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness).....	62
8. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	116
สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการศึกษา.....	116
ข้อเสนอแนะ.....	139
รายการอ้างอิง.....	141
ภาคผนวก.....	149
ภาคผนวก ก เอกสารใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิ สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	150
ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนามและแบบบันทึกการถอด ความและการให้รหัสเบื้องต้น .....	159
ภาคผนวก ค ลักษณะผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนการสร้างแนวคำถาม ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลและ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	177



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014c) ได้กำหนดนโยบายให้ทุกประเทศทั่วโลกรวมการดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยในทุกการขับเคลื่อนที่มีต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ในขณะนี้ทุกประเทศในโลกตื่นตัวในการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั่วโลก พบว่ามีประมาณ 20 ล้านคน ทั่วโลกที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต ประกอบกับการจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองยังพบว่ามีปัญหาในประเด็นของการขาดความตระหนักถึงนโยบายการดูแลแบบประคับประคองและความจำเป็นในการดูแลทั้งในระยะท้ายของชีวิตและในระหว่างการดำเนินของโรค ขาดทรัพยากรที่จะใช้ในการให้บริการรวมทั้ง การเข้าถึงยาที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาอาการปวด และการขาดความรู้ของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้การจัดระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พัฒนาการระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีทิศทางพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น ในขณะเดียวกันสถานการณ์ปัจจุบันของระบบสุขภาพในประเทศไทยมีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้น คือ มีการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงเพื่อมุ่งยื้อความตายมากกว่าการรักษาชีวิต ประกอบกับสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เต็มรูปแบบภายใน 20 ปีข้างหน้า รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะเห็นได้จากสถิติโรคที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2555 เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง 63,272 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.5 และจากโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมองร้อยละ 37.4 และพบว่ามีสถิติเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในระยะท้ายของชีวิตมีมากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มองเห็นถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ. ศ. 2557-2559 ที่มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลได้เข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ดีต่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบ

ประคับประคอง มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมในเรื่องของการตายดีและการดูแลแบบประคับประคอง 2) พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และรองรับการตายดี มุ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ มีการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพให้ได้คุณภาพมีมาตรฐาน มีจำนวนเพียงพอ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ และ 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ มุ่งที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบย่อยต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและการตายดีทั้งระบบ และในทุกระดับซึ่งครอบคลุมถึงระบบพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รองรับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงจำนวนและสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

พยาบาลมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดในทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารจัดการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย การสนับสนุนความต้องการทางจิตสังคม ความเป็นบุคคล และการเยียวยาของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนทีมสุขภาพไปข้างหน้าพร้อมความตระหนักถึงสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพยาบาลเป็นสมาชิกในทีมหลักที่ทำหน้าประสานงาน ประเมินโดยตรง ประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วยผ่านประสบการณ์ ร่วมกับกำหนดและสนับสนุนวิธีการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานเชิงบวกของขนบธรรมเนียมประเพณี จากการอาศัยความรู้ที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Hospice and Palliative Nurses Association, 2004) แต่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่ามีปัญหาอยู่มาก อีกทั้งการบริหารจัดการนั้นยังไม่สะท้อนถึงการดูแล กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่โดยมุ่งเน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาให้หายมากกว่าการมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตและการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ของโรค เช่น อาการปวด หอบเหนื่อยหายใจลำบาก 2) บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ยังเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 3) สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการจัดระบบบริการที่ไม่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิตรวมถึง ภาวะพลัดพรากสูญเสีย (วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และจิตศิริ ชันเงิน, 2549; สิริมาศ ปิยวัฒนพงศ์, 2552; สุราณี ชาญฤทธิ์วัฒน์, 2553) และ 5) ปัญหาความขัดแย้งด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น

กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพโดยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แต่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ญาติต้องการให้ทีมผู้รักษาทำการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยไม่ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย (ลักขณา ทิมมา, 2555)

จากการศึกษาของ พิไลพร สุขเจริญ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้วิธีสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อค้นพบที่ได้คือ การจัดระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองที่พึงประสงค์มีทั้งหมดจำนวน 9 ด้านได้แก่ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อม 2) การจัดทีมสหวิชาชีพ 3) การเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริหาร 4) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 5) การจัดการความปวด 6) การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ 7) การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย 8) การจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรม และ 9) การจัดการค่าใช้จ่าย ซึ่งการจัดการด้านต่างๆ ที่กล่าวมามีความสำคัญและมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิต แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพยังไม่มี การดำเนินการในการจัดการดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจัง (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2554) เนื่องจากพยาบาลมีทัศนคติและความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคอง (สิริมาศ ปิยวัฒน์พงศ์, 2552) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและระบบไหลเวียนเลือด จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ยาก (ภรเอก มนัสวานิช และคณะ, 2558) มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในสัดส่วนที่สูงจากการรักษาในระยะวิกฤตในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต (Horn & Meulen, 2014) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิตที่ยังได้รับการรักษาแบบเต็มที่ พบว่าจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Cheung et al., 2015) ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาด้านทุนของการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยจำนวน 14 รายที่พบว่ามีต้นทุนรวมทั้งสิ้นสูงถึง 5,436,576.64 บาท (ปิยนุช สุขสำราญ, 2554)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีรูปแบบของการดูแลที่มีความท้าทายและมีกระบวนการที่ยากในการดูแล (Kisorio & Langley, 2016) ที่พยาบาลผู้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการการดูแลต้องใช้ทักษะในการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลที่ราบรื่นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงบุคลากรในทีม กล่าวคือ 1) ต้องมีทักษะและโอกาสในการศึกษาที่เพียงพอเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังจะตายและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ 2) สามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องมีการส่งเสริมทักษะในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว 3) ต้องมีความซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมาและความตั้งใจที่จะปรึกษาหารือเกี่ยวกับความตายและอาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) มีความสามารถในการแจ้งข่าวร้ายร่วมกับมีความสามารถในการฟังผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสามารถพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ 5) เห็นความสำคัญและสามารถ

ประเมินความเหนื่อยล้าของบุคลากรในทีมภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและต้องประสบกับความตายมา 6) ควรมีความตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการดูแลที่ต้องใช้เวลามาก จึงควรมีแผนฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ด้วย 7) ควรมีการพิจารณาระบบการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับการตายของผู้ป่วยร่วมกับมีการติดตามหลังจากการสูญเสียผู้ป่วย และ 8) สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่อำนวยความสะดวกในการเปิดการเจรจาอย่างจริงจัง ซึ่งหากพยาบาลสามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ถึงพร้อมด้วยทักษะดังกล่าว จะช่วยให้ทั้งบุคลากรในทีมและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (Hodo & Buller, 2012)

การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวในแง่มุมและบริบทต่างๆ ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นทัศนคติ ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ผลการศึกษาที่พบยังไม่ปรากฏมาถึงเรื่องของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ พยาบาลมีความรู้ทักษะและประสบการณ์ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (McCourt, Power, & Glackin, 2013; Pattison et al., 2013) และมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับด้านกฎหมายและสิทธิผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Duke & Thompson, 2007; Jezewski & Feng, 2007) มีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Clarke & Ross, 2013; Kisorio & Langley, 2016; Pattison et al., 2013) และไม่สามารถจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สงบเป็นส่วนตัวได้ (Bloomer et al., 2013; Sasahara et al., 2003) พยาบาลรู้สึกไม่สะดวกใจ เครียดและไม่มีความสุขในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Bloomer et al., 2013; Valiee, Negarandeh, & Dehghan Nayeri, 2012) ร่วมกับรู้สึกคับข้องใจ ไม่พึงพอใจ เกี่ยวกับระบบและ การสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ควรมีการกระตุ้นให้มากกว่านี้ (Bloomer et al., 2013; Mak, Chiang, & Chi, 2013) พยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีทัศนคติในเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากรู้สึกกลัวเกี่ยวกับความตายและคิดที่จะหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับความตายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Lange, Thom, & Kline, 2008) พยาบาลมีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Clarke & Ross, 2013; Sasahara et al., 2003; Thacker, 2008) มีพยาบาลหน่วยฉุกเฉินเพียงร้อยละ 36 ที่ผ่านหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรง และไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อนเลยร้อยละ 11.8 (Wolf et al., 2015)

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งในงานวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพไว้หลายประเด็น โดยผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการปฏิบัติการดูแลยังเป็นประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.26 (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2549) พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลที่ยังไม่ครอบคลุม และขาดความต่อเนื่องในหลายๆ ด้าน เช่น พยาบาลไม่เคยหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 6.67 และไม่เคยหาวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ยังค้างคาในใจให้สำเร็จลุล่วงภายใต้ขอบเขตของความเป็นจริงร้อยละ 10 ส่วนการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วย การหาวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ยังค้างคาในใจให้สำเร็จลุล่วงภายใต้ขอบเขตของความเป็นจริง การให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นาน ๆ ครั้งในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 40, 36.67, 50 และ 33.33 ตามลำดับ

ส่วนของงานวิจัยคุณภาพในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่มุ่งศึกษาประสบการณ์เพื่อหาความหมายของการดูแลและความเชื่อเกี่ยวกับความตาย ดังตัวอย่างการศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร (2551) ที่ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีความยากและความท้าทายบทบาทของพยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้เวลาและความสามารถในการดูแล นอกจากนี้พยาบาลมีการรับรู้ที่ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตาย มีความรู้สึกอึดอัด ขัดแย้ง ลำบากใจ กัดดัน เครียด สงสาร หดหู่ เกิดขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผลการศึกษายังไม่สะท้อนให้เห็นในเรื่องของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร จึงอาจจะไม่มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการปรับปรุงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการบริหารจัดการการดูแลดังกล่าวเป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพตลอดจนผู้บริหารทางการแพทย์ที่จะได้ทราบข้อมูลประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์จริงว่าเป็นอย่างไร จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจว่าหากมีผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าเวรมีการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งไม่อาจหาได้ในการวิจัยเชิงปริมาณ และยังไม่ปรากฏการศึกษาในเชิงลึกในเรื่องนี้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายความหมายการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

## คำถามการวิจัย

1. ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร

## แนวคิดเบื้องต้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิด Heidegger เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือว่าผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งถือว่าอยู่ในโลกที่ใกล้เคียงกับโลกของผู้ให้ข้อมูล หรืออาจจะถือว่ามีโลกทัศน์เดียวกับผู้ให้ข้อมูลก็ได้ ซึ่งโลกในที่นี้ คือ การอยู่ในวิชาชีพเดียวกันมีสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและสังคมที่ใกล้เคียงกัน มีความเข้าใจในภาษาของผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิดของผู้ให้ข้อมูลได้ลึกซึ้งมากขึ้น

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต (Arbour & Wiegand, 2014; Corner, 2003; Hodo & Buller, 2012; World Health Organization, 2014a; พิไลพร สุขเจริญ, 2556; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต (Hodo & Buller, 2012; Thacker, 2008; สภาการพยาบาล, 2552, 2558) มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นเวลา 16 ปี และมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง ซึ่งในการดูแลนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพต้องบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตในด้านต่างๆ และต้องประสบกับปัญหาในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหลายๆ ด้าน เช่น การบริหารจัดการการดูแลด้านสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถจัดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่

ในสถานที่สงบแยกจากผู้ป่วยโดยทั่วไปได้ การบริหารจัดการการดูแลการส่งต่อและการวางแผนจำหน่ายที่ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ในเวลาที่เหมาะสม และการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม เป็นต้น แม้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาผู้วิจัยได้บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยความเข้าใจ เห็นใจ และใช้หลักในการบริหารจัดการการดูแลอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด แต่อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยมีความรู้สึกหลากหลายเกิดขึ้นในระหว่างการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหลายๆ ด้าน จากสถานการณ์ต่างๆ กันไม่ว่าจะเป็นความรู้สึก กังวล กลัว ชัดแย้ง ไม่เห็นด้วยลงใจไม่แน่ใจ เกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพิ่มเติมว่าพยาบาลวิชาชีพที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความคิดเห็นความรู้สึกและประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรกับตัวผู้วิจัยโดยนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัย และการทบทวนแนวคิดต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อหาข้อค้นพบใหม่จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretative phenomenology) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลศิริราชที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร 3) ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snowball sampling) ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ และบันทึกเทปเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งละ 60-90 นาที หรือจนกว่าไม่พบข้อมูลใหม่จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Van Manen (1990)

### **คำจำกัดความที่ใช้**

**ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต** หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่มีการดำเนินการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การจัดการ

สถานการณ์แวดล้อม การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล และการจัดการกับ อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตายเพื่อมุ่งหวังให้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาพ การดำเนินของโรคในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้ตาย อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนา การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อให้ผู้บริหารพยาบาลนำข้อค้นพบจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในวาระ สุดท้ายของชีวิตต่อไป





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretive phenomenology) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลศิริราช ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า ทบทวนจากตำรา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทที่ทำการศึกษา และใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การศึกษาได้ข้อมูลที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยและใช้ตอบปัญหาการวิจัยในครั้งนี้ โดยสรุปสาระสำคัญดังหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์และบริบทของประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 - 2559
3. แนวคิดการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต
4. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. สถานการณ์และบริบทของประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น เมื่อมองจากมุมมองทางการแพทย์ แต่หากมองด้วยมุมมองตามค่านิยมขององค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณแล้วพบว่า ประเทศไทยมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีมายาวนานแล้วในเรื่องนี้ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2556) แต่กระนั้นแล้ว การพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ยังมีปัญหาในหลาย ๆ ด้านที่สืบเนื่องมาจากบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย กล่าวคือ คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิดในเรื่องของความตาย ไม่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญกับความตาย อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองถูกมองว่าเป็นภาระสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบกับบุคลากรที่มีสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญเพียงพอในการดูแลแบบประคับประคอง และขาดสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับมีการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลประคับประคองที่ไม่ทั่วถึง สถานบริการทางสุขภาพของรัฐขาดการสนับสนุนด้านนโยบายทำให้ไม่มีความพร้อมเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ นอกจากนี้สังคมและ

ชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากรูปแบบในการดูแลที่ยังไม่ชัดเจน (วาสนี วิเศษฤทธิ์ และจิตศิริ ชันเงิน, 2549)

## 2. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สมัชชาสุขภาพจึงได้มีนโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์วาระระดับชาติ พร้อมทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ขึ้นจากความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการประสานให้มีการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยแผนยุทธศาสตร์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงระบบในการกำหนดทิศทาง และผลักดันให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะระยะท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยก็จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์หรือตายดีและเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มีการกำหนดแนวทางไว้ชัดเจนเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ และมุ่งชี้ให้เห็นแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก ซึ่งมีสาระสำคัญโดยรวมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการที่ก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตเกิดการตายดี และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) มีรายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ดีต่อการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและเกิดการตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง

ยุทธศาสตร์นี้ มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมในเรื่องของการตายดีและการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการพัฒนาเนื้อหาสาระ รูปแบบ ช่องทาง และเครื่องมือการสื่อสารอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็ง สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเครือข่ายและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีการสื่อสารทางสังคม สำหรับในการพัฒนาบุคลากรกลุ่มวิชาชีพให้ดำเนินการควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนด้วย นอกจากนี้ยังมุ่งสร้างการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบและระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนการจัดการความรู้ในเรื่องธรรมชาติของชีวิต โดยผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีทั้งความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยการพัฒนากระบวนการศึกษา การวิจัยและพัฒนา

การสร้างระบบการจัดการความรู้ การจัดการคลังความรู้ การสร้างระบบการเรียนรู้ การถ่ายทอด ประสบการณ์ และการแบ่งปันและกระจายความรู้

#### วัตถุประสงค์

1. ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตายดี และการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งสามารถสื่อสารเรื่องดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง

2. การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

#### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของประชาชนทั่วไป/ผู้ดูแล/ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยที่มีทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการตายดี และเรื่องการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวม

2. จำนวนกิจกรรมทางสังคมที่สะท้อนทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม

3. จำนวนการขอรับบริการการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น

4. จำนวนคนไทยที่มีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้น

5. ร้อยละของตำบลที่มีเครือข่ายและระบบอาสาสมัครการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

#### กลยุทธ์

1. สร้างเสริมสร้างพลังในการสื่อสาร โดยสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคี เครือข่าย

2. สร้างเสริมทุนทางปัญญา โดยการสนับสนุนการวิจัยในทางเทคนิคและเชิงระบบ และการจัดการความรู้ แก่ประชาชน ชุมชน เครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนาและองค์กรทาง ศาสนา และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายภาคประชาชน เครือข่าย พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนาและองค์กรทางศาสนา เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตายดี

4. สนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในวาระ สุดท้ายของชีวิตและครอบครัวของพระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนาและองค์กรทางศาสนา เครือข่ายภาค

## ประชาชนและจิตอาสา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต และรองรับการตายดี

ยุทธศาสตร์นี้ มุ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ที่เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อทั้งกับระบบสุขภาพชุมชน และระหว่างสถานบริการด้วยกันให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตายดี โดยการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และมีจำนวนเพียงพอ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ โดยอาจกำหนดไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

### วัตถุประสงค์

1. มีการดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ให้มีความครอบคลุม และประชาชนเข้าถึงบริการได้ รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่เหมาะสม

2. การดูแลแบบประคับประคองแบบองค์รวมในวาระสุดท้ายของชีวิต มีคุณภาพ มาตรฐานในแต่ละระดับบริการ และให้การดูแลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวม

2. ร้อยละของตำบลที่สามารถจัดระบบสนับสนุนการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวมแก่ชุมชนได้

3. ร้อยละของบริการการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวม ที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4. ร้อยละของผู้ดูแลและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

5. ร้อยละของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างเหมาะสม

6. ร้อยละของ nursing home ภาคเอกชน ที่มีคุณภาพ

### กลยุทธ์

1. สร้างและพัฒนารูปแบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทยด้วย

2. ขยายความครอบคลุมของการบริการการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. พัฒนามาตรฐานและระบบการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล สถานพยาบาล กึ่งบ้านสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Hospice) การดูแลที่บ้านและในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

ยุทธศาสตร์นี้ มุ่งที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบย่อยต่าง ๆ ในการสนับสนุนการจัดบริการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตายดีทั้งระบบและในทุกระดับที่ครอบคลุมถึงระบบพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รองรับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงจำนวนและสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพ และเชื่อมโยงทุกระดับของเครือข่ายบริการสามารถนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหา กำกับ ติดตาม ประเมินผลได้ ระบบการเงินการคลังที่เน้นการแสวงหาทางเลือกที่สมเหตุสมผล คุ่มค่า เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและตายดีและการอภิบาลระบบ โดยการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การจัดตั้งกลไก และการออกกฎหมายระเบียบที่สนับสนุนต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เอื้อต่อการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคอง ที่เน้นให้เกิดกลไกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การกำหนดนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่รองรับการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้ดูแล มีทัศนคติที่ดี มีสมรรถนะ และมีจำนวนที่เพียงพอ ในการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งในสถานบริการ สาธารณสุขและชุมชน

2. เครือข่ายและสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง มีระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่สามารถเชื่อมโยงและนำไปใช้งานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีระบบการสนับสนุนทางการเงินที่เหมาะสมกับสถานะการเงินการคลังของประเทศ เกิดความเสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายและไม่เป็นภาระแก่ผู้ป่วยหรือญาติจนเกินไป

4. มีการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง

5. มีการศึกษาและประเมินความคุ้มค่าของยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีต่างๆ ทาง การแพทย์ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับสนับสนุนการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตายดี

6. มีนโยบาย กฎหมาย ระเบียบที่เอื้อต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง

### ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตายดี และเรื่องการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวม
  2. จำนวนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครือข่ายที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรมที่สามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง
  3. จำนวนสถาบัน/ศูนย์ฝึกอบรมที่มีหลักสูตรและจัดการศึกษาและ/หรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในทุกภาคของประเทศ
  4. ร้อยละของสถานพยาบาลและเครือข่ายที่มีและสามารถเข้าถึงระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงใช้งานร่วมกันได้
  5. ร้อยละของการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ
  6. จำนวนงานวิจัย นวัตกรรม และการประเมินความคุ้มค่าของยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่สนับสนุนการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและตายดี
  7. ระดับความสำเร็จของการผลักดันให้มีนโยบายระดับชาติจนถึงระดับท้องถิ่น รวมทั้งกฎหมาย และระเบียบที่รองรับการส่งเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต และการตายดี
- กลยุทธ์
1. พัฒนาศูนย์บริการบุคคลสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนทั้งระบบ การกำหนดประเภทบุคลากร การผลิตและการพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญ บริหารจัดการการกระจาย และการธำรงรักษาให้รองรับบริการที่จัดขึ้นได้
  2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยและใช้งานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  3. สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีศักยภาพมีการศึกษาและประเมินความคุ้มค่าของยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและตายดี
  4. สนับสนุนและผลักดันให้มีแรงจูงใจด้านการเงินการคลังให้กับผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มการบริการดูแลแบบประคับประคอง
  5. พัฒนานโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและตายดี เช่น กฎหมายที่เกี่ยวกับสารเสพติด การแจ้งตาย สถานพยาบาล ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ

สรุป การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องตกอยู่ใน

ภาวะยากลำบากเกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เป็นอย่างมาก ดังนั้น การให้ความสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจังและปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ที่ได้วางไว้อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวได้รับการดูแลที่เป็นไปตามเป้าประสงค์ คือ ผู้ป่วยเกิดการตายดีรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตในระยะเวลาที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพตามความเหมาะสม

### 3. แนวคิดการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนนี้คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตครอบคลุมถึงการจัดการอาการปวดและอาการต่าง ๆ การตัดสินใจทางจริยธรรม สมรรถนะในการให้ความสำคัญทางวัฒนธรรม รวมถึงการดูแลตลอดกระบวนการตายจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลากับผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความตายมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อทำความเข้าใจกับความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตร่วมกับใช้ทักษะและสมรรถนะเพื่อแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Thacker, 2008) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### 3.1 ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่ายังไม่ปรากฏว่ามีการให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มีแต่เพียงการให้คำนิยามของการบริหารจัดการ และการดูแลแบบประคับประคองไว้ ผู้วิจัยจึงได้นิยามความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จากการบูรณาการความหมายของการบริหารจัดการพยาบาล และการดูแลแบบประคับประคอง กล่าวคือ การบริหารมีคำที่มักใช้อยู่ 2 คำ คือ “การบริหาร” ตรงกับคำภาษาอังกฤษ “Administration” และ “การจัดการ” ตรงกับคำภาษาอังกฤษ “Management” โดยมีความหมายใกล้เคียงกัน และมักใช้แทนกัน (McFarland, 1974 incited in บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2551: 2) ส่วนการบริหารการพยาบาล (Nursing Administration) และการจัดการพยาบาล (Nursing Management) มักใช้ในความหมายเดียวกันและแทนกันอยู่เสมอ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2552)

ฟาริดา อิบราฮิม (2542) ได้ให้ความหมายของ การบริหาร คือ กระบวนการซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยอาศัยการจัดระบบ การประสานงานและการร่วมมือกันของบุคคล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (2549) ได้ให้คำจำกัดความ การบริหารจัดการ คือ การวางแผน มอบหมาย และ/หรือ จัดการงานให้เกิดประสิทธิภาพในองค์กร สอดคล้องกับนโยบาย กลยุทธ์ เป้าหมาย และการเปลี่ยนแปลง ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2551) ได้ให้ความหมายของ การจัดการ หมายถึง กระบวนการ นำทรัพยากรการบริหารหรือปัจจัยตัวป้อน (Input) ซึ่งได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และข้อมูลมาใช้ใน กระบวนการจัดการ (Process) ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยความสะดวก การควบคุม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ หรือผลผลิต (Output) ที่บรรลุผลตามเป้าหมาย (Effectiveness) อย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

Grohar and Dicroce (1992) ได้ให้ความหมายของ การจัดการ คือ กระบวนการ ระหว่างบุคคลและวิธีการ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร โดยการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริหารการพยาบาล คือ การ ดำเนินงานตามกระบวนการบริหาร เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่มี คุณภาพได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยอาศัยปัจจัยที่จำเป็นในการบริหาร

Huber (2010) ได้ให้ความหมายของ การบริหารจัดการพยาบาล (Nursing management) คือ การประยุกต์กระบวนการจัดการด้วยการประสานงานร่วมกันและการผสมผสานของทรัพยากร ทางพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลและการบริการได้ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้

สรุป การบริหารจัดการพยาบาล หมายถึง กระบวนการจัดการที่มีการดำเนินงานและ ประสานร่วมกันระหว่างบุคคลทางการพยาบาลโดยใช้ทรัพยากรทางการบริหาร ซึ่งได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และข้อมูล ในการบริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ

### **ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง**

การดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

สถาพร ลีลำนันทกิจ (2551) ได้ให้ความหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการดูแลทั้งทางด้านกายและจิต การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอด ระยะเวลาที่เจ็บป่วยรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ประเวศ วสี (2552) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า หมายถึง การรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยไม่ได้มุ่งแก้ที่สาเหตุ เพราะสาเหตุนั้นแก้ไม่ได้แล้ว หรือแก้ แล้วแต่ไม่ได้ผล แต่รักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน อาจเป็นการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ เพียงบรรเทาทุกข์ทรมานไปจนกว่าจะตาย



กวีวัฒน์ วีรกุล (2554) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลรักษาแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตให้มีคุณภาพชีวิต

World Health Organization (2014b) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองว่า หมายถึง การดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะโรคที่คุกคามชีวิต ผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ด้วยการประเมินแต่แรกเริ่ม ในการบรรเทาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะทางกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของบุคคล

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายคือ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเน้นการดูแลแบบเป็นองค์รวมมากกว่าการรักษาให้หาย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จากภาวะคุกคามของโรค และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างที่ควรจะเป็นในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และจากไปอย่างสงบ

### องค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคอง

ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก มีสาระสำคัญ พอสรุปได้ ดังนี้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

1. การให้การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา
2. ให้ระลึกไว้เสมอว่าความตายเป็นเรื่องปกติและธรรมชาติ
3. ตระหนักว่าภาวะใกล้ตาย (dying process) เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิต (quality of life) ด้วยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
5. ใช้การทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขา (interdisciplinary team) เพื่อให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และดูแลช่วยเหลือเพื่อลดและบรรเทาความเศร้าโศกของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต
6. ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ให้การตายเร็ว (hasten death) หรือชะลอเวลาออกไป (postpones death)
7. เป็นบริการที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต พร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค

8. ช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง และช่วยส่งเสริมสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ (2556) ได้สรุปหัวใจหลักของการดูแลแบบประคับประคองเป็น “4 C” ดังนี้ 1) Centered at patient and family ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีความพึงพอใจ และจะทำการดูแลหรือการรักษาใดๆ ก็ตามเมื่อเห็นว่าจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามากที่สุด 2) Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญในการให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการทางกายร่วมกับการดูแลทางจิตใจของผู้ป่วยไปด้วยกัน และเห็นความสำคัญต่อเจตคติส่วนตัว ความเชื่อทางศาสนาและการให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึกและบอกถึงความต้องการ 3) Coordinated เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่หมายรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม โดยการประสานงานและเข้าใจในบทบาทของกันและกัน เพื่อให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ร่วมกัน และ 4) Continuous การมีความต่อเนื่องและมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการประเมินความต้องการการดูแลรักษาเป็นระยะๆ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ( 2554) ได้แบ่งหลักสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง 4 หลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม โดยใช้คำย่อว่า “LIFESS” ดังนี้

L= Living Will หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษา (goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ซึ่งครอบคลุมถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ เช่น บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ทำหน้าที่แทนในการตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่ตัดสินใจได้ สถานที่ในการเสียชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นต้น โดยผู้ป่วยอาจใช้วิธีเขียนหนังสือแสดงเจตนา หรือแจ้งกับครอบครัวหรือคณะที่ดูแลเพื่อสื่อสารถึงความต้องการของตนเอง

I = Individual หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิต

F= Function หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในการดูแลตนเอง

E= Emotion and Coping หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยรวมถึงวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ในการลดต่อความรู้สึกดังกล่าว

S= Symptoms หมายถึง ความไม่สบายทางร่างกายและอาการต่างๆ

S= Social and Support หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางด้านสังคมของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ตลอดจนถึงพี่ของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย

สรุป การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การดำเนินการโดยใช้กระบวนการบริหารพยาบาลในการจัดการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับร่วมกับการจัดระบบบริการด้านต่างๆ เพื่อให้การบริหารจัดการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### 3.2 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลวิชาชีพนับว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสามารถเผชิญภาวะคุกคามจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านกระบวนการพยาบาล ที่มีการประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแล ดังนี้

#### 3.2.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต (Arbour & Wiegand, 2014; Corner, 2003; Hodo & Buller, 2012) มีรายละเอียดดังนี้

1) บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวและบุคลากรในทีม จำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะ รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1) ทักษะของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตระหนัก การให้โอกาสทางการศึกษาสำหรับบุคลากรในทีมให้สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่กำลังจะตายและครอบครัว รวมถึงสมาชิกในทีมต้องมีความซื่อสัตย์เกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังในระหว่างที่มีการสนับสนุนให้มีความหวังเมื่อเข้าใกล้ความตาย

1.2) พยาบาลต้องการการส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งทักษะด้านการสื่อสารเป็นทักษะพื้นฐานของผู้ให้การดูแลในการสนับสนุนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และในฐานะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลโดยตรงจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์ของการสื่อสารที่มากมายเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวจำนวนมากที่เข้ามาสอบถามด้วยความเข้าใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์สำหรับ

พยาบาลเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบและสื่อสารหลักสำหรับครอบครัวและอำนาจในการตัดสินใจทางกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์ถ้ามีผู้ดูแลผู้ป่วย

1.3) พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติของการเป็นพยาบาลผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่ประกอบไปด้วย 1) บทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ (The helping role) 2) หน้าที่ในการสอนหรือการฝึก (Teaching or coaching function) 3) หน้าที่ในการติดตามการวินิจฉัยผู้ป่วย (Diagnostic client monitoring functions) 4) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Effective Management of rapidly changing situations) 5) การบริหารจัดการเฝ้าระวังการปฏิบัติการรักษาและการให้ยา (Administering and monitoring therapeutic interventions and regimens) 6) การติดตามและการประกันคุณภาพของการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ (Monitoring and ensuring quality of health care practice) 7) บทบาทสมรรถนะในการทำงานขององค์กร (Organizational work-role competencies) (Thacker, 2008)

2) พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีความซื่อสัตย์และตรงไปตรงมา และมีความตั้งใจที่จะปรึกษาหารือเกี่ยวกับความตายและอาการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ร่วมกับการอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การประเมินเมื่อมีความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และการปฏิบัติที่มีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง

3) พยาบาลมีหน้าที่บริหารจัดการดูแลอารมณ์หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสนับสนุนความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปรับตัวให้ความรู้เกี่ยวกับชีวิตที่จำกัดจากการเจ็บป่วยและความหมายสำหรับคนที่ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงต้องมีความสามารถในการแสดงบทบาทในการแจ้งข่าวร้ายร่วมกับมีความสามารถในการฟังเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีคำถาม และแสดงความเศร้าโศก

4) พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีการพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในวาระสุดท้ายของชีวิต และพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพการปฏิบัติตัวที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้พยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความเข้าใจที่ครอบคลุมในการพูดคุย โดยสรุปเป็นทางภาษาการแพทย์ที่ง่ายต่อการเข้าใจ ก่อนจบการสนทนาควรมีการถามซ้ำและตอบกลับเพื่อตรวจสอบถึงข้อมูลความคาดหวังของผู้ป่วยหรือคนในครอบครัว

5) การจัดการอาการ โดยการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อร่วมประเมินปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและอย่างดีที่สุด

6) พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องสามารถตรวจสอบความเหนื่อยล้าของบุคลากรในทีมและแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประสานงานและสอบถามบุคลากรหลังจากให้บริการผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการดูแลที่ต้องใช้เวลามาก จึงควรมีแผนฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ด้วย

7) พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีความสามารถในการพิจารณาการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถเผชิญกับการตายของผู้ป่วยร่วมกับมีการติดตามครอบครัว และให้การสนับสนุนในช่วงเวลาที่แตกต่างกันหลังจากการสูญเสีย

8) การประสานในช่วงของภาวะสุขภาพและบริการทางสังคมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยร่วมกับการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานประจำวันและบทบาทที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการหาบุคคลหรือหน่วยงานมาช่วย

9) บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาและการสอนพยาบาลจบใหม่

สรุป พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตควรให้การบริหารจัดการดูแลทั้งทางร่างกายและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านทางผู้ดูแลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องเป็นผู้ที่ถึงพร้อมด้วยทักษะ ความรู้ ประสบการณ์ การสื่อสารที่ดีระหว่างทีม ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินความเหนื่อยล้าของบุคลากรและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยที่อำนวยความสะดวกเพื่อช่วยให้ทั้งบุคลากรในทีมและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

### 3.2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีสมรรถนะพยาบาลสำหรับการพยาบาลระยะสุดท้าย มีแต่เพียง สภาการพยาบาล (2552) ที่กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพขั้นสูงที่พึงมีไว้ 9 ด้านซึ่งพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตควรยึดสมรรถนะทั้ง 9 ด้านเพื่อการพัฒนาตนเองสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 Care management มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะกลุ่มโรค

สมรรถนะที่ 2 Direct care มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนจะมีปัญหาที่ทุกข์ทรมานแตกต่างกันไปในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการในการดูแล โดยนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแล

ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การดูแลเพื่อจัดการอาการ (symptom management) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ทางกายภาพ เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล เติงปรับระดับได้ ที่นอนลม รถเข็น เป็นต้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 3 Collaboration มีความสามารถในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 4 Empowering, Educating, Coaching and Mentoring มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว

สมรรถนะที่ 5 Consultation มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ การให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว เครือข่ายผู้ดูแล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/จิตอาสา การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาในการดูแลที่บ้าน การประสานขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญในแต่ละด้าน เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและแพทย์แผนไทย เป็นต้น ให้คำแนะนำแก่พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คำปรึกษาหน่วยงานที่มาศึกษาดูงานและหน่วยงานที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายแบบประคับประคอง

สมรรถนะที่ 6 Change agent มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการทำงานแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งเป็นผู้นำตนเองในการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาตนเองและการทำงาน

สมรรถนะที่ 7 Ethical reasoning and ethical decision making มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว เช่น การบอกข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความก้าวหน้าของโรคที่เป็น การถอดท่อช่วยหายใจ การนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

สมรรถนะที่ 8 Evidence-based practice มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แสวงหาข้อมูลใหม่ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

สมรรถนะที่ 9 Outcome management and evaluation มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เครือข่าย/ผู้ดูแล เป็นต้น

นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (2558) ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (หลังปริญญาตรี) ด้านการพยาบาลแบบประคับประคองไว้ 9 ด้าน ซึ่งพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสามารถยึดสมรรถนะทั้ง 9 ด้านนี้ร่วมกับสมรรถนะในการก้าวเข้าสู่การเป็นพยาบาลชั้นสูง เพื่อพัฒนาตนเองสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยใช้ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง กระบวนการพยาบาล ตลอดจนนำแนวปฏิบัติมาใช้ ประเมินผล ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต

สมรรถนะที่ 2 การจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือในการประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจถึงกลไกการเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมความสุขสบาย ติดตามผลการบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย มีทัศนคติที่ดี เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย สามารถเตรียมความพร้อมสำหรับขั้นตอนสุดท้ายของชีวิต ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย การวางแผนจัดการอาการและความโศกเศร้าที่เกิดขึ้น

สมรรถนะที่ 4 การดูแลภาวะโศกเศร้าการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้า เข้าใจความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความโศกเศร้า การประเมินความสูญเสีย/ความโศกเศร้า ช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้าได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว

สมรรถนะที่ 5 การสื่อสารและการให้การปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจหลักคิด แนวคิดการสื่อสารและการให้การปรึกษา สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน รวมถึงการให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงาน และร่วมกับสหวิชาชีพในการจัดประชุมครอบครัว รวมถึงมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง

บุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว สหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผน การรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่องจนกระทั่งภายหลังผู้ป่วย เสียชีวิต

สมรรถนะที่ 6 ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม มีความรู้ ความเข้าใจ และ ความสามารถในการประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ปฏิบัติ และแสดงออกตามความเชื่อของตน และเคารพในวิถีชีวิตและความเชื่อนั้น รวมถึงมีความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล

สมรรถนะที่ 7 จริยธรรมและกฎหมาย มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจรรยาบรรณ วิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงด ทำการกู้ชีวิต สิทธิการตาย หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ ความรู้ดังกล่าว มาใช้ในการบริหารจัดการได้

สมรรถนะที่ 8 การประสานงานร่วมทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับ ทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยและสหสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิต และรับมือขอพบปะทบทวนหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความไว้วางใจและ ไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 9 การสอนและให้ความรู้ สามารถส่งเสริม ครอบครัว นักศึกษา พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ชุมชน และสังคม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบ ประคับประคอง และส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3.2.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและญาติ

(วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) มีดังนี้

1) พยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ (nurse as an information provider) การได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ การวางแผนการรักษา สภาวะของโรค วิธีการจัดการกับอาการต่าง ๆ ซึ่งการได้รับข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติก้าวข้ามความทุกข์ทรมานจากภาวะคุกคามของโรค สามารถเผชิญต่อ เหตุการณ์ได้อย่างสงบ และสามารถวางแผนในอนาคตได้

2) พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (nurse as a care) ในที่นี้หมายถึง การที่ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างมีคุณภาพ ในการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดและ



อาการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลายจากความทรมานจากอาการต่างๆ มากที่สุด รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวล โดยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

3) พยาบาลในฐานะผู้ประสานงาน (nurse as a care coordinator) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การรักษาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ การสื่อสาร รวมถึงความขัดแย้งไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งภายในครอบครัวผู้ป่วย หรือช่องว่างในการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ หรือภายในครอบครัวของผู้ป่วย

4) พยาบาลในฐานะผู้ฟัง (nurse an active listener) ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตการสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด การใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับด้วยการพยักหน้า สบตา การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ายพยาบาลมีความสนใจในการรับฟังปัญหาและความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความเครียด ความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญจากอาการของโรคและการดูแลรักษา

5) พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (nurse as a supporter) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนให้ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

6) พยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (nurse as environment facilitator) การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้การดูแลในเรื่องนี้ เพื่อการสร้างบรรยากาศในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกอบอุ่น สุขใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสามารถแสดงความต้องการทางจิตวิญญาณได้ ส่งเสริมการตายอย่างสงบลดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาอยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายมีการยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยม และอนุญาตให้ประกอบกิจกรรมตามความเชื่อและศาสนา

สรุป พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับครอบครัวและผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญและมีหน้าที่โดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวให้ผ่านภาวะทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่เกิดการตายดี นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลต้องถึงพร้อมด้วยทักษะ และสมรรถนะต่างๆ

ในการแสดงบทบาทของการเป็นผู้บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้การปรึกษา สมรรถนะด้านการประสานงานร่วมทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ สมรรถนะด้านการสอนและให้ความรู้ เป็นต้น เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพได้ สามารถจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมองค์รวมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สามารถจัดทีมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สามารถกำกับ นิเทศทางการพยาบาล รวมถึงสามารถจัดระบบเกื้อหนุนให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและมีระบบการติดตามประเมินบุคลากรที่ให้การพยาบาลด้วยความเคารพสิทธิและจริยธรรมวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้น หากพยาบาลที่มีหน้าที่บริหารจัดการการดูแลมีความรู้ทักษะ ความสามารถในการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเพียงพอ และถึงพร้อมด้วยสมรรถนะ รวมถึงมีความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถ่องแท้จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงได้รับการดูแลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### 3.3 การจัดระบบบริการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

ในสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา (วันเพ็ญ พิชิดพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2545) ทำให้การจัดการปัญหาสุขภาพหรือโรคแบบการดูแลต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นในระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับทิศทางของสุขภาพและนโยบายของประเทศ (พวงรัตน์ บุญญานรัตน์, 2545) ซึ่งการจัดระบบบริการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นความท้าทายในการจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนจุดศูนย์รวมจากตัวบุคคลไปสู่ประชากรและระบบให้มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนการจัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลด้วยเช่นกัน (พิไลพร สุขเจริญ, 2556)

#### 3.3.1 ประวัติความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองได้เริ่มต้นในต่างประเทศ โดยการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต มีพัฒนาการมากกว่า 40 ปี โดยเริ่มแนวคิดมาจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ ได้เริ่มมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในช่วงทศวรรษ 1960 ในประเทศที่พัฒนาแล้วในกลุ่มประเทศตะวันตก ได้แก่ ประเทศในยุโรป ออสเตรเลีย และแคนาดา ประเทศสหรัฐอเมริกา อีกทั้ง มีการให้คำนิยามและรูปแบบการจัดบริการที่มีความหลากหลาย ในทวีปยุโรป ประเทศอังกฤษ และเริ่มมีการบริการแบบ Hospice ในปี ค.ศ. 1967จาก

การที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นในการรักษาออกไป ส่วนคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” ได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1975 โดย Dr. Balfour Mount ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่นำรูปแบบบริการแบบประคับประคองมาใช้ ณ The Royal Victoria Hospital at McGill University in Montreal ประเทศแคนาดา โดย Dr. Balfour Mount ได้พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกวงจร อันประกอบไปด้วย หอผู้ป่วยในการบริการให้คำปรึกษา โปรแกรมการดูแลที่บ้าน การบริการที่ช่วยสนับสนุนต่อ การเสียชีวิต ภายใต้ชื่อการบริการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการบริการดูแลที่มุ่งเป้าไปที่การปรับปรุงคุณภาพของชีวิตไม่ใช่การรักษา (Palliative Care South Australia, 2016) จากนั้นมา ได้มีการเผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งในปี ค.ศ. 1986 โดยองค์การอนามัยโลก และในปี ค.ศ. 1988 ได้มีการประชุมนานาชาติที่ประเทศอิตาลี พร้อมทั้งมีการจัดตั้งสมาคมบริหารแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นในปี ค.ศ. 1999 และในปี ค.ศ. 2003 สหภาพยุโรปได้ให้การรับรองเอกสารการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิตและได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิกเกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในทวีปอเมริกาเหนือ ได้เริ่มจากการมุ่งให้การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. 1970 และบรรจุเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ Medicare สำหรับผู้ที่จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน โดยให้เป็นการดูแลทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาลแบบต่างๆ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) และจัดตั้ง The national Hospice Organization ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1979 โดยให้การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการควบคุมความเจ็บปวด และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายแก่ผู้ป่วย (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2547)

### 1) การดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ

1.1) Palliative Care Unit ที่โรงพยาบาลNorth General Hospital ของเมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร มีการประยุกต์แนวคิดขององค์การอนามัยเพื่อออกแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยความร่วมมือของกลุ่มการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองเมืองเซฟฟิลด์ (Sheffield Palliative Care Studies Group, SPCSG) โดยแบ่งการบริการดูแลออกเป็น 2 ระยะ ในระยะแรกมุ่งเน้นการรักษาโรคหลักที่จำกัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักตามความต้องการการรักษที่เหมาะสม ความต้องการการวางแผน ความต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ความต้องการข้อมูลข่าวสาร รวมถึงความต้องการการดูแลประคับประคองขณะที่เผชิญกับความตายและการสูญเสียของผู้ป่วย ส่วนในระยะที่สอง เป็นการรักษาหรือบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการรักษา (Curative) โดยทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการตั้งแต่เริ่มการคัดกรอง วินิจฉัย

รักษา จนกระทั่งการดูแลหลังการเสียชีวิต ด้วยการทำให้เหตุการณ์หรือให้ยาที่จะทำให้โอกาสรอดเพิ่มมากขึ้น เช่น การผ่าตัด ฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด และการประคับประคองชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (โกคินทร์ ศักรินทร์กุล, 2553)

1.2) Palliative Care Unit ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดาเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล ที่มีความสวยงามน่าอยู่ ไม่หดหู่แม้ว่าจะเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมี Dr. Sandy Buchman ประธานแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา เป็นหมอเวชศาสตร์ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบครัว รวมถึงปัญหาด้านจิตใจและสังคม ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการดูแลแบ่งได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสั้นที่มารับการควบคุมอาการชั่วคราว เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย หรือคลื่นไส้อาเจียน ก่อนจะกลับไปอยู่ที่บ้านอีกครั้ง และมีการแสดงเจตจำนงไว้ว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน กับอีกประเภท คือผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านจนกระทั่งอาการแย่ลง หรือญาติไม่สามารถจัดการดูแลอาการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านได้ จึงมารับการควบคุมอาการในระยะสุดท้ายผู้ป่วยระยะสั้นส่วนใหญ่ถูกจัดให้อยู่ห้องเดี่ยว ส่วนอีกลักษณะเป็นผู้ป่วยระยะยาว แบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย แต่มีความต้องการดูแลทางการแพทย์ และมักจะถูกจัดให้อยู่ห้องคู่ (ดาริน จตุรภัทรพร, 2553)

## 2) ประวัติความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยนั้น ได้ริเริ่มโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านขึ้นเป็นครั้งแรก พ. ศ. 2538 โดยนายแพทย์ สถาพร ลีลานันทกิจ จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อมาในปี พ. ศ. 2541 ได้เริ่มมีการดำเนินการจัดการบริการพยาบาลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนนโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับการบรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ. ศ. 2542 และในปี พ. ศ. 2552 ได้มีการก่อตั้งเครือข่าย การดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์ขึ้น จากนั้นในปี พ. ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ทุกสำนักงานเขตให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ เพื่อดำเนินโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ในปี 2553 ได้มีการก่อตั้งชมรมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทยเนื่องจากมีความตระหนักถึงความสำคัญของการขยายความร่วมมือให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลทุกระดับ บุคลากรสุขภาพทุกสาขาอาชีพ รวมถึงจิตอาสาและองค์กรภาคประชาชน และในปลายปี 2555 ได้เปลี่ยนจากชมรมจัดตั้งขึ้นเป็นสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์ต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เช่น ศูนย์บริการของโรงพยาบาลศิริราช หน่วยการอนุรักษ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น ศูนย์ชีวภิบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น และยังมีการจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในอีกหลาย โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งล้วนแล้วแต่มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายจากโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยการบริหารจัดการ ประสาน และพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (ศูนย์บริการฯ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553)

### 3.3.2 ความหมายของระบบบริการพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล ( 2544) ได้ให้ความหมายของ ระบบบริการพยาบาล คือ ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และเป็นระบบที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทำให้เกิดการค้นหาปัญหาของความต้องการการดูแล ร่วมกับการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้รับบริการ

พูลสุข หิงคานนท์ ( 2549) ให้ความหมายของระบบบริการพยาบาลว่า หมายถึง ระบบที่ทำหน้าที่เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าของระบบ คือ ทรัพยากรต่างๆ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ กระบวนการในการบริการ และผลลัพธ์ของการบริการ โดยมีบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ

สรุปร ระบบบริการพยาบาล หมายถึง ระบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่มุ่งให้การดูแลผู้ใช้บริการเฉพาะแต่ละกลุ่มให้มีสุขภาวะที่ดี โดยมีบุคลากรด้านการพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการ เพื่อให้เกิดการบริการด้านต่างๆ คือ บริการพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาวะ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามวัตถุประสงค์ของการให้บริการที่กำหนดไว้

### 3.3.3 หลักการจัดระบบบริการพยาบาล

ความหมายของหลักการจัดระบบบริการพยาบาล

พูลสุข หิงคานนท์ ( 2549) ได้ให้ความหมายของ หลักการจัดระบบบริการพยาบาล หมายถึง การจัดระบบที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ หรือระบบสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักการจัดระบบบริการพยาบาล ดังนี้

- 1) การให้บริการแบบองค์รวม ผู้บริหารหรือผู้ที่มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการพยาบาลจะต้องจัดการบริการเพื่อให้สามารถดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมคือ กาย จิต วิญญาณ และสังคม
- 2) การให้บริการแบบเสมอภาค คือ การจัดการบริการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึง

ความเสมอภาคของผู้รับบริการ ไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ และไม่เลือกปฏิบัติ

3) การให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ มีการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งการจัดระบบการดูแลแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

4) การให้บริการด้วยคุณภาพ คือ การจัดบริการด้วยคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเคร่งครัด และการจัดบริการต้องพิจารณาการจัดรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับสภาพผู้รับบริการ และสัดส่วนของอัตรากำลังทางการพยาบาล เพื่อให้มีคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

5) ประสิทธิภาพในการจัดบริการ คือ การจัดบริการในระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ จากการเสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ

6) การจัดบริการตามระดับความสามารถของหน่วยบริการ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพแบ่งเป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยทุกหน่วยงานควรมีการจัดระบบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ให้แก่ประชาชนในทุกภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทุกมิติ และต่อเนื่องตั้งแต่มีสุขภาพะดี สภาวะเสี่ยงเจ็บป่วย และวาระสุดท้ายของชีวิต

วันเพ็ญ ภิญโณภาสกุล ( 2549) ได้ให้ความหมายของ หลักการจัดระบบบริการพยาบาล หมายถึง หลักการจัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลตามแนวคิดระบบสุขภาพ

1) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังที่เน้นให้ผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ โดยการจัดโปรแกรมการสอน ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้รับบริการ ญาติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยให้การดูแลอาการทางร่างกาย ควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวมที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อการดูแลรักษาและสร้างสุขภาพอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

2) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลทั้งที่เป็นบริการภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้การบริการด้านการป้องกันและส่งเสริมการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดคลินิกส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทุกวัยได้อย่างเหมาะสม

3) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและสากลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (palliative and end of life care)

4) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความเสมอภาคในการดูแลตามหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจในหลักประกันสุขภาพ

5) จัดการดูแลสุขภาพในระบบบริการพยาบาลที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมุ่งเน้นคุณภาพการให้บริการแบบองค์รวม

สรุป การจักระบบบริการพยาบาล หมายถึง การจักระบบบริการของหน่วยงานในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่ใช้นโยบายสุขภาพของประเทศเป็นแนวทางหลักเพื่อความสอดคล้องของการจักระบบบริการ และจักระบบบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงควมมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค ระดับความสามารถของหน่วยงานในการจักระบบบริการด้านการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งขณะที่ผู้อยู่ในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายเกิดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสร้างสุขภาวะที่เป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

### 3.3.4 การจักระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิ

การจักระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นและสำคัญยิ่งในโรงพยาบาลตติยภูมิ เนื่องจากโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมารับการรักษาจำนวนมาก โดยผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวที่เข้ามารับการดูแลรักษามีความต้องการ และความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้านอย่างเป็นองค์รวม แต่ยังไม่พบว่ามึโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งใดในประเทศไทยที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทุกพยาธิสภาพของโรคและการเจ็บป่วย พบแค่สถานบริการสุขภาพที่มีการจักระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะเท่านั้น พิไลพร สุขเจริญ (2556) จึงได้ศึกษาถึงการจักระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การจักระบบบริการในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบไปด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) การจัดการสิ่งแวดล้อม ควรมีการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกสะดวกสบายสามารถพักผ่อนได้ เช่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ พร้อมทั้งให้อิสระในการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดต่อการดูแลรักษา มีการจัดมุมหรือห้องพักให้ครอบครัวและญาติได้ผ่อนคลายจากการดูแลผู้ป่วย และจัดระเบียบการเยี่ยมโดยให้ครอบครัวและญาติอยู่กับผู้ป่วยช่วงวาระสุดท้าย มีการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนและสงบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้กล่าวลาต่อกัน มีการจัดบริเวณห้อง/เตียง ของผู้ป่วยที่เอื้อสำหรับประกอบพิธีทางศาสนา และจัดหาหนังสือหรือสื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ

2) การจัดทีมสหวิชาชีพ โดยมีการจัดพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จากการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะ/ประสบการณ์

เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกของทีมผู้ดูแล

3) การเพิ่มสมรรถนะให้แก่บุคลากรและผู้บริบาล เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญในการบริหารจัดการดูแล เช่น การจัดประชุมทางวิชาการร่วมกับจัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง มีการติดตามประเมินความรู้ความสามารถ ประสิทธิภาพ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของบุคลากรและผู้บริบาลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกต่อกัน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับครอบครัวและญาติเพื่อใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม นับเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงและยึดเป็นหลักสำคัญในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีการกำหนดให้มีการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต และการประกอบพิธีกรรมในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต จัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย มีกำหนดมาตรฐานและสร้างแนวปฏิบัติในการดูแล โดยประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ ติดตามประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกระบวนการพยาบาล และประเมินการรับรู้ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย กำหนดระบบสนับสนุนและนิเทศกระบวนการพยาบาลสำหรับพยาบาลทุกระดับ และมีการจัดทำคู่มือการพยาบาลแบบประคับประคอง กำหนดให้ใช้เครื่องมือประเมินปัญหา/ความต้องการ และการรับรู้ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต กำหนดขอบเขตของกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

5) การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องเผชิญกับอาการปวดจากอาการแสดงของโรค โดยควรมีการกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ โดยวิธีการที่ไม่ใช่ยาร่วมกับการใช้ยา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งมีการบันทึกการให้ยาในแบบบันทึกทุกครั้ง



6) การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพต้องมีการบริหารจัดการโดยกำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่นในการประสานงาน เช่น จัดให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาทักษะการสื่อสารและจัดระบบการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือเสียชีวิต และการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ และวิธีการดูแลผู้ป่วย

7) การวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวมีความพร้อมในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และต้องบริหารจัดการดูแลต่าง ๆ เช่น การประเมินความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือกลับไปพักที่บ้าน และประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัว / เครือข่ายผู้ดูแล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/จิตอาสาติดตามประเมินอาการ ปัญหา/ความต้องการ ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน

8) การจัดการค่าใช้จ่าย เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การบริหารจัดการดูแลแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวเพื่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในการรักษา เช่น กำหนดข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สนับสนุนให้มีระบบการหมุนเวียนเครื่องมือทางการแพทย์ดูแลและให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน

9) การจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรม เป็นการจัดการที่สำคัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ดำเนินการและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับแผนการรักษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สึกตัว ส่งเสริมให้ครอบครัวนำหลักฐานการแสดงความต้องการสุดท้าย หรือหนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยมายื่นต่อบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีผู้ป่วยมีการเขียนหรือบอกกล่าวไว้ กำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมสหวิชาชีพใน

การเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจที่จะใส่/ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการตัดสินใจร่วมกันต่อการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

สรุป การจัดระบบบริการพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดำเนินการโดยใช้กระบวนการบริหารพยาบาลที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับร่วมกับการจัดระบบบริการด้านต่างๆ เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการค่าใช้จ่าย การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

#### 4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ในปัจจุบันการวิจัยเชิงคุณภาพได้รับการสนใจอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ เนื่องจากลักษณะของการทำงานในวิชาชีพพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการแก่ผู้รับบริการ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาบททวนตำรา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretative phenomenology) เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้น ในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาและเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนของการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และตีความเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาตอบคำถามการวิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแนวคิดพื้นฐานและกระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ และระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

##### 4.1 ความหมายของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

Heidegger ให้ความหมายของการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาที่ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ในหลาย ๆ ด้าน ด้วยการตีความจากภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่เป็นสากลที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้โดยไม่มีการทำลายหรือบิดเบือนความหมายเดิม (จอณณะจง เฟ็งจาด, 2548)

Streubert and and Carpenter (2011) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ ศาสตร์สาขาหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์เฉพาะหรือการปรากฏของเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการหาความหมาย การรับรู้แก่นสาระของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของบุคคลนั้น ๆ

Husserl กล่าวถึงการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการศึกษาถึงโครงสร้าง และความหลากหลายทางโครงสร้างของการรับรู้ ที่ปรากฏขึ้นจากบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ใดๆ ก็ตาม เพื่อมุ่งทำความเข้าใจในการตีความของประสบการณ์ที่บุคคลได้รับว่าบุคคลนั้น ๆ ทำให้โลกของตัวเองมีความหมายและสร้างโลกทัศน์มาได้อย่างไร (ชาย โปธิสิตา, 2554)

Holloway (1997 อ้างถึงใน ชาย โปธิสิตา, 2554) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ การวิจัยคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งศึกษาปรากฏการณ์และประสบการณ์ของมนุษย์โดยอาศัยแนวความคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการศึกษา

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2552) ได้กล่าวถึง ความหมายของการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาที่มุ่งเน้นให้ความหมายและทำความเข้าใจกับการเกิดปรากฏการณ์เฉพาะ เน้นการค้นหาการให้ความหมายของบุคคลจากสาระสำคัญหรือแก่น (essence) ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านปรัชญา สังคมวิทยา จิตวิทยา

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2555) ได้กล่าวถึง การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการแสวงหาความรู้เพื่อมุ่งทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์และข้อเท็จจริงทางสังคม โดยเป็นการแสวงหาความรู้ที่ให้ความสำคัญต่อความคิด ความรู้สึกและอิทธิพลทางสังคมวัฒนธรรมของสมาชิกในสังคมนั้นๆ ซึ่งเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงที่สุด ภายใต้ความเชื่อที่ว่าสังคมนั้นมีความเป็นพลวัต (dynamic) เนื่องจากมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามบริบท (context) ที่เห็นว่าเหมาะสมกับที่อาศัย ณ เวลานั้น ๆ

สรุปได้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีรากฐานมาจากสาขาปรัชญา ซึ่งเป็นการศึกษาอีกรูปแบบหนึ่งในการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในสังคม โดยมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และหาความหมายของประสบการณ์ชีวิตของบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาที่เป็นแก่นแท้ ผ่านการถ่ายทอดด้วยตัวบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์นั้นๆ

#### 4.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เป็นวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการค้นหาความจริงเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ของบุคคลที่ประสบมาผ่านการบอกเล่าเรื่องราวเหล่านั้นด้วยตนเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน ด้วยการรับรู้และการรู้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) จึงเป็นการศึกษาที่สนใจว่าบุคคลแต่ละคนผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างไร มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง และมีปรากฏการณ์อะไรที่เป็นโลกของความจริงของบุคคลนั้น

การศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยาได้เริ่มต้นขึ้นในราวๆช่วงต้นศตวรรษที่ 20 และแบ่งช่วงกระบวนการเกิดปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Cohen, 1987 incited in อารียวรรณ อ่วมตานี, 2553; Streubert and Carpenter , 2011 )

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่ได้รับอิทธิพลจาก Franze Brentano ในปี 1838-1917 และ Carl Stumpf ในปี 1848-1936 ถือเป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ที่เริ่มศึกษาเกี่ยวกับศาสตร์ของปรากฏการณ์ และให้ความหมายของแนวคิดนี้ โดยมีจุดเน้นเพื่อหาความหมาย และการตระหนักและทำความเข้าใจในบางสิ่ง ที่อธิบายว่ามนุษย์โลกมีความเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของคนเป็นอย่างไร

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่มีความเคลื่อนไหวในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในประเทศเยอรมัน โดยนักปรากฏการณ์วิทยาที่มีชื่อเสียงคือ Edmund Husserl และ Martin Heidegger โดย Husserl นั้นได้รับคำกล่าวขานนามว่าบิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ที่ให้ความสำคัญกับแก่นแท้ของความจริง (Essence of truth) โดย Husserl มีความเชื่อว่า ความเป็นจริงเนื่องจากจิตไม่ได้ทำอะไรต่อสิ่งที่ปรากฏต่อจิต นอกจากให้ความสนใจต่อสิ่งที่ปรากฏต่อมันเท่านั้น นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการบรรยายปรากฏการณ์ไว้ว่า จะต้อง “ใส่วางเล็บ” ให้กับความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้น หรือที่เรียกว่า การลดทอนปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological reduction) เพื่อได้ตรงเกี่ยวกับสิ่งที่ปรากฏอย่างที่มีมันเป็นอยู่ โดยไม่เอาความรู้สึกนึกคิดที่มีมาก่อนหน้านั้นมาตัดสินเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ส่วน Martin Heidegger ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของ Edmund Husserl เป็นผู้ที่มีชื่อเสียงอีกหนึ่งในระยะนี้ เนื่องจากเป็นผู้พัฒนาการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่อยู่ในปัจจุบัน โดย Heidegger มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความต่างจากสิ่งของ คือ มีเพียงมนุษย์เท่านั้นที่สามารถตั้งคำถามเกี่ยวกับ “การมีอยู่” ของเขาเอง และสนใจเกี่ยวกับ “ภาวะการมีอยู่” ในตัวของเขาเอง การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ของ Heidegger เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ ในที่ขณะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น โดยเน้นการหาความหมายโดยการ “มองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏ (appearance) ไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น” (ชาย โปธิสิตา, 2554)

ระยะที่ 3 French phase เป็นระยะที่มีความเคลื่อนไหวในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจากประเทศเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส โดยในช่วงนั้นมีนักปรากฏการณ์วิทยาที่มีชื่อเสียง คือ Gabriel Marcel ในช่วงปี ค.ศ. 1889-1973 Jean-Paul Sartre ในช่วงปี ค.ศ. 1905-1980 และ Maurice-Ponty ในช่วงปี ค.ศ. 1905-1980 ซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจาก Martin Heidegger โดยระยะนี้เป็นระยะที่มีการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริงว่า สิ่งนั้นคืออะไร เน้นการแสดงออกอย่างเป็นรูปธรรม (Embodiment) ละการดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือสภาวะการณ์หนึ่ง (Being-in the world) โดยมีความเชื่อว่า การกระทำทุกอย่างล้วนแล้วแต่สร้างจากการรับรู้การ

ตระหนักรู้ของบุคคล และบุคคลจะสามารถเข้าใจถึงประสบการณ์ได้ผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก นึกคิด การรับรส การได้ยิน และการมีสติสัมปชัญญะ

### 4.3 แนวคิดพื้นฐานและกระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่อธิบายถึงระเบียบวิธีทางปรากฏการณ์วิทยาเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าวิธีการทางปรัชญา เนื่องจากเป็นการค้นหา ความจริงจากการตัดสินใจของเรามากกว่าเป็นการสรุปจากประสบการณ์ของความจริงที่เปิดเผย โดยปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger เชื่อว่าการที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆและสามารถอธิบายหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้นั้น บุคคลต้องเข้าไปเรียนรู้มีประสบการณ์ทำความเข้าใจ และตีความโดยใช้ประสบการณ์หรือภูมิหลังของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย วัฒนธรรม ประสบการณ์ชีวิต และการใช้ภาษา ทั้งนี้ ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger ถือการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายการดำเนินชีวิตของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง (being) และทำให้ภาพของการดำเนินชีวิตนั้นปรากฏออกมา (จอห์นผะจงเพ็งจาด, 2548) นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับโครงสร้างการตีความของข้อคำถาม และวงเวียนแห่งการตีความ อีกทั้ง การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความยังเน้นการค้นหาความหมาย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลนั้น ๆ ที่เป็นผู้ประสบมาด้วยตนเองซึ่งผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจและตีความการให้ความหมายของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์นั้น ๆ รวมถึงบริบทและเบื้องหลังของประสบการณ์นั้น ๆ เนื่องจากภูมิหลังของบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ของบุคคล และการตีความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง ต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล และอาศัยการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับและเข้าใจมาก่อน ร่วมกับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อให้บุคคลได้เข้าใจบางสิ่งด้วยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์มาก่อน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

Heidegger มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา เพื่อให้ได้ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามการรับรู้ และการตีความของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผ่านการเรียนรู้ของบุคคลที่มีประสบการณ์ ทำความเข้าใจและตีความหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวิชาชีพเดียวกัน ทำให้มีประสบการณ์ที่มีความใกล้เคียงกันจากการทำงานในบริบทของผู้ให้การดูแล ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการค้นหาทฤษฎีของความจริงจากการตัดสินใจของผู้ที่ประสบมา มากกว่าเป็นการสรุปจากประสบการณ์ของความจริงที่เปิดเผย

#### 4.4 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

##### 4.4.1 ปรากฏการณ์และกลุ่มตัวอย่างที่เลือกนำมาศึกษา

การเลือกปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา มีข้อจำกัดในการเลือกน้อย สามารถเลือกอะไรก็ได้ที่เป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล อย่างไรก็ตามหากเลือกปรากฏการณ์ที่มีนัยในเชิงนโยบายก็จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้ แต่ทั้งนี้ปรากฏการณ์ที่ศึกษาต้องเหมาะสมกับปรัชญาที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาคือการค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบนั่นเอง (ชาย โพธิสิตา, 2554)

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีจุดสำคัญในการเลือก คือ ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์หรือได้ประสบเหตุการณ์ที่ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษา เพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมที่สุด ดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมาศึกษาควรเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์มากในเรื่องนั้นๆ อาจเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในระดับใกล้เคียง หรือแตกต่างกันก็ได้แต่ประเด็นปัญหาในการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยาที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ มากกว่าเน้นความหลากหลายและความเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และนอกจากนี้จำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลควรมีจำนวนมากพอที่จะสามารถสะท้อนคิดได้ตามรูปแบบที่หลากหลายของปรากฏการณ์ที่ศึกษา แต่ไม่ควรมีจำนวนมากเกินไปเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาข้อมูลในเชิงลึกได้โดยไม่ลำบาก (ชาย โพธิสิตา, 2554)

สรุป การเลือกปรากฏการณ์ที่ศึกษาและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมาศึกษานั้น แม้ว่าจะไม่มีข้อจำกัดในการเลือกปรากฏการณ์ที่ศึกษาในการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแต่เพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติผู้วิจัยควรเลือกปรากฏการณ์ที่มีนัยในเชิงนโยบาย ส่วนการเลือกผู้ให้ข้อมูลควรเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากในเรื่องนั้น ๆ และสามารถสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้ประสบมาเพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษามากที่สุด

##### 4.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสถานที่ที่ศึกษา นักวิจัยจึงต้องทำตัวให้กลมกลืนกับบริบทและมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้คนในสนามที่ศึกษา โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการหลักอยู่ 4 วิธี คือ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการทำให้ผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือ ดังนั้น นักวิจัยเชิงคุณภาพควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเข้าถึงการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากในงานวิจัยเชิงคุณภาพต้องใช้เวลาในการเข้าถึงในงานคุณภาพการเตรียมตัวที่ดีและมีความพร้อมในการเข้าสู่สนามของนักวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (ชาย โพธิสิตา, 2554; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552;

ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555)

**1) การสัมภาษณ์** เป็นวิธีการหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีการใช้มาก และถือเป็นวิธีการหลักในการศึกษาวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่นักวิจัยจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ที่มีเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้สัมภาษณ์ซึ่งลักษณะการสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะมีลักษณะยืดหยุ่นเปิดกว้าง (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

**1.1) การสัมภาษณ์เชิงลึก** เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) ที่ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามแบบกว้าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นด้วยการถาม 2-3 คำถามเพื่อดูแนวโน้มของคำตอบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (Informant) เน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และข้อคำถามอื่น ๆ จะเกิดในช่วงของการสัมภาษณ์และกระทำไปพร้อม ๆ กันกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ฉะนั้นในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องมีสติตลอดเวลาว่าจะถามอะไร ต้องมีเทคนิคในการซักถามเพื่อขยายให้ชัดในประเด็นต่างๆ และสามารถสรุปรวมความเมื่อมีการให้ข้อมูลที่กว้างเกินไป (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) นอกจากนี้ Morse and Field (1995) incited in อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ได้นำเสนอเทคนิคในการสัมภาษณ์เชิงลึกไว้ เช่น การปล่อยให้การสนทนาไหลไปอย่างธรรมชาติ การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าเรื่อง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ได้ตรงประเด็นและมีความละเอียดครบถ้วน

**2) การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide)** (ชาย โปธิสิตา, 2554; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2552; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) มีดังนี้

2.1) การสร้างลำดับหัวข้อ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ไปได้อย่างมีเหตุมีผล แต่ทั้งนี้ระหว่างการสัมภาษณ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงลำดับของข้อคำถามขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในช่วงสนทนา ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการเตรียมความพร้อมอยู่ตลอดเวลา

2.2) สร้างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์หรือหัวข้อต่างๆ ให้มีลักษณะของคำถามที่สามารถช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามของผู้วิจัยได้สมบูรณ์มากขึ้น

**3) การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์** ผู้วิจัยต้องแน่ใจว่ามีความคุ้นเคยกับสภาวะแวดล้อมเป็นอย่างดีกับที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล หรือมีความผูกพันอยู่กับพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสนใจ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดถึง มีการเตรียมเครื่องบันทึกเสียงที่มีคุณภาพ เพื่อความสะดวกในการถอดเทป สถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล มีความสงบเหมาะแก่การสนทนา รวมถึงผู้วิจัยต้องเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยเองสำหรับการสัมภาษณ์ ในเรื่องของความรู้ (knowledgeable) มีการวางเค้าโครงและการสร้างจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ (structuring)

#### 4) แนวทางปฏิบัติในการสัมภาษณ์

4.1) เน้นการศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตจริง โดยหัวข้อที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ คือ เรื่องราวในชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และความสัมพันธ์เกี่ยวกับโลกรอบตัวของผู้ให้ข้อมูลที่มุ่งทำความเข้าใจข้อเท็จจริงและความหมายในทัศนะของผู้ให้ข้อมูลทั้งจากคำพูด สีหน้า อารมณ์ ความรู้สึก ท่าทาง น้ำเสียง

4.2) มุ่งหาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมุ่งหาข้อมูลที่แสดงออกมาจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล เน้นคำตอบที่เป็นการบรรยายเล่าเรื่องมากกว่าการถามเพื่อหาเหตุผลหรือคำอธิบาย

4.3) มีจุดเน้นและประเด็นในการสัมภาษณ์ที่ชัดเจน โดยมีการหาความรู้ที่เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น และเจาะจงทัศนะของผู้ตอบเป็นหลักไม่ใช่ของคนทั่วไป และมีการเปิดกว้างของข้อมูลที่เป็นไปได้ในทุกรูปแบบ ไม่มีการสร้างกรอบของคำตอบและกรอบของการตีความไว้ล่วงหน้า

4.4) ทำความเข้าใจในประเด็นที่ไม่มี ความกระจ่างในทันที เมื่อไม่เข้าใจในคำตอบของผู้ให้ข้อมูล

4.5) จับตาความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์

4.6) ทำการบ้านก่อนการสัมภาษณ์มาเป็นอย่างดี การมีความรู้พื้นฐานในเรื่องที่สัมภาษณ์ รวมถึงการเตรียมตัว ด้วยการหาข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษามาเป็นอย่างดี จะส่งผลให้ข้อมูลที่ได้รับความสมบูรณ์และมีความลุ่มลึก

4.7) สร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ให้สัมภาษณ์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพที่ผู้สัมภาษณ์ต้องตระหนักและให้ความสำคัญรวมถึงสร้างความประทับใจแก่ผู้ให้สัมภาษณ์เพราะการสัมภาษณ์ที่ดีต้องทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความประทับใจ

**5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์** หลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสร็จทุกครั้ง นอกจากผู้วิจัยต้องแสดงความขอบคุณแล้ว ผู้วิจัยต้องขออนุญาตเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมหากข้อมูลที่ยังไม่เพียงพอ และหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นผู้วิจัยควรมีการจดบันทึกรายละเอียดในการสัมภาษณ์ว่า การสัมภาษณ์เป็นอย่างไร พร้อมทั้งบันทึกสถานที่สัมภาษณ์ รวมถึงความรู้สึกในการสัมภาษณ์ บรรยากาศ สถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นอย่างไร ร่วมกับวิเคราะห์เนื้อหาในการสัมภาษณ์ รวมถึงการถอดคำสัมภาษณ์หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง เพื่อจะได้ทบทวนการสัมภาษณ์ว่ามีข้อมูลใดที่เนื้อหายังไม่ครบถ้วน

สรุป การรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมตรงประเด็นที่ศึกษาจะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับจากผู้อ่าน ทั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพจะสมบูรณ์ได้นั้นตัวผู้วิจัย ซึ่งถือว่าเป็น



เป็นเครื่องมือที่สำคัญต้องมีความพร้อมในการเตรียมตัวเพื่อลงสนามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ในประเด็นที่ศึกษา การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ การเรียนรู้เทคนิคในการสัมภาษณ์ และกระบวนการต่างๆ ในการสัมภาษณ์ รวมถึงการจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหา การสัมภาษณ์จากการถอดเทปคำต่อคำในแต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญทั้งสิ้นในกระบวนการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญ

#### 4.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการศึกษาคำอธิบายแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความตามแนวคิดของ Heidegger ที่มุ่งเน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ดำเนินอยู่ในโลก หรือสภาวะการณ์หนึ่ง โดยการที่บุคคลเกิดประสบการณ์และให้ความหมายประสบการณ์นั้นได้ ต้องอาศัยการผสมผสานระหว่างประสบการณ์เดิมของบุคคลกับประสบการณ์ใหม่ในการทำความเข้าใจและการให้ความหมาย ด้วยการอาศัยประสบการณ์เดิม วัฒนธรรม หรือภูมิหลังเพื่อค้นหาความหมายของการมีชีวิตอยู่ หรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร และเลือกการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาตามขั้นตอนของ Van Manen (1990) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ตั้งคำถามเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและพัฒนาข้อสมมติและทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นั้น
2. ทำการแยกประเด็นข้อมูลโดยอาศัยประสบการณ์ของบุคคล แหล่งข้อมูล และจาก การทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และวรรณกรรมต่างๆ เพื่อช่วยในการหาแก่นหรือสาระสำคัญของข้อมูล (essence)
3. กำหนดหมวดหมู่ของข้อมูลและทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อสะท้อนปรากฏการณ์
4. ทำการเขียนข้อสรุป พร้อมยกตัวอย่างประกอบ
5. การนำเสนอข้อมูล โดยยึดหลักการนำเสนอประสบการณ์ที่มาจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหรือที่เรียกว่าคนใน ที่มีความชัดเจนและเป็นไปตามการตีความและการให้ความหมายตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (คนใน)
6. ทำการเสนอประเด็นหลักและประเด็นรองโดยยึดหลักความสมดุล และแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ทั้งหมดของการเกิดปรากฏการณ์นั้นๆ

#### 4.4.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากในวิธีการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีเพียงพอ มี

ความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อมูล อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ตรงกับประเด็นกับที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและตรงกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ถ่ายทอดมา และได้รับการยอมรับจากผู้อ่านว่าผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของ Lincoln and Guba (1985) และ Guba and Lincoln (1989) (incited in อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553: 96-99) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูล ว่าผู้วิจัยสามารถแสดงให้เห็นการได้มาของข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีความถูกต้องตรงกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking)

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ในเชิงวิจัยคุณภาพ ความสามารถในการถ่ายโอน คือการที่ผู้วิจัยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจในเรื่องราวและมองเห็นถึงภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนกับที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นเกณฑ์ที่ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ งานวิจัยนั้นถือว่าผ่านเกณฑ์ความสามารถในการพึ่งพา โดยมีวิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพาหลายวิธี เช่น การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำงานร่วมกันเป็นทีม การใช้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการยืนยันผลที่เกิดจากการให้ข้อมูล ทั้งนี้ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้เมื่อผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอนและความสามารถในการพึ่งพา โดยเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลดิบ การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาของข้อสรุป การตรวจสอบกระบวนการวิจัย การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัย และความคาดหวังที่จะได้จากการศึกษา การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยตัวผู้วิจัยต้องมีการเก็บข้อมูลทุกส่วนไว้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้

สรุป ได้ว่าระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาปรากฏการณ์เชิงตีความ มีเครื่องมือสำคัญคือตัวผู้วิจัยที่เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญในทุกกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การตั้งคำถาม ที่ต้องเป็นคำถามที่สามารถถามให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ชัดเจนและได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น โดยขั้นตอนสำคัญในกระบวนการวิจัยคือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้การสัมภาษณ์เชิง



ผู้ดูแล และ 4) การศึกษาด้านอื่นๆ จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนในงานวิจัยคุณภาพ พบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งประกอบไปด้วยการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเกี่ยวกับประเด็นด้านความขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 2 เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 2 เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 1 เรื่อง อีก 2 เรื่องเป็นการศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความตายและการยอมรับของพยาบาลต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ และการศึกษามุมมองการตายดีของผู้สูงอายุไทยพุทธ ส่วนอีก 1 เรื่องเป็นการศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีตัวอย่างของการศึกษา ดังต่อไปนี้

#### งานวิจัยเชิงปริมาณ

ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ศึกษาเชิงปริมาณแบบพรรณนา (descriptive study) เรื่อง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 14 ราย หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 10 ราย และหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 6 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย คือ 2.11 โดยการปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายเป็นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก ค่าเฉลี่ย คือ 2.13 การปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจ เป็นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก ค่าเฉลี่ย คือ 2.02 และการปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก ค่าเฉลี่ย คือ 2.22 ส่วนการปฏิบัติการดูแลด้านสังคมการปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย คือ 1.99 แต่เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้านสังคมตามรายด้านพบว่า การหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนี้นาน ๆ ครั้งคิดเป็นร้อยละ 53.33 และไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยร้อยละ 6.67 การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วยพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนาน ๆ ครั้งคิดเป็นร้อยละ 40 การหาวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ยังค้างคาในใจให้สำเร็จลุล่วงภายใต้ขอบเขตของความเป็นจริง

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนานๆ ครั้งคิดเป็นร้อยละ 36.67 และไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยร้อยละ 10 นอกจากนี้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพด้านจิตใจพบว่าการเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนี้นานๆ ครั้งถึงร้อยละ 50 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพด้านร่างกาย พบว่าพยาบาลมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวโดยปฏิบัตินานๆ ครั้งถึงร้อยละ 33.33

### งานวิจัยเชิงคุณภาพ

นวรรตน์ มีถาวร (2552) ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายความ (Qualitative descriptive) เรื่อง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระยะสุดท้าย 5 ปีขึ้นไป ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีผลงานหรือโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน และใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบของ Colaizzi (1978) จากผู้ให้ข้อมูล 14 คน ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนของการให้ความหมาย หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ 1) การให้การดูแลตามความต้องการของญาติ 2) การให้การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ 3) การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดจากภาวะคุกคามจากอาการแสดงของโรค และในส่วนของประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบ่งได้ 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นที่ 1 ระยะเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระยะสุดท้าย โดยเริ่มจากนโยบายของโรงพยาบาลและมีความขัดแย้ง และเริ่มจากจิตสำนึกส่วนตัว ที่อยากช่วยให้ผู้ตายอย่างสงบ ประเด็นที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือการดูแลด้วยความเข้าใจและการดูแลด้วยความเอาใจใส่ เช่น การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร การปรับปรุงการบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ประเด็นที่ 3 ผลของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ผลต่อผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว กล่าวคือ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญภาวะคุกคามได้ดีตามความเหมาะสม ผู้ป่วยเกิดการตายดีตายสงบ ครอบครัวลดความโศกเศร้า และผลของการพัฒนาต่อบุคลากร คือ บุคลากรมีความสุขใจ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังส่งผลให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการปรับระบบงานให้ดีขึ้น และมีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้

อรพรรณ ไชยเพชร (2551) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในไอซียูอย่างน้อย 2 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างน้อย 3 ราย ซึ่งพยาบาลผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในไอซียูขนาด 10 เตียงของ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มาเนน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไอซียูอธิบายลักษณะของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในไอซียูใน 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงทางกายไปในทางที่เลวลง พยาบาลไอซียูได้ให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไว้ 4 ลักษณะ คือ การทำสิ่งที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยแทนญาติถือว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า การดูแลผู้ป่วยด้วยใจ ที่มีพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาสงสาร ทำให้เกิดการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีความยากและความท้าทายบทบาทของพยาบาล จึงจำเป็นต้องใช้เวลาและความสามารถในการดูแล พยาบาลไอซียูพยายามให้การดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมแต่ไม่มีความชัดเจนในการรับรู้ของผู้ป่วยใกล้ตาย นอกจากนี้ พยาบาลไอซียูได้อธิบายถึงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจในการตอบสนองทางใจ และเมื่อไม่สามารถทำตามความต้องการได้จะรู้สึกอึดอัด ขัดแย้ง โดยเฉพาะกรณีที่พยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองแต่แพทย์กลับให้การรักษาอย่างเต็มที่ มีความลำบากใจเมื่อต้องบอกความจริงกับญาติ เนื่องจากญาติไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายจากแพทย์มาก่อน กอดัน เครียด ที่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกร่วมกับญาติได้ สงสาร หดหู่ เมื่อพยาบาลเห็นว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในวัยอันควรที่จะเสียชีวิต และเห็นญาติเสียใจเศร้าโศกจากการสูญเสียผู้ป่วย เมื่อมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบทำให้รู้สึกดี และอึ้งใจ อีกทั้ง พยาบาลไอซียูมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตใน 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมและตามมาตรฐานในที่นี้ คือ การลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติเมื่อใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในไอซียู การตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย 2) การดูแลญาติอย่างบุคคลสำคัญที่สุดของผู้ป่วย กล่าวคือ ดูแลให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติได้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อและได้อยู่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย เตรียมความพร้อมญาติในการนำผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินการรับรู้ของญาติ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติเข้าใจ พร้อมทั้งประคับประคองจิตใจด้วยการรับฟังอย่างเข้าใจ และพยายามช่วยให้ญาติเข้าใจยอมรับการสูญเสีย 3) การดูแลจิตใจตนเองของพยาบาลให้พร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเกิดความรู้สึกด้านลบจากการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลดูแลภาวะจิตใจด้วยการปรับความคิดว่าทำได้ที่ดีที่สุดแล้วทำให้รู้สึกดีขึ้น ทำบุญให้ผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความรู้สึกเศร้าเสียใจ ทำตามความเชื่อแล้วสบายใจ การร้องไห้ระบายความรู้สึกเมื่ออยู่คนเดียวทำให้ความเครียดลดลง ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานที่มากขึ้นทำให้พยาบาลสามารถเรียนรู้บทบาทและมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการตายอย่างสงบมากขึ้น พยาบาลที่มีเชื่อเกี่ยวกับความตายและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย ทำให้สามารถตัดสินใจในการดูแลและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ลดการหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายได้ ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญในการส่งเสริมให้พยาบาลไอซียูดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ แต่พบว่าพยาบาลยังขาดทักษะในการสื่อสารกับญาติในภาวะที่โศกเศร้า นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยด้วยใจช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น แพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญในการดูแลด้านร่างกายมากกว่าการดูแลด้านจิตสังคม และมีการมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสมมีการเปลี่ยนทีมบ่อยครั้ง ทำให้พยาบาลไม่รู้จักผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลและไม่สามารถประเมินความต้องการการดูแลได้เหมาะสม โดยเฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย ภาระงานที่มากทำให้พยาบาลไอซียูไม่สามารถบริหารเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะด้านจิตใจที่ต้องอาศัยเวลาและความต่อเนื่องในการดูแลการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่ดี รวมถึงการให้ข้อมูลการรักษาไปในแนวทางเดียวกันจะทำให้ญาติเข้าใจและยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสุดท้ายการมีนโยบายและการจัดการที่ดีจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตทำได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุภัทรา ชูช่อ (2554) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 12 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างน้อย 3 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มาเนน ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญกล่าวคือ พยาบาลให้ความหมายของการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า เป็นการดูแลเหมือนกับดูแลญาติ การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก และการดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่วนในด้านของความรู้สึกพบว่าพยาบาลสบายใจที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์ รู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยได้อยู่กับคนรักในระยะสุดท้ายของชีวิต ภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด และไม่เครียดหากญาติยอมรับความสูญเสียได้ และในทางตรงกันข้ามพยาบาลรู้สึกเสียใจที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อของผู้ป่วยได้ ชัดใจ ไม่แน่ใจในการดูแลเนื่องมาจากความแตกต่างด้านคุณค่าและความเชื่อของแพทย์และญาติเมื่อต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และรู้สึกชินเพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา ส่วนอุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้ายพบว่า พยาบาล

ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด มีข้อจำกัดของระบบงาน เช่น ภาระงานมาก การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ไม่มีการสนับสนุนด้านความเชื่อทางศาสนาอิสลาม นอกจากนี้พยาบาลต้องการการสนับสนุนในเรื่องของการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ แนวทางในการประเมินผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้าย การจัดระบบงานที่เหมาะสม การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม และการกำหนดแนวทางปฏิบัติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมอย่างเป็นองค์รวม

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยในต่างประเทศที่ผู้วิจัยได้ทบทวนพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นจำนวนมาก ทั้งงานเชิงวิจัยคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน หน่วยพยาบาลมะเร็งและหน่วยพยาบาลวิกฤต ในแง่มุมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ส่วนการศึกษาเชิงปริมาณเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป และความรู้ด้านกฎหมาย ทศนคติและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีตัวอย่างของการศึกษา ดังต่อไปนี้

Arbour and Wiegand (2014) ศึกษาการวิจัยคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายถึงบทบาทของพยาบาลจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายและครอบครัว จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลหน่วยฉุกเฉินจำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบ 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) บทบาทของการให้ความรู้แก่ครอบครัว 2) บทบาทของการส่งเสริมและสนับสนุนการแสดงออกในครอบครัว 3) บทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่ได้พยาบาลได้อธิบายไว้ว่า คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำเอกสารในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นไปตามความปรารถนา และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับเกียรติตามความประสงค์ รวมถึงการช่วยให้ครอบครัวปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การฟังอย่างจริงจัง การฟังอย่างเข้าใจว่าความต้องการของผู้ป่วยคืออะไร และช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม การถนอมการรักษาที่มุงยื้อชีวิตและเริ่มการรักษาแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นกลไกในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับความตายที่กำลังจะมาถึงได้ 4) บทบาทของการปกป้องครอบครัวและสร้างความทรงจำในเชิงบวก 5) บทบาทของการจัดการอาการแสดงต่าง ๆ 6) บทบาทในการสนับสนุนครอบครัว ที่เป็นรูปแบบของการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวในระหว่างการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ความมั่นใจ การได้รับการยอมรับและให้กำลังใจ และ 7) บทบาทของการเป็นที่เลี้ยงและการสอนพยาบาลจบใหม่



Wu and Volker (2009) ศึกษาการวิจัยคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายการมีชีวิตอยู่กับความตายและผู้ป่วยที่กำลังจะตายจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไต้หวัน ผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การจัดการในทุกวันทำงาน หมายถึงบทบาทของพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวันในหน่วยการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การให้การดูแลแบบองค์รวม การดูแลที่เต็มไปด้วยความหมาย ตลอดจนสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด 2) การเผชิญหน้าและการจัดการกับความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และ 3) การจัดการกระบวนการที่กำลังจะตาย ประเด็นที่ 2 การใช้ชีวิตท่ามกลางความท้าทาย หมายถึงวิถีทางที่พยาบาลใช้จัดการความเครียด ความยาก และความท้าทายในงาน ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มีความซับซ้อนที่ห้อมล้อมไปด้วยผู้ป่วยที่กำลังจะตายและครอบครัว ผลกระทบทางอารมณ์ ความเชื่อทางด้านลบเกี่ยวกับสถานการณ์ดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตและภาระงาน ซึ่งพยาบาลแสดงความปรารถนาที่จะให้มีคุณภาพการดูแลที่สูงขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่กำลังจะตายได้รับความสุขสบาย ตายอย่างสงบ และเมื่อเป้าหมายของการดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง พยาบาลรู้สึกเครียดและเสียใจ แต่พยาบาลได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่让自己ยอมแพ้ต่อความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลด้วยการให้ความสำคัญในการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวและเพื่อน และการสนับสนุนจากทีมการดูแล ประเด็นที่ 3 การเก็บเกี่ยวผลรางวัล ซึ่งพยาบาลได้อธิบายว่าเป็นผลจากการได้รับการตอบรับเชิงบวกจากการตายของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้สึกมีความสุขและมีพลังและรู้สึกถึงคุณค่าในงานที่ทำ

Wolf et al. (2015) ศึกษาการวิจัยแบบผสม (mixed-methods design) เรื่อง การสำรวจการจัดการการตายต่อการรับรู้ของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินในเรื่องความท้าทายและการเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยฉุกเฉิน ใช้การเก็บรวบรวมด้วยการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม The Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) สอบถามพยาบาลที่สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้จากสมาคมพยาบาลฉุกเฉินจำนวน 1,879 คน ผ่านทางออนไลน์ และใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) จากผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลที่ใช้ภาษาอังกฤษได้มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า และปฏิบัติงานอยู่หน่วยฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าจากการใช้แบบสอบถามสำรวจข้อมูลผ่านทางออนไลน์พบว่า พยาบาลหน่วยฉุกเฉินที่ผ่านหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรงคิดเป็นร้อยละ 36 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจากการอบรมหลักสูตรอื่นร้อยละ 52.2 และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมาก่อนเลยร้อยละ 11.8 นอกจากนี้พบว่าพยาบาลหน่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตถึงร้อยละ 96.4 ไม่มีประสบการณ์ร้อยละ 3.6 และจากการสำรวจข้อมูลพบว่า ทศนคติและความเชื่อที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ครอบครัวและคนที่พวกเขารัก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนผลการศึกษาจาก

การสนทนากลุ่มของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินจำนวน 17 คน พบประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นด้านความรู้ และทักษะ กล่าวคือ พยาบาลหน่วยฉุกเฉินมีความสะดวกและมั่นใจในเทคนิคที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ทั้งนี้พยาบาลหน่วยฉุกเฉินตระหนักได้ว่ายังขาดการเรียนรู้และมีความแตกต่างในการนำทักษะ เทคนิค มาประยุกต์ใช้เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของชีวิต โดยความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญที่ต้องได้รับเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุม ซึ่งพบว่าพยาบาลทำหน้าที่และแสดงความสามารถในการจัดการจากประสบการณ์ทั้งหมดในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษา กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมสนทนาเห็นควรว่า ควรมีการบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล เช่นเดียวกับความจำเป็นที่ต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตและการดูแลผู้ป่วย ประเด็นด้านทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมมีความตระหนักถึงมุมมองทางวัฒนธรรมทางการแพทย์ และทัศนคติทางสังคม ความเชื่อ รวมถึงดุลยพินิจส่วนบุคคลเกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย ซึ่งส่งผลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยการดูแลฉุกเฉิน นอกจากนี้หน่วยดูแลฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่ไม่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และพบว่าทรัพยากรเป็นปัญหาของระบบงานของหน่วยดูแลฉุกเฉิน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยเวลา พื้นที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งพยาบาลหน่วยฉุกเฉินมีความปรารถนาที่จะให้การดูแลด้วยการให้เกียรติผู้ป่วยและครอบครัว แต่พบว่าเมื่อต้องเผชิญอยู่กับความตาย เกิดความไม่พอใจเกี่ยวเนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูล เกิดความสับสนในคำสั่งการรักษา และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต ซึ่งจากผลการศึกษาทั้งหมดเป็นที่น่าสังเกตได้ว่ามีความไม่สอดคล้องกันระหว่างธรรมชาติของการดูแลผู้ป่วยในหน่วยดูแลฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

Kisorio and Langley (2016) ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์ของพยาบาลหน่วยวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้เข้าร่วมเป็นพยาบาลที่ทำงานในหน่วยวิกฤตจำนวน 24 คนจาก 3 หน่วยงาน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเมืองโจฮันเนสเบิร์กและพริทอเรียในประเทศแอฟริกาใต้ โดยการทำการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ คือ เป็นประสบการณ์ที่ยากสำหรับพยาบาล โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่าเป็นรูปแบบของการดูแลที่มีความท้าทายและมีกระบวนการที่ยากในการดูแล ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายได้รับการพิจารณาจากความปวด การสัมผัส การกระทบกระเทือนด้านจิตใจ

ความสะเทือนใจ ความหดหู่ การระบายความรู้สึก การรบกวนและความเครียด และจะเกิดความรู้สึก กระทบทกระเทือนใจมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอายุน้อยหรือมีความผูกพันกับพยาบาล ประเด็นของการอภิปรายและการตัดสินใจ กล่าวคือ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะเป็นหน้าที่ของแพทย์ ส่วนพยาบาลจะให้มุมมองและการสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยในกรณีที่จำเป็น พยาบาลรู้สึกว่ นอกเหนือจากการเสริมสร้างการทำงานเป็นทีม การที่ต้องใช้เวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเชื่อว่าพวกเขาควรจะมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความหวังใจที่เพิ่มขึ้นและเรียกร้องให้ผู้ป่วยในกรณีที่จำเป็น การสนับสนุนผู้ป่วยมีความหมายถึงการดูแลเพื่อส่งเสริมความสะดวสบายในขณะที่ผู้ป่วยเข้าใกล้ความตาย ถึงแม้ว่าพวกเขาทั้งหมดเชื่อว่าการสนับสนุนทางจิตวิญญาณและศาสนาเป็นสิ่งที่จำเป็น ส่วนประเด็นด้านการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนับเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ พยาบาลหน่วยวิกฤตต้องการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยให้มากกว่านี้ แต่ไม่สามารถทำได้เต็มที่เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ และมีความเห็นว่าต้องการผู้ดูแลเฉพาะที่สามารถให้การดูแลสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องการสนับสนุนเนื่องจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวเป็นสิ่งที่ยากและท้าทาย ซึ่งความท้าทายเหล่านี้อาจจะลดลงถ้าได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ ระหว่างขั้นตอนการดูแลและหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลต้องการที่ปรึกษา ต้องการพูดคุยกับใครสักคน พยาบาลต้องทำตัวคุ้นเคยกับสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่มีสิ่งใดมาช่วย นอกจากนี้พยาบาลแนะนำให้มีการฝึกอบรมเพราะไม่เพียงแต่เป็นการสนับสนุนที่จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับความท้าทายในกระบวนการดูแลได้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจบใหม่ที่พบว่ากระบวนการดูแลทั้งหมดก่อให้เกิดความเครียด

Valiee et al. (2012) ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยงานผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในประเทศอิหร่าน ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก จากจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาผลการศึกษาพบว่า มี 2 ประเด็นสำคัญ คือ พยาบาลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาระทางอารมณ์ที่เกิดจากความกดดันด้านจิตใจในการให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จากการเผชิญกับภาวะวิตกกังวล ความโศกเศร้าเสียใจของครอบครัว และการปฏิเสธการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับสถานะอาการของผู้ป่วย ผลกระทบจากเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะรู้สึกสะเทือนใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่อายุมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย พยาบาลรู้สึกมีความยากลำบากในการบอกความจริงเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยรายที่ยังรู้สึกตัว และพยาบาลจะรู้สึกว่มีความอ่อนแอทางอารมณ์เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเวลานาน และประเด็นเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อที่พบว่า พยาบาลรู้สึกว่สิ่งสำคัญที่สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ คุณธรรมและจริยธรรม

McCourt et al. (2013) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยการดูแลฉุกเฉิน โดยการทบทวนวรรณกรรมจากผลการวิจัย 10 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 1 เรื่อง วิจัยเชิงคุณภาพ 8 เรื่อง และการวิจัยแบบผสม 1 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาพบว่ามีประเด็น คือ พยาบาลมีการศึกษาและความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในวัฒนธรรมของหน่วยการดูแล ไม่มีห้องแยกที่เป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้รู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตร่วมกับการดูแลผู้ป่วยทั่วไปในหน่วยงาน และในส่วนของประเด็นการสื่อสาร จากการวิจัย 9 เรื่องพบว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การจัดการอาการแสดงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุดจากรายงานการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่กำลังจะตายได้รับการดูแลในเรื่องการจัดการความปวดไม่เพียงพอ และประเด็นด้านบุคลิกภาพของพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลรู้สึกถึงประสิทธิภาพในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยดูแลฉุกเฉินไม่เพียงพอเกิดความเครียดและความเมื่อยล้าจากการจัดการที่เคร่งเครียดในผู้ป่วยที่กำลังจะตาย การสนับสนุนที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการให้การดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพจากผู้จัดการหอผู้ป่วย รวมถึงในระดับองค์กรและโครงสร้างในการดูแลสุขภาพ พยาบาลรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากผู้อื่นได้ ความตึงเครียดหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างคุณภาพของการดูแลที่พวกเขาู้ที่ควรจะได้รับกับการส่งมอบกับสิ่งที่พวกเขาสามารถส่งมอบได้จริงในทางปฏิบัติ และเมื่อพยาบาลต้องจัดการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายพบว่าเกิดความรู้สึกไร้ความสามารถและความอ่อนแอซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

Lange et al. (2008) ศึกษาการวิจัยเชิงปริมาณแบบบรรยายความ เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายในศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก ที่เป็นพยาบาลหน่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 355 คน โดยใช้แบบสอบถาม The Frommelt Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD) Scale, Form B (Frommelt, 1991) และ The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) (Wong, Reker, & Gesser, 1994) ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีทัศนคติด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายมากกว่าพยาบาลในช่วงอายุ 20-29 ปี และพยาบาลในช่วงอายุ 40-49 ปีมีทัศนคติด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายมากกว่าพยาบาลในช่วงอายุ 20-29 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .012 และ .007 ตามลำดับ และพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 11 ปีมีทัศนคติด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายมากกว่าพยาบาลที่อายุน้อย ส่วนพยาบาลที่ไม่ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายมีทัศนคติเชิงลบ

ต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเนื่องจากรู้สึกกลัวเกี่ยวกับความตายและคิดที่จะหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับความตายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ในส่วนของต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทต่างๆ ส่วนในการวิจัยเชิงปริมาณที่ปรากฏเป็นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังประสบกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่ในหลายประเด็น เช่น พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลมีประสบการณ์และเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตส่งผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของพยาบาลเกิดความเครียด ความยุ่งยากใจในการดูแล การจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่เหมาะสมมีระบบการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เหล่านี้เป็นต้น ส่วนในประเทศไทย จากงานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณในประเทศไทยที่ได้ทบทวนมาทั้งหมด ผู้วิจัยพบประเด็นปัญหาสำคัญจากผลการศึกษาเฉพาะที่เกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้และทักษะ รวมถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่เพียงพอ พยาบาลมีความรู้สึกกดดัน เครียด จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และพบว่า ภาระงานที่มากเวลาที่ไม่เพียงพอ ทัศนคติ ความเชื่อ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพยังเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีงานวิจัยเชิงคุณภาพเพียงบางส่วนเท่านั้นและเป็นการศึกษาที่มุ่งหาความหมายเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับมุมมองทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลศิริราช จากประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Interpretive phenomenology) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ให้ความสนใจกับภาวะการณ์มีอยู่หรือการเป็นอยู่ของโลกมนุษย์ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งการตีความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งต้องใช้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553: 144) ในการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้มีประสบการณ์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดใดๆ มาควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สถานการณ์และบริบทของประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 แนวคิดการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นแนวทางเบื้องต้นในการสร้างแนวคำถาม และผลการศึกษามาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในเชิงลึก (In-depth interview) เป็นหลักและทำการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลตามแนวทางของ Van Manen (1990) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. พื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีนโยบายให้ทุกภาควิชาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเยียวยาผู้ป่วย (palliative care) ในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาผู้ป่วยแบบจำเพาะในผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ทุกจุดบริการและทุกหอผู้ป่วยมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเยียวยาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และได้มีการจัดตั้งศูนย์บริรักษ์ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานกลางรับผิดชอบและดำเนินการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีหน้าที่ประสานระบบบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองทุกภาควิชา/หน่วยงาน ประสานการฝึกอบรม การศึกษาดูงานแก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอก และจัดทำข้อมูล รายงาน จัดเก็บ เผยแพร่องค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

โดยเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของศูนย์บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการต้องการ การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ แพทย์เจ้าของไข้ยินยอม ไม่มีการรักษาอื่นใดเพิ่มเติม แพทย์เจ้าของไข้ไม่นัดหรือนัดห่างมาก และผู้ป่วยต้องการดูแลต่อเนื่องซึ่งแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ได้แก่ การประเมินความต้องการของญาติและผู้ป่วย การสนับสนุนด้านสังคมและจิตวิญญาณ ลดความทุกข์ทรมานด้วยการจัดการอาการปวดและอาการแสดงต่างๆ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงการจัดการความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

#### 1.1 ระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยทั่วไปของโรงพยาบาลศิริราช

ระบบการรับผู้ป่วยแบบประคับประคองไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราช เริ่มจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรค หรือภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ทีมผู้รักษาจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยทุกมิติ ได้แก่ อาการทางกาย อารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม จิตวิญญาณ ศาสนา ต่อจากนั้นแพทย์จะแจ้งการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้รักษา ร่วมกันวางแผนการรักษาครอบคลุมความต้องการทุกมิติ เพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองรวมกับการรักษาอื่นๆ ตามแผน หากผู้ป่วยและญาติไม่เลือกการรักษาต่อในโรงพยาบาล จะดำเนินการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อสถานพยาบาลอื่นๆ หรือการดูแลที่บ้าน แต่ถ้าผู้ป่วยและญาติเลือกรักษาต่อในโรงพยาบาล ทีมผู้รักษาประเมิน หากการรักษาไม่เป็นไปตามแผนทำการปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และดำเนินการรักษาต่อเนื่อง จนเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทีมผู้ให้การรักษา ให้คำปรึกษา (counseling) เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลในวาระสุดท้าย (advance care planning) ทำการระงับหรือถอนการรักษา พร้อมทั้งให้เลือกสถานที่ในการเสียชีวิต

#### 1.2 ระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราช

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยพร้อมการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทีมการดูแล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จะร่วมกันประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความคาดหวังในการรักษา ร่วมกับประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ พร้อมกับถามหาผู้ดูแลหลักและผู้ที่มิอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย หากประเมินแล้วผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยอยู่ในการดำเนินโรคของระยะสุดท้ายแล้วยอมรับได้ ทีมการดูแลจะให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เช่น หากผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลามมาที่กระดูกแล้วมีอาการปวดแต่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ แพทย์จะทำการปรึกษาหน่วยระงับปวด หน่วยรังสีรักษา หน่วยเคมีบำบัดมาร่วมประเมินการรักษาเพื่อให้การดูแลเพื่อช่วยลดอาการปวดและลดความทุกข์ทรมานต่างๆ แต่ในรายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองแต่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำใจยอมรับได้ และทีมผู้ดูแลได้ประเมินแล้วผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิตกกังวล เครียด ทางหอผู้ป่วยจะมีการปรึกษาหน่วยการดูแล

แบบประคับประคอง (ศูนย์บริรักษ์) มาร่วมให้การดูแล และเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถวางแผนจำหน่ายกลับบ้านได้ พยาบาลจะสอนผู้ดูแลเกี่ยวกับทักษะและความรู้ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายกลับบ้าน อาจมีการประสานส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านแทน สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถยอมรับกับสถานะของโรคได้ และต้องการรักษาที่เต็มที่ ทีมแพทย์ พยาบาลจะประเมินและร่วมให้ข้อมูลพร้อมอธิบายถึงทางเลือกในการรักษาและประเมินการตัดสินใจในการรักษาเป็นระยะๆ หากสุดท้ายแล้วผู้ป่วยหรือญาติเลือกสู้เต็มที่ ผู้ป่วยมักจะได้รับการดูแลด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ พร้อมทั้งมีวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่เลือกศึกษาจึงเป็นแหล่งที่สามารถหากลุ่มตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการทำวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นหนึ่งในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่เลือกศึกษาทำให้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลกระทำได้ง่ายและสะดวกขึ้น ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะส่งผลต่อการได้มาของข้อมูลในเชิงลึกที่ครอบคลุมและสะท้อนถึงปัญหาการวิจัยจากกระบวนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง

## 2. ผู้ให้ข้อมูล

วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์โดยตรงกับเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช 10 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร 3) ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ 4) เป็นผู้ที่ยินดีจะเข้าร่วมการวิจัย

## 3. การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่เป็นพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล

2) เมื่อผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2558 ผู้วิจัยใช้วิธีการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จากการสอบถามผู้ที่รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นอนุกรรมการการดูแลแบบประคับประคองของหน่วยงาน แนะนำบอกต่อรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อติดต่อนัดหมายวันเวลาในการขอเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำรายชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัย



เริ่มติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสามัญอายุรศาสตร์ ผู้วิจัยได้ไปพบหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วย แนะนำพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามคุณสมบัติตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น เมื่อได้รับรายชื่อพยาบาลจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ขออนุญาต ทราบวันและเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ที่ได้รับการแนะนำรายชื่อจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลในภายหลัง

3) เมื่อผู้วิจัยได้รับการแนะนำรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และทราบวัน เวลาของผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยไปพบผู้ให้ข้อมูลในสถานที่ทำงานนั้นๆ ด้วยตนเอง โดยครั้งแรกผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้ข้อมูลได้ซักถามเกี่ยวกับการวิจัย และการตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อการติดต่อกลับหาผู้ให้ ข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

4) เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินดีที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ทำการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ โดยถือความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ห้องประชุมของหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติงาน หอพักพยาบาล และห้องประชุมของหอผู้ป่วยของผู้วิจัยเอง

5) ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ ข้อมูลอีกครั้ง เมื่อพบพยาบาลผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมาย และขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนาม ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจอย่างอิสระ และดำเนินการวิจัยตาม ขั้นตอนต่อไป

6) เมื่อผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำบอก ต่อรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา และทำการติดต่อตามกระบวนการในข้างต้นที่กล่าวมา จนได้ข้อมูลครบถ้วน สามารถตอบคำถามการวิจัยและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 13 ราย และมีรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล (ดังในตาราง ที่ 1-3 หน้า 165-167)

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ตัวผู้วิจัย ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในกระบวนการรวบรวม ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งในกระบวนการวิจัยนั้นผู้วิจัยต้องอาศัยเครื่องมือที่ช่วยในการ เก็บข้อมูล ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อศึกษาทำความเข้าใจถึงระเบียบวิธีการวิจัยในเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาหา ความรู้เพิ่มเติมจากการศึกษาดำรง บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิทยานิพนธ์งานวิจัยเชิงคุณภาพและ

เอกสารทางวิชาการอื่นๆ และในระหว่างการศึกษาผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ในการฝึกออกภาคสนามในการหาข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล 5 รายโดยได้ฝึกสร้างแนวคำถามฝึกเทคนิคในการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกข้อมูล การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยตนเอง

2) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้โดยศึกษาจากงานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ

3) การเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการปรับแนวคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา

4) การเตรียมเครื่องมืออื่นๆสำหรับช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง 1 ชุดสำหรับบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และรหัสของผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อใช้บันทึกการสังเกต และบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อบันทึกรายละเอียดต่างๆ เพิ่มเติมจากการบันทึกเสียง เช่น การบันทึกการสังเกตพฤติกรรมผู้ให้ข้อมูลระหว่างทำการสัมภาษณ์ การบันทึกอุปสรรคหรือปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป รวมถึงใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นได้ แบบบันทึกการถอดความ ใช้ในการบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยการถอดความแบบคำต่อคำ และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น (Open coding)

## 5. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ศึกษา ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลวันที่ 10 เมษายน 2558 เลขที่ SI 204/2015 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการเก็บข้อมูลโดยมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างตัวผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความคุ้นเคย พร้อมทั้งทำการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์ ในเรื่องของข้อคำถามระยะเวลาในการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์อย่างละเอียดทุกครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมในการเข้า

ร่วมวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักและคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของข้อมูล การรักษาความลับ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หรือสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และขอข้อมูลกลับโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม ข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลด้วยการให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกวันเวลาที่สะดวกและสามารถเลื่อนนัดได้หากไม่สะดวก หลีกเลี่ยงคำถามที่เป็นการคุกคามผู้ให้ข้อมูล รักษาความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงมาถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยที่เป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบจากตัวผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว และเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยจะลบทำลายเทปการสัมภาษณ์ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

## 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth) และดำเนินตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยได้เริ่มการดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการทักทายผู้ให้ข้อมูลสอบถามถึงเหตุการณ์โดยทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี เช่น วันนี้นักปฏิบัติงานเป็นอย่างไรบ้างคนไข้เยอะไหมเหนื่อยหรือเปล่า ได้พักบ้างหรือยัง (ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมายหลังเลิกงาน) หรือในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลนัดให้สัมภาษณ์ในวันหยุดงานและนัดให้สัมภาษณ์ที่หอพักพยาบาล ผู้วิจัยก็อาจจะชวนพูดคุยว่าวันนี้หยุดได้ไปเที่ยวที่ไหนมาบ้าง หรือช่วงนี้มีละครเรื่องไหนน่าสนใจ เพื่อเพิ่มความรู้สึกเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูล เมื่อชวนผู้ให้ข้อมูลพูดคุยจนมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายและพร้อมในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ที่จะใช้ประมาณ 60-90 นาที พร้อมทั้งขออนุญาตการใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ รวมถึงการจดบันทึกข้อมูลต่างๆ ชี้แจงถึงการเก็บรักษาข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะทำลายทิ้ง และจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะเชื่อมโยงมายังผู้ให้ข้อมูล และจะไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจะในกรณีใดๆ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม นอกจากนี้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าสามารถยุติหรือออกจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาของการทำวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งอธิบายถึงผลการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลให้เห็นถึงความสำคัญในการให้สัมภาษณ์เสริมสร้างความเต็มใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือ

2) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถาม (Interview guideline) ที่ได้เตรียมไว้ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ โดยไม่ขัดจังหวะหรือถามสอดแทรกระหว่างผู้ให้ข้อมูลกำลังให้ข้อมูล รวมถึงไม่แสดงความคิดเห็นที่เป็นการชี้นำคำตอบให้กับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยฟังผู้ให้ข้อมูลอย่างตั้งใจ และมีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมร่วมไปด้วยกัน หากว่าผู้ให้ข้อมูลเงียบหรือติดขัดในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีการใช้ทักษะการเงียบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้หยุดพักเพื่อคิดคำตอบในการสัมภาษณ์ มีการกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้การสัมภาษณ์ไม่หยุดชะงัก และไหลลื่นไปจนตลอดการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สรุปและทบทวนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นระยะเพื่อยืนยัน ความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลว่าเข้าใจถูกต้องตรงกัน ตลอดการสัมภาษณ์ โดยในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ให้ข้อมูลว่ามีเรื่องเล่าจากประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มากน้อยแค่ไหน และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำรายชื่อผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่ครบถ้วนหรือยังไม่ชัดเจนพร้อมทั้งกล่าวคำขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง

3) หลังการสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาอย่างเป็นระเบียบทุกวัน ด้วยการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ประโยคต่อประโยคแล้วทำการบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังจากนั้นทำการฟังเทปคำสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และร่วมกับจับความรู้สึก ทำความเข้าใจและค้นหาถึงการให้ความหมายในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูด และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อความที่บันทึกพบกับสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ หลังจากนั้นอ่านคำบรรยายทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้มา และเลือกหรือดึงประโยค หรือวลีเด่นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ความรู้สึก ความคิด การให้ความหมาย และประสบการณ์ของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในประเด็นการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร แล้วเขียนประโยคหรือวลีเด่นนั้นๆ ออกมา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบในประเด็นที่ข้อมูลยังขาดความชัดเจน หรือมีข้อมูลไม่เพียงพอ กลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (Clarifying) พร้อมกับตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 คน คนละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยได้ทบทวนและปรับแนวคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 3 ครั้ง เพราะหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและถอดความในแต่

ละครั้งพบว่า ข้อมูลยังขาดความสมบูรณ์ขาดรายละเอียดและความชัดเจนในบางประเด็น โดยปรับแนวคำถามในครั้งแรกหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 2, 3 ปรับครั้งที่ 2 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, 5, 6, 7, 8 และปรับครั้งที่ 3 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, 10, 11, 12, 13 จนได้แนวคำถามที่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, 9, 10 จนกระทั่งผู้วิจัยได้ข้อมูลซ้ำๆ จากผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายและไม่มีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้น หรือไม่พบข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความอึดตัวของข้อมูล โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซ้ำในรายที่ 11, 12, 13 และเมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบด้วยตัวผู้วิจัยเอง จำนวน 5 ราย คือ รายที่ 1, 3, 7, 12, 13 เมื่อผู้ให้ข้อมูลอ่านและตอบกลับ พบว่าไม่มีการท้วงติงหรือเพิ่มเติมข้อมูลอื่นใดในทุกๆ ประเด็น รวมระยะเวลาที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประมาณ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2558 ซึ่งมีรายละเอียดแสดงขั้นตอนของการสร้างแนวคำถาม (ตั้งแผนภาพในภาคผนวก หน้า 168)

## 7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ของ Lincoln and Guba (1985) และ Guba and Lincoln (1989) (incited in อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553: 96-99) มีรายละเอียดของขั้นตอนในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เมื่อผู้วิจัยได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ได้นำผลการวิเคราะห์และข้อสรุป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา และให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 3 คน ร่วมตรวจสอบข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการถอดรหัสข้อความของผู้วิจัย ร่วมกับการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) จำนวน 5 ราย ซึ่งผู้วิจัยเลือกได้เลือกผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 3, 7, 12, 13 เป็นผู้อ่านและตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้ครอบคลุมครบถ้วน มีความพร้อมและยินดีในการตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ในเบื้องต้นมีความชัดเจนและเป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

2) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยดำเนินการเลือกนำเสนอข้อมูลที่มีความชัดเจน ละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุมถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยข้อมูลที่น่ามาตรวจสอบเป็นการได้มาจากหลายแหล่งข้อมูล เช่น การจดบันทึกภาคสนามขณะสัมภาษณ์ การบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์กับบันทึกการสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปคำต่อคำ และหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ความละเอียด ครบถ้วน ในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำไป

ตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัยเองซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา และตรวจสอบร่วมกับการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาตำรา เอกสารวิชาการต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงและชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเทป การถอดเทปคำต่อคำ การจดบันทึกภาคสนาม โดยมีการเก็บข้อมูลเหล่านี้อย่างเป็นระบบ อีกทั้งผู้วิจัยได้ทำการฟังเทปการสัมภาษณ์ซ้ำหลายๆ รอบเพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน รวมทั้งการจดบันทึกข้อมูลหลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ ลำดับผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในเบื้องต้นไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 คน (Peer debrief) หากพบว่าประเด็นใดยังไม่มีคำตอบหรือไม่กระจ่าง ผู้วิจัยจะนำประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนนั้นกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจและมองเห็นภาพเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบและแสดงความคิดเห็น (Member checking) อีกครั้ง และเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องตรงกับผู้วิจัย และไม่ได้ท้วงติงหรือให้ข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงทำการเขียนข้อค้นพบที่ได้ด้วยการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้

## 8. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความจะเน้นถึงการแปลผลการศึกษาด้วยการตีความ ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้เดิมของนักวิจัยเป็นอย่างมาก ทั้งความรู้ด้านภาษาของนักวิจัย ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา และรวมถึงประสบการณ์ของตัวผู้วิจัยเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา นอกจากนี้ยังมีการนำเหตุการณ์ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมาเปรียบเทียบกับ รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของแนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อความที่กำลังตีความหมาย (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553: 149) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และบันทึกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นและให้รหัสผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เช่น ID1-1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ID3-2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลราย ที่ 3 การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และในการศึกษา

ครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน จึงมีการให้รหัสผู้ให้ข้อมูลไว้ตั้งแต่ ID1-ID13 หลังจากนั้นฟังบทสนทนาซ้ำร่วมกับอ่านบทสนทนาที่ได้บันทึกไว้เป็นตัวอักษรเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและประเมินเนื้อหาของข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้มานั้นมีเนื้อหาตรงกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาและข้อมูลมีเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์หรือไม่ หากมีข้อมูลส่วนใดที่ยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่กระจ่างชัด ผู้วิจัยจะได้ไปทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและสอบถามถึงประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพิ่ม และสร้างโมเดลต้นเบื้องต้นของข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกันร่วมกับการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ผู้วิจัยกระทำตามกระบวนการเหล่านี้จนกระทั่ง การเก็บข้อมูลภาคสนามเสร็จสิ้น

ระยะที่ 2 หลังจากที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอและมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีการวิเคราะห์ของข้อมูลของ Van Manen (1990) โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนดังนี้

1) ทำการหาความหมายของข้อมูลจากคำสัมภาษณ์ บันทึกประจำวันของผู้วิจัย เอกสารที่ใช้ในการสัมภาษณ์ บันทึกส่วนตัวผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการอ่านข้อมูลทั้งหมดหลายๆ รอบ ซึ่งในครั้งแรกเป็นการอ่านคร่าวๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวม หลังจากนั้นอ่านแบบคิดพินิจพิจารณาและใช้วิจารณ์ญาณ (Closed reading) โดยการอ่านบทสนทนาแบบบรรทัดต่อบรรทัดเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหา ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลและคัดเลือกประเด็นสำคัญที่ตรงกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2) การแยกแยะประเด็นต่าง ๆ ผู้วิจัยทำการแยกแยะประเด็นข้อมูลต่างๆ จากการสืบค้นข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ จากการอ่านข้อมูลทั้งหมด คือ ข้อความในบทสนทนา (Text) บันทึกข้อมูลทั่วไป บันทึกภาคสนาม และแนวคิดต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่บันทึกไว้เพื่อนำมาหาสาระสำคัญหรือแก่นของข้อมูล จากนั้นทำการเน้นความสำคัญของข้อความที่เกี่ยวข้องกับความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่มีการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยการขีดเส้นใต้หรือใช้ปากกาเน้นคำขีดเอาไว้ (Highlight) พร้อมกับเขียนกำกับไว้ด้านขวามือของบทสนทนา

3) การกำหนดหมวดหมู่ของข้อความ โดยผู้วิจัยนำข้อความประโยคที่แยกไว้มาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ และกำหนดหมวดหมู่ของข้อความ เพื่อค้นหาความหมายที่สะท้อนถึงการมีประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการตัดแปะ (Cut and paste) ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก และใส่หมายเลขอ้างอิงไว้ในตอนท้ายของบทสนทนาตามแต่ละรหัสของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อ่านเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและขอคำแนะนำปรึกษาเพิ่มเติมจนได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บ่งบอกถึงมุมมองที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือที่เรียกว่าคนในที่มีความหลากหลาย และครบถ้วน

เพียงพอที่จะอธิบายและสะท้อนถึงประสบการณ์ในเชิงลึกของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

4) การสังเคราะห์ประโยชน์และการเรียบเรียง ผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้ค้นพบจาก ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล นำมาสังเคราะห์ประโยชน์และเรียบเรียงเป็นโครงสร้างของประสบการณ์ ให้มองเห็นถึงสาระสำคัญของปรากฏการณ์ และทำการเขียนเป็นข้อสรุปพร้อมทั้งยกตัวอย่างประโยชน์ ที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล (คนใน) เพื่อประกอบการอธิบาย

5) การตรวจสอบความตรงของปรากฏการณ์ (Validate) ผู้วิจัยนำประเด็นสำคัญของ ปรากฏการณ์ที่ได้มา กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง เพื่อให้ข้อมูลที่ผู้วิจัย นำมาแสดงเป็นตัวอย่างประกอบ เป็นไปตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหรือที่เรียกว่าคนในมากที่สุด

6) การนำเสนอเผยแพร่ข้อค้นพบ ผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบที่เป็นแก่นสาระที่ได้ทั้ง ประเด็นหลัก และประเด็นรอง เพื่อนำเสนอและแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ของการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้มากที่สุด (ดังตารางในภาคผนวก หน้า 169)



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Interpretive phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน ผลการศึกษาในครั้งนี้จะนำเสนอแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการบรรยายและอธิบายความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และส่วนที่ 2 เป็นการบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต** สามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก 1. การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ใช้ความรู้คู่ทักษะและประสบการณ์ในการดูแล 2) เรียนรู้จากประสบการณ์ 3) การได้รับการอบรม 2. การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 1) ออยากช่วยด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด และ 2) ดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด

**ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต** ได้แก่ 1. การจัดการเพื่อการตายดี 2. การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแลเมื่อต้องเผชิญกับความตาย และ 3. การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

**ประเด็นที่ 1 การจัดการเพื่อการตายดี** ได้แก่ 1. การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบ 2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน 3) วางแผนการจัดการดูแลตั้งแต่แรกรับ 4) การจัดการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน 5) ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล 2. การจัดการสถานการณ์แวดล้อม ประกอบด้วย 1) ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วน 2) ประสานสิทธิ์ร่วมจัดการค่าใช้จ่าย และ 3. การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 1) สอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง 2) คัดเลือก มอบหมาย ง่ายงาน ให้เหมาะสม 3) เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา

**ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล**  
**เมื่อต้องเผชิญกับความตาย** ได้แก่ 1. ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ 2. ครอบครัว พยาบาล วิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย 3. การยุติการรักษาเมื่อเวลา มาถึง 4. สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย 5. เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ 6. เสริมพลังใจให้กันและกัน และ 7. พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต

**ประเด็นที่ 3 การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต** ได้แก่ 1. เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก 2. การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ 3. ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ และ 4. ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่

**ส่วนที่ 1 ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิต**

การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการจัดการที่อยู่บนพื้นฐานของ การทำความเข้าใจความหมายแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง ที่พยาบาลได้เริ่มจากการทำ ความเข้าใจโดยใช้ความรู้ ทักษะ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการวางแผนอบรม เพื่อการบริหาร จัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพ และนอกจากการทำความเข้าใจความหมาย ของแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคองแล้ว พยาบาลต้องบริหารจัดการการดูแลด้วยความใส่ใจ มีใจรักที่จะทำ ใจรักที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้การดูแลด้วยความเข้าใจใน ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนญาติใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว พ้นทุกข์สุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ประกอบด้วย 1. การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแล แบบประคับประคอง และ 2. การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว

**ประเด็นที่ 1 การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง**

พยาบาลวิชาชีพได้อธิบายและบรรยายถึงความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิตว่า หมายถึงการที่พยาบาลทำความเข้าใจจากองค์ความรู้เดิมที่ได้รับการเล่าเรียน จากอาจารย์ผู้สอน ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานของตนเองและการแชร์ ประสบการณ์จากรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์มากกว่าจนเกิดทักษะในการดูแล แต่กระนั้นแล้วการที่ พยาบาลจะสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักคิดการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างลึกซึ้ง การทำ ความเข้าใจจากความรู้ทั้งจากองค์ความรู้เดิมและการเรียนรู้จากประสบการณ์อาจจะไม่เพียงพอต่อ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการบริหารจัดการการดูแลที่มีความซับซ้อน และมีความพิเศษที่เกี่ยวเนื่อง ในหลายมิติ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ คลื่นไส้อาเจียน รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึกทั้งของผู้ให้

การดูแลและผู้รับการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงต้องได้รับการวางแผนอบรมเพื่อมาเติมเต็มและส่งเสริมความเข้าใจในส่วนของทักษะการดูแล เช่น การแจ้งข่าวร้าย การทำความเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตลุล่วงไปสู่เป้าหมายได้อย่างเหมาะสม คือ ผู้ป่วยเกิดการตายดีตายสงบ ญาติยอมรับการสูญเสียได้ พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงความหมายของแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้ 1.1 ใช้ความรู้คู่ประสบการณ์และทักษะในการดูแล 1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์ และ 1.3 การได้รับการอบรม

### 1.1 ใช้ความรู้คู่ประสบการณ์และทักษะในการดูแล

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า เป็นการใช้ความรู้ควบคู่ไปกับประสบการณ์รวมถึงทักษะในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือ การใช้ความรู้ ทักษะ ร่วมกับประสบการณ์มาทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถบริหารจัดการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ สามารถระบุและคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ สามารถประเมิน ค้นหาข้อมูล ความต้องการของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม สามารถติดต่อประสานงาน เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ ซึ่งความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลนั้นได้มาจากการศึกษา อบรม ฝึกฝน ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และการเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์จากรุ่นพี่และทีม ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“คือแนวทางปฏิบัติมันก็ไม่ได้มีชัดเจนระบุว่า 1 เมื่อคนไข้อาการอย่างนี้ต้องทำยังไง แต่เราก็อาศัยจากประสบการณ์ของเราที่เราเคยจัดการมาแล้วสามารถทำให้เขาผ่านพ้นตรงจุดนี้ไปได้ อย่างที่ไปเรียนมาอย่างนี้ ส่วนใหญ่ก็จะดูจากตัวอาจารย์ที่เขามาสอน คืออาจารย์ที่อยู่คณะพยาบาล ส่วนใหญ่ก็จะคือว่า เขาจะเน้นทางด้านจิตใจ คือ ทำให้เราเห็นใจว่าบางครั้งอย่างนี้เวลาที่เราจะเข้าไปจัดการ เราจะต้องใช้ทั้งเทคนิค ใช้ทั้งความรู้ ใช้ทั้งประสบการณ์ ใช้ทั้งความเอื้ออาทร คือบางครั้งเราอาจจะเข้าไปตัดสินใจโดย จัดการโดยที่อาจจะมีความรู้อย่างเดียวแต่อาจจะไม่มีความพร้อมทางด้านอารมณ์..... ..ส่วนใหญ่ก็คือที่ ward มันจะมีพี่ senior คนหนึ่ง ซึ่งเขาก็คือไปอบรมมาก่อน เรา แล้วเขาก็จะมีประสบการณ์มากกว่าเรา บางครั้งช่วงแรกๆ ที่เรายังรู้สึกติดขัด เราก็จะมีการพูดคุยกับเขา หรือว่าในทีมของเราเองอย่างนี้ เวลาที่เราไปเจอเคสอะไรมาที่เขามีปัญหา เราก็จะมาพูดคุยกันว่าวันนี้เราไปเคสอะไร เราไปทำเคสอะไรมาตรงนี้เขาก็จะได้แบ่งปันว่าถ้าเป็นเขา เขาจะทำแบบนี้ แต่ว่าเรา เราจะ discuss กันก่อนว่า คนนี้ทำไม่ถึงได้ทำแบบนี้” (ID9-1)

“หนึ่งคือต้องมีประสบการณ์และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบนี้ แล้วก็ ต้องมีความรู้ด้วยว่า ผู้ป่วยแบบนี้ด้วยต้องดูแลทางด้านร่างกายจิตใจยังไง ควรจะมีทีมใดบ้างในการดูแล คนไข้ ข้อมูลส่วนไหน หรืออะไรที่เป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้กับคนไข้และญาติจริงๆ... ..คนที่มี ประสบการณ์เรื่องพวกนี้ที่ดูแลคนไข้แบบนี้ควรมีทั้งความรู้ส่วนหนึ่งด้วยถึงประสบการณ์ไม่มาก เท่าไหร่ แต่ก็ควรจะมีความรู้ แล้วก็เหมือนฝึกฝนว่าเราจะต้องเข้าไป approach แบบไหน หรือ ญาติแบบไหน เพราะว่าคนไข้ที่เป็นระยะสุดท้ายแบบนี้มันต้องมีทักษะในเรื่องของการแจ้งข่าวร้าย ส่วนหนึ่งกับญาติ กับคนไข้ จากการทำงานก็มีส่วนนะ เช่น มีประสบการณ์ไม่ใช่ว่าจบมาปีสองปี การติดต่อประสานงานก็ยังไม่รู้หรอกแต่แค่ช่วยได้เรื่องของร่างกายและจิตใจ แต่การติดต่อ ประสานงานกับแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเพื่อความสะดวกสบายใจคนไข้กับญาติ มันยังไม่ดีเท่าที่ควร และที่สำคัญควรมีประสบการณ์เป็น Incharge เพราะถ้าเป็น Incharge ก็จะมี ประสบการณ์มากกว่า 5 ปี” (ID3-1)

“4-5 ปี ขึ้นไปเริ่มรู้แล้วว่า คือมันต้องใช้ประสบการณ์ด้วย มันต้องใช้ความรู้ด้วย ต้องใช้ประสบการณ์ พอเริ่มจบมาเขาจะเริ่มมีให้ไปอบรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แล้วก็พอจบ มาสักประมาณ 1-2 ปี ตอนนั้นเริ่มมีคำว่า palliative เข้ามาแล้ว การดูแลแบบประคับประคอง เราก็ จะรู้แล้วว่ามันไม่ได้รวมแค่คนไข้ที่แบบจะสิ้นใจ หรือว่าใกล้ๆ จะ dead ภายในระยะเวลาอันใกล้ มัน รวมถึง case ที่เราคิดว่าแนวโน้มภายใน 1 ปีนี้เขาจะ dead เราก็จะรู้มากขึ้น ว่าแบบเราก็จะได้ content แล้วว่าถ้าเจอคนไข้แบบนี้มันจะประเมินคนไข้ยังไง จัดการตั้งแต่ประเมินว่า case นี้มัน case ที่อยู่ใน case ที่แบบเข้าข่ายว่าจะ palliative ไหม หรือว่าจะต้องดูแลระยะสุดท้ายยังไง ดูแล คนไข้ยังไง ดูแลญาติยังไง แล้วเราจะช่วยอะไรเขาได้บ้าง” (ID11-1)

“หลัก ๆ เลยก็คือ 1 ประสบการณ์ 2 ก็อาจจะเป็นความรู้ที่เรียนมาเพราะว่าจาก หลาย ๆ อย่างที่เราอบรมคอร์สใหญ่ 5 วัน 10 วันอะไรอย่างนี้.... ..แล้ว Palliative care ก็ถูกดึงเข้า มาในตรงจุดนั้นด้วยเราก็เลยรู้สึกว่าการ ๆ อย่างที่เราทำมันก็เจออยู่ในทุก ๆ งานที่เราทำนั่นแหละมัน ไม่ใช่ว่าจะแค่ตรงนี้และมันก็จะไม่ใช่แค่ในโรงพยาบาลเท่านั้นมันก็รู้สึกที่เรา 1 คือประสบการณ์ 2 ความรู้ 3 อาจจะมีตัวอย่างเคสที่เราได้ไปรับรู้มาซึ่งเราก็ถือว่า เป็นทั้งประสบการณ์และความรู้นั้น แหละ ก็คือยังถ้าเป็นแบบวาระสุดท้ายมันก็จะมีความรู้เนอะ อย่างประสบการณ์เราก็ยังโน่นนี่นั่นก็ คือใช้ประสบการณ์ก็คือล้วน ๆ มันก็จะมีจัดการว่าจะต้องทำอันนั้นทำอันนี้ติดต่อใครหรือว่าคนไข้ จะกลับอย่างนี้ฉันต้องมี 1 2 3 4 อะไรอย่างนี้ตรงนี้มีที่สอนมาหรือว่าไปเรียนแล้วทฤษฎีของนาย คนนี้เค้าว่าการจัดการมันเริ่มตรงนั้นตรงนี้อะไรอย่างนี้ส่วนหนึ่งก็คือประสบการณ์มาจากไหนมันก็มา

จากการที่พี่เค้านอนเรมานั้นแหละแล้วก็จากส่วนที่เรา อัน 1 ก็คือเรียนรู้ เรียนรู้ก็มาจากทั้งความรู้ แล้วก็จากที่สอนและก็ประสบการณ์....” (ID10-1)

“....ก็จะเอาความรู้ที่เคยเรียนมา identify ว่าคนไข้คนไหนที่น่ามาคัดกรองก่อนว่า คนไข้คนไหนน่าจะเข้า criteria ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ก็จะเป็นสไตลว่า คนไข้ที่เผชิญไปดูแลของที่ศิริราชเรา เรามี criteria ว่าเป็นกลุ่มคนไข้ที่มีผลกระทบต่อชีวิตกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตกับคุณภาพคุณภาพชีวิต ก็เลยเอา key word นี้มาประยุกต์....” (ID6-1)

## 1.2 เรียนรู้จากประสบการณ์

พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า เป็นการทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน เพราะเมื่อถึงจุดหนึ่งที่มีหน้าที่ที่ต้องเข้ามาสัมผัสกับรับผิดชอบในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลมีการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการประสบการณ์ในการทำงาน โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการสังเกต การลงมือปฏิบัติ ร่วมกับสอบถามหาข้อมูลจากผู้รู้ในเรื่องที่ตนเองยังไม่รู้ การขวนขวายหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือเพิ่มเติม การศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังการอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น และสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ก็เป็นเหมือนกับเราตอนนั้นเรายังไม่ค่อยรู้เลยอะ แต่พอเป็นหัวหน้าเวรปั๊บ เฮ้ยเราต้องรู้แล้ว คือแบบมันก็ต้องมานั่งขวนขวายหาความรู้ ณ ขณะนั้นแต่จริง ๆ แล้วมันก็น่าจะรู้แบบว่าโดยอัตโนมัติแล้วก็คือเราต้องโต เราต้องเป็นไง เออ พอเราเริ่มแบบว่าเปลี่ยนตัวไข่ม้อยจากตัวเล็กๆ ที่เราไม่ค่อยรู้เรื่อง พอมันมี 5 ตัวใน ในบ่บ่ ดึกเนี่ย พอตัว 3 ตัว 4 มันก็ค่อยๆ มากขึ้นพอเป็น 3 ก็เริ่มมากขึ้น พอตัว 2 เนี่ยมันต้องมากขึ้นเรื่อยๆ คือ เราต้องรู้ตรงนี้แล้วอะ” (ID8-1)

“palliative care นี้ไปอบรมมากกว่าเป็นอบรมของคณะแพทย์ที่เปิดแต่ว่าเป็นคอร์สสั้น ตอนนั้นไปวันเดียว ประมาณวันเดียวไปมา 2 ครั้งก็คือตอนที่คณะแพทย์ตั้ง goal ให้เป็นนโยบายครั้งหนึ่ง ตอนนั้นก็คือไปที่ว่า palliative care เป็นยังไง หลักการเป็นยังไง ....แต่ส่วนตัวก็มีน้องอีกคนที่เขา รับผิดชอบใน ICU เขาก็จะมีหนังสือ palliative มาให้ ก็ส่วนตัวชอบก็อ่าน อ่านตลอด มีน้องไปประชุมที่ไหนเอามาอ่านก็ได้โอเคอยู่เรื่อยๆ บางทีก็อ่านเรื่องราวของคนโน้นคนนี้ แล้วก็มาคุยกัน ใน ward ก็ใครได้ข้อมูลอะไรมาก็ให้แชร์กัน บางทีมี case ประทับใจก็มาคุยกัน” (ID4-1)

“...ไม่เคยอบรมอะไรเลยทุกอย่างที่มีเนี่ยเกิดจาก Learning by doing.... ....แล้วหมอยังอยู่ด้วยกันอย่างหมอคศุภกานต์เนี่ย ด้วยความที่อยู่ PCU แล้วอยู่ด้วยกันนาน รู้อะไรมาก็จะบอก แล้วพี่ก็จะสนิทกับน้องที่ pain พี่ที่ pain ก็จะถามเพราะพี่รู้สึกว่าจะอะไรที่เราไม่รู้เนาะ ศิริราชเนี่ยเป็นแหล่งรวมองค์ความรู้ มีอย่างเดียวคือเราเปิดปากถาม กล้าที่จะถาม พี่ก็จะถาม....” (ID5-1)

“เอาจริงๆ ก็ไม่ได้ไปอบรมอะไรมาก็คือเหมือนใช้แค่ประสบการณ์ตัวเอง แล้วก็เหมือนที่เรียนมาเท่านั้นไม่ได้มีความรู้เฉพาะ ....ความรู้สึกเราอาจจะประสบการณ์น้อย case นี้ อย่างเช่น เราอยากให้เขาไปอย่างสงบแต่จริงๆ ประเด็นก็คือ จริงๆ เราไม่รู้ชะด้วยซ้ำว่า case นี้มันควรจะทำแค่ไหน มันควรจะเป็นระยะที่ให้ฟังθεปธรรมะหรืออะไรแบบนี้ เขาอาจจะแบบไม่ได้ต้องการ เราควรจะเป็นความ ต้องการจริงๆ แต่บางคนก็ ward เราเห็นไหม เหมือนอยากให้เราคิดว่าเขาจะสงบในการฟังθεปธรรมะหรืออะไรแต่บางคนเขาไม่ได้ต้องการหรือปฏิเสธเรา แรกๆ นะที่รู้สึก เรา แรกๆ ที่คิดเหมือนแบบฟังθεปเขา น่าจะสงบได้ แต่จริงๆ แล้วหลักๆ คือเราต้องไปคุยกับเขาก่อน เขา ต้องการอะไร เขาชอบอะไร อันนี้คือเหมือนประสบการณ์ที่เรียนรู้อีกทีหลัง....” (ID13-2)

### 1.3 การได้รับการอบรม

พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า การได้รับการอบรมเปรียบเสมือนเครื่องมือที่มีความสำคัญยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการที่จะขับเคลื่อนให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้บรรลุไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ คือ ผู้ป่วยตายดี ซึ่งพยาบาลได้รับการศึกษาเพิ่มเติมจากการส่งอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากหน่วยงาน ที่ได้ความรู้ในลักษณะของทฤษฎีและการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจถึงหลักคิดในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น สามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการอบรมมาจัดการกับภาวะความรู้สึกของตัวเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น สามารถที่จะเข้าไปคุยกับคนไข้และญาติได้ดีขึ้น มีทักษะในการแจ้งข่าวร้าย มีทักษะในการประเมินผู้ป่วยและญาติได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น เหล่านี้เป็นต้น ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการเข้าไปบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ก็ในคนที่เขาไม่ได้ไปเรียนอย่างนี้เวลาที่เขาจัดการเรื่องพวกนี้บางครั้งก็เป็นอย่างที่เราเคยเป็น เขาก็จะมีเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกเยอะ แต่ว่าเวลาที่เราไปเรียนแล้วจะทำให้เราสามารถที่จะเปลี่ยนมุมมองของเรา บางครั้งเรามองในฐานะผู้รับบริการ มองในฐานะผู้ให้บริการ หรือว่ามองในฐานะของคนไข้ บางครั้งเพราะคนไข้อาการมันไม่ไหวแล้วแต่ทั้งแพทย์ทั้งญาติอย่างนี้เต็มที่ยังสู้อยู่

บางครั้งเราก็ต้องมองในจุดนั้น เราต้องคุยกับแพทย์หรือว่าญาติคนไข้ แต่เราคงอาจจะไม่ได้ไปคุยว่าคือไหวหรือไม่ไหว เราอาจจะมีการดูว่าตรงนี้ให้ไปแล้วมันมีการตอบสนองอะไรไหม จะรักษาอะไรต่อไหม มันทำให้เรามองในบทบาทที่เป็นองค์กรวมและก็ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับการยังไม่ได้ไปเรียนส่วนใหญ่เราจะเน้นติดบทบาทของพยาบาลของการแพทย์มากกว่า ทำให้เราสามารถที่จะรับรู้ถึงความรู้สึกของคนอื่น เพราะว่าวิชาพวกนี้มันก็คือเหมือนกับว่า การบอกข่าวร้ายหรือว่าไม่ใช่ว่าเราจะไปบอกเลย เราต้องประเมินเขาก่อน สมัยก่อนเราก็อาจจะคิดว่าเราก็บอกๆ ได้ ก็คือประเมินเป็น เอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้จักมองในมุมมองของคนอื่นด้วย ไม่ใช่มองแต่ในบทบาทของวิชาชีพอย่างเดียว จัดการกับภาวะความรู้สึกของตัวเอง แล้วก็จัดการความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดีขึ้น” (ID9-1)

“อีกจุดหนึ่งไปเรียนที่ศิริราชเราเปิดหลักสูตร 6 สัปดาห์ของการดูแลแบบประคับประคองในพยาบาลระดับปฏิบัติการ ไปครั้ง 1 ก็เข้าไปถามพอดิพี head เขาก็ส่งไป ก็จะไปเรียนกันลักษณะที่ว่าเนื้อหา ว่าการดูแลแบบประคับประคองมีอะไรบ้าง ไปเรียนในลักษณะทฤษฎี ก็พยายามเอาความรู้ที่ออกมาใช้” (ID6-1)

“มันก็สำคัญนะ ยิ่งพวก bad news ก็ถ้าให้มันรู้ว่าเขาควรจะทำอย่างไร ควรจะไป approach กับญาติกับคนไข้อย่างไร อย่างน้อยเขาก็ได้รู้บ้าง ไม่ใช่รอเรียนรู้อาจจากพี่ๆ ไม่ใช่รอโตจากประสบการณ์ ก็คนที่มา guide ให้ ได้ผ่านการอบรมมา ได้มีแนวทางว่าควรจะทำอย่างไร ต้องดูแลคนไข้โดยใส่ใจแบบไหน หรือไม่การ counseling อาจจะไม่ได้ดีสักมาก มันก็จำเป็นนะที่จะส่งเด็กๆ ไป แต่ตามหลักความเป็นจริง สมมติว่าถ้ามีลงมา เขาก็จะให้พี่ไปอบรมมากกว่าหรือไม่ก็รุ่นกลางๆ ประสบการณ์ห้าปีอัพ ซึ่งพอสามารถที่จะคุยกับคนไข้และญาติได้ เพราะบางทีส่งเด็กไปเขาจะมาปฏิบัติยังไม่ได้ นอกจากให้เขาเรียนรู้จากประสบการณ์ตัวเองหน่อยหนึ่งแล้วส่งไปอบรม น่าจะได้ประโยชน์มากกว่า และได้นำมาปฏิบัติมากกว่า คิดว่าเขาควรต้องได้ เพราะอย่างไรต้องมีสักครั้งที่ต้องไป contact แบบนี้ ไม่ว่าจะอายุงานน้อยหรือมาก เขาจะได้รู้จักพูด” (ID12-1)

“...สมมติคนไข้รู้แล้วว่าเป็นมะเร็งอันดับแรกแล้วคนไข้รู้สึกยังไงคนไข้พฤติกรรมเค้าจะเป็นยังไง อย่างแรกประเมินได้อะคะว่าคนไข้อยู่ในระยะไหนแล้ว หนึ่งสองสามสี่ อย่างนี้อะคะ แล้วถ้าเรารู้ตรงส่วนนี้ เราสามารถเข้าใจเค้าได้ว่าเออมันเป็นเพราะอย่างนี้นะคนไข้ถึงแสดงอาการอย่างนี้ออกมา แล้วเราก็จะไปฝึกฝนตรงทักษะตรงส่วนตรงนี้ ฝึกเข้าไปว่ามันจะมีวิธีเข้าไปพูดคุยกับเค้าได้ยังไงหรือมีวิธีจัดการกับเค้าได้อย่างไรแล้วก็มีฝึกฝนอบรมเพิ่มบ้าง น่าจะดี พัฒนาความรู้ แล้วก็ทักษะ อาศัยประสบการณ์ด้วย เพราะว่าเคสบางเคสมาได้เหมือนกัน” (ID2-1)

“จริงๆ เลยถ้าจะพูดภาพรวมนโยบายกว้างๆ จริงๆ ดูแล้วมันเป็นปัญหาจากคนมากกว่า ปัญหาของระบบด้วยส่วนหนึ่งเนื่องจากว่าจริงๆ โรงพยาบาลมีนโยบายเรื่อง palliative care มาตั้งนานแล้ว แต่ว่ากลายเป็นว่าน้องที่จบมาใหม่หรือคนที่อยู่ใน วอร์ด บางที่ยังไม่ได้ตระหนักตรงส่วนนี้ว่าจริงๆ palliative care คืออะไรกันแน่ หรือทำไมต้องมี palliative care แล้วมันดียังไง ที่ต้องมี palliative care หรือ palliative care ช่วยให้คุณใช้ดีขึ้นยังไง หรือคนไข้จะจากไปอย่างไรได้ยังไงมากกว่า เพราะฉะนั้นมองไปถึงระบบภาพรวมใหญ่จริงๆ ควรจะมีนโยบายที่เด่นชัดมากกว่านี้ เช่น การจัดอบรมพยาบาลจบใหม่ การจัดอบรมเป็นรุ่นๆ ไปเลย ตั้งแต่พยาบาลจบใหม่ในช่วงที่ไปถึงที่ปี 1 รุ่น พยาบาลจบมาแล้วก็ปี รวมไปถึงอบรมแพทย์ด้วย”(ID3-1)

## ประเด็นที่ 2 การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว

ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากพยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงความหมายของหลักคิดการดูแลแบบประคับประคองแล้ว พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงการบริหารจัดการการดูแลด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องอยู่กับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนครอบครัวตกอยู่ในสภาวะวิตกกังวลในอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยและการทำงานเพื่อยอมรับการจากไปของผู้ป่วยที่ต้องการบริหารจัดการการดูแลจากพยาบาลผู้ที่มีใจรัก มีใจที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย รวมถึงมีความเอาใจใส่อย่างจริงใจ และให้การดูแลเหมือนญาติคนหนึ่งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างดีที่สุด ประกอบด้วย อยากร่วมด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด และดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด

### 2.1 อยากร่วมด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด

พยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคนได้ให้ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า เป็นการบริหารจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ควรเริ่มจากการมีใจรักที่จะทำงานตรงนี้ มีใจที่จะช่วยเหลือ ใจที่อยากร่วมด้วยใจทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุด เพราะเมื่อมีใจแล้วการบริหารจัดการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลก็จะทำด้วยความเอาใจใส่รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามความสามารถ ทำเต็มที่ผลก็คือ พยาบาลก็จะมีความสุข สบายใจ รู้สึกดี เพราะทุกอย่างที่ทำล้วนออกมาจากใจที่มีความปรารถนาจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์และหวังว่าจบสุดท้ายผู้ป่วยจะได้ตายอย่างสงบ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...แต่เราก็พยายามตั้งใจ ทำให้ดีที่สุด ส่วนมากก็จะทำด้วยใจ ก็พยายาม จะบอกน้องนะคะว่าให้มีความรู้สึกที่ดีในคนไข้ระยะสุดท้าย เพราะทางหอผู้ป่วยหรือทางงานการพยาบาล



อายุรศาสตร์ก็พยายามผลักดันในส่วนนี้ ให้รู้สึกเห็นคุณค่าในช่วงเวลาระยะสุดท้ายของคนไข้ก่อนที่จะเสียชีวิต ....แต่ว่าในจิตใจของเรา เราก็ออยากให้เค้าได้รับความสุขสบายอย่างเต็มที่....” (ID2-1)

“ก็แค่รู้สึกว่าต้องการช่วยเหลือเขาให้มากที่สุดเท่าที่ตนเอง ก็คือช่วยเขาเต็มที่เท่าที่ช่วยได้ แล้วก็ให้เขาผ่านพ้นเรื่องของปัญหาไปได้ด้วยดีเท่าที่จะทำได้ให้มากที่สุด จุดจบสุดท้ายก็อยากให้เขาจากไปอย่างสงบหรือกลับไปบ้านใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างมีความสุขเท่าที่เขาจะมีได้” (ID3-1)

“....คิดว่าเขาก็เป็นคนหนึ่งคน เราคิดว่าเราต้องการแบบไหน อยากได้แบบไหน เราก็จะเสิร์ฟเขาแบบนั้น เราอยากให้คนมาพูดคุย ๆ กับเรา เราก็พูดคุย ๆ กับเขา พูดดี ๆ กับญาติ เราคิดว่านอนทาน้ำมันคงไม่สบายนะ เราก็ไปจัดชะหน่อย ว่านอนทาน้ำมันอาจจะดีขึ้น หรือว่าถ้าเหนื่อยแล้ว หัวสูงกว่าน้ำมันไม่พอ ก็ไปจัดให้น้ำมันดีขึ้น เราก็ดูแลแบบองค์รวมที่ยืดก็จะเป็น 2 อย่าง เรื่องหัวใจความเป็นมนุษย์ ทำให้เขาด้วยใจ เราคิดว่าเราทำให้เขาด้วยใจ.... ทุกคนต้องเท่ากัน หรือว่าเป็นมาตรฐานวิชาชีพ.... ....ก็เอาให้มันได้มาตรฐานเรา แต่ทำให้แบบว่าเราอยากให้เขาสบาย คิดว่าเป็นเรา เราก็อยากได้สิ่งที่ดีที่สุด เราก็อยากทำสิ่งที่ดีที่สุดให้คนไข้ ....จริงๆ มันรู้สึกยาก แต่เวลาทำ เราทำด้วยใจ เราก็คิดว่าเราเต็มที่แล้ว เราก็คิดว่าบางทีมันมีปัญหาเราแก้ แก้เอาเท่าที่สูงสุดความสามารถของเรา มีเคลมเราก็คิดว่าเราเข้าเคลได้เต็มที่ แต่เราไม่ได้คิดว่าถ้าทำแล้วญาติจะต้องชื่นชมเรา เราคิดว่าเราทำให้ด้วยใจ คนไข้มาอย่างนี้ ญาติมาอย่างนี้ เราช่วยอย่างนี้ ....คิดว่าเราใส่ใจ แล้วเวลาที่ทำก็อธิบายด้วย.... ....และมันก็ต้องทำแบบใส่ใจ ไม่ได้ทำเพราะว่ามันเป็นหน้าที่ ทำเพราะว่าฉันอยากทำให้คุณนะ ฉันทำให้คุณแล้วคิดว่าคุณจะดีขึ้น หวังว่าคุณจะดีขึ้น และก็อยากให้คุณดีขึ้นด้วย ญาติกับคนไข้เขาก็ไว้วางใจ ....มันน่าจะอยู่หมัดแรกใจ ใจคนจะทำ อยากทำหรือเปล่า ถ้าคุณอยากทำนะถึงคุณจะพูดธรรมดา แต่คนที่เขาฟังเขารู้ว่าคุณจริงใจที่จะดูแลญาติเขา เหมือนใจมันต้องมาก่อน คือเขาไม่สบายนะเขาอาจจะเสียชีวิตตอนไหนก็ได้ เราคิดว่าเราอยากช่วยให้เขาไปสบาย อยากช่วยให้ญาติเขา รับกับเหตุการณ์ตรงนี้ได้ ใจของเจ้าหน้าที่ก็สำคัญ ....คือเราว่า รู้สึกว่ามันต้องเน้นเป็นพิเศษ มันต้องมีการประคับประคองใจมากเป็นพิเศษ แต่ถามว่าถ้าทั่วไปเราก้ทำให้เขาเต็มที่อยู่แล้ว แต่ถ้ามาเข้าเคลแบบนี้ บางทีอย่างที่คุณบอกว่าคุณต้องมีใจที่จะทำ ต้องเสียเวลาทำนะเราคิดว่าถ้าเราจะทำให้เขาแบบเขาอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ทำยังไงมันถึงจะดีที่สุด ทั้งของคนไข้ ทั้งของญาติ” (ID11-1)

“....นี่เราช่วยคนไข้แบบใจรัก เราช่วยคนไข้เพราะเราอยากช่วย เพราะเรารู้สึกดีที่ได้ช่วย ....ใช่ไม่ใช่แต่เราทำ ไม่แฉใจ ทำเพราะรักที่จะทำ แต่ว่าก็รู้ว่าบางส่วนเราทำถูก แต่ไม่รู้ว่ามันครบถ้วนเปล่า อยากให้มันครบถ้วน ให้มันดีที่สุด เราไม่รู้ว่ามันบกพร่องตรงไหน ว่ามีอะไรที่เราทำไม่สมบูรณ์ แนะนำเราก็ได้ เราจะได้ช่วยถูก เราอาจจะมองไม่เห็นแต่เรามีใจ” (ID6-1)

## 2.2 ดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด

พยาบาลวิชาชีพบางส่วนให้ความหมายของ การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยว่า นอกจากต้องเริ่มจากการมีใจรักที่จะทำอยากจะช่วยด้วยใจแล้ว การบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เหมือนดูแลญาติใกล้ชิดถือได้ว่ามีความสำคัญ และควรมีควบคู่กันในการบริหารจัดการการดูแล เพราะการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนญาติของตนเองจะเป็นตัวผลักดันและสนับสนุนให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้น ทำให้รู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพราะถ้าเป็นญาติเรา เราอยากให้การดูแลแบบไหนถึงจะดีที่สุด พยาบาลก็อยากจะทำอย่างนั้นเช่นเดียวกัน เช่น อะไรที่พยาบาลคิดว่าถ้าไม่ได้ทำแล้วจะเสียใจหากญาติหรือคนใกล้ชิดของตนเสียชีวิต พยาบาลก็จะบริหารจัดการการดูแล โดยการเติมเต็มหรือบริหารจัดการการดูแลตรงส่วนนั้นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติใกล้ชิดแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมรู้สึกได้ถึงความจริงใจความตั้งใจของพยาบาล ความไว้วางใจก็จะเกิดตามมาด้วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เหมือนก็เอาใจเราไปเป็นญาติเนอะ หมายถึงว่าคนไข้วาระสุดท้ายแล้วเนี่ยเราต้องเหมือนกับว่าเอื้อให้เค้าได้ เอื้อให้เค้าได้มี มีรู้สึกที่เราดูแลเค้าดี ดูแลญาติเค้า OK คนไข้ดีแล้วก็เอื้อเต็มที่แล้วก็กับที่ว่าเราดูแลแล้วก็คือ ให้คำแนะนำการคือให้คำแนะนำแล้วก็ ขอความคิดเห็นจากเค้า ความรู้สึกจากเค้าตอนนี้ แล้วอยากเหมือนกับว่า อยากให้เราช่วยอะไรมั๊ยเหมือนลักษณะอย่างนั้น แล้วก็ เอ้อ ที่บอกว่าเสนอความ เสนอว่าจะเอื้ออำนวยความสะดวก อยากทำอะไรเราก็จะเอื้ออำนวยความสะดวกให้เค้าไป เหมือนกับทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีความพอใจ....” (ID8-1)

“....บางทีเราเป็นพยาบาล เราก็จะมีความรู้สึกที่ว่าถ้าเรามีญาติพี่น้องที่อาการไม่ดี เราอยาก让他ได้อยู่ใกล้ชิด เพราะเราคิดว่ามันเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว อยากให้ญาติได้ดูแลคนไข้ เราก็เลยให้เขาอยู่ จริง ๆ แล้วเขาไม่ให้เผื่อนะหลัง 2 ทุ่ม ในวอร์ดสามัญ แต่ว่าตอนนี้เราเห็นเขาแบบเหมือนดูแลแม่เขามานาน ก็ให้เขาอยู่....” (ID11-1)

“....แต่ในทางกลับกันถ้าเป็นญาติ คือ ถ้าถามหนูคิดว่าบางอย่างไม่มีใครบอกเราว่าเราต้องทำอะไรแต่ประสบการณ์มันสั่งว่ามันบอกเราว่าถ้าเราเป็นญาติอะ พอดีตัวเองก็เคยมีประสบการณ์ที่ดูแลคนไข้ที่เป็นระยะสุดท้าย ถ้าเราเป็นญาติเราอยากให้ หนูมองว่าเราคิดเผื่อไปว่าถ้าเค้าเสียเราจะเสียใจว่าเราไม่ได้ทำอะไรแล้วเราจะรู้สึกภูมิใจว่าเราได้ทำอะไรไปแล้ว....” (ID 1-1)

“...แต่ในการดูแลก็คือ เราดูตัวเขาเป็นหลักก็คือ ให้ข้อมูลกับตัวคนไข้ ก็คือเป็น step ที่ว่ามาแล้วเขาต้องการข้อมูลอะไร อาการทั่วไปของเขา โรคของเขาและก็ติดต่อประสานงานกับแพทย์ เขาต้องการอะไรเราก็สื่อให้ญาติทราบว่าเขาต้องการอะไร คือเหมือนเราทำเป็นเหมือนญาติเขา อีกคนอย่างนี้ เขาก็จะให้ความไว้วางใจ มีอะไรเขาก็มาบอกมาถามมีปัญหาอะไรก็จะมาคุย บางทีเขา ต้องการอะไรก็สามารถขอโน้นขอนี่...” (ID4-1)

## ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจากประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า มีการบริหารจัดการการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1. การจัดการเพื่อการตายดี 2. การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย และ 3. การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประสพการณ์จากการบริหารจัดการการดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะ เป้าหมายในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ผู้ป่วยตายดีตายสงบ ญาติยอมรับการสูญเสียการจากไปของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแลได้พยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการการดูแลทั้ง 3 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

### ประเด็นที่ 1 การจัดการเพื่อการตายดี

การบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี นับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ เพราะในการบริหารจัดการการดูแลนั้นมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเกิดการตายดี ญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้อย่างสงบ ซึ่งการที่จะสามารถบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายได้พยาบาลต้องดำเนินการในกระบวนการของการบริหารจัดการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการจัดการสถานการณ์แวดล้อม ด้วยการสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับวางแผนและบริหารจัดการการดูแลอย่างครอบคลุมครบถ้วน รวมถึงประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือการกลับไปมีวาระสุดท้ายที่บ้าน การประสานสิทธิ์ช่วยบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อแบ่งเบาภาระแก่ญาติ รวมถึงการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล ด้วยการสอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง คัดเลือก มอบหมาย ง่ายงาน ให้เหมาะสม รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมศักยภาพพยาบาลให้สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ

ชีวิตเกิดการตายดี ประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ 1.1 การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 1.2 การจัดการสถานการณ์แวดล้อม และ 1.3 การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล

### 1.1 การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นวิธีการหนึ่งในการบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้เกิดการตายดี โดยจากประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น พยาบาลได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรก เพราะจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยทำให้รู้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นการนำไปสู่การเปิดใจกว้าง ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ง่าย เมื่อพยาบาล ผู้ป่วย และญาติมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแล้วย่อมเกิดความคุ้นเคยตามมา การเข้าไปพูดคุยเพื่อสืบค้นข้อมูลหรือค้นหาความต้องการของผู้ป่วยก็จะสามารถทำได้ง่ายขึ้น การประเมินความต้องการของผู้ป่วยจึงทำได้ครบถ้วน ถูกต้องมากยิ่งขึ้นตามไปด้วยเมื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมครบถ้วนแล้ว ทำให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการบริหารจัดการการดูแลในผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำไปสู่การบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไปถึงวาระสุดท้ายอย่างสงบ รวมถึงญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้โดยเป็นไปตามเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีเมื่อส่งผู้ป่วยไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตแล้วการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติและขาดไม่ได้ เพราะผลของการประเมินจะนำไปสู่การปรับปรุงและการพัฒนาการบริหารจัดการการดูแลให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพ มี 5 ประเด็น ได้แก่ 1.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบ 1.1.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน 1.1.3 วางแผนการจัดการดูแลตั้งแต่แรกพบ 1.1.4 การจัดการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน และ 1.1.5 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล

#### 1.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบผ่านประสบการณ์ของพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า สัมพันธภาพเป็นเหมือนประตูด่านแรกที่จะทำให้พยาบาลเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของญาติ ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างญาติและทีมการดูแลทำให้เห็นถึงความจริงใจที่พยาบาลมีแก่ญาติในช่วงเวลาที่ยากลำบาก หรือช่วงที่เริ่มรับรู้การสูญเสีย ลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือลดการฟ้องร้อง เป็นการสร้างวัฒนธรรมที่ดีอันที่น้อมในสังคมการเจ็บป่วยยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ความคุ้นเคย ความไว้วางใจที่เกิดจากสัมพันธภาพอันดีตั้งแต่แรก ช่วยให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลหรือสืบค้นข้อมูล และประเมินความต้องการของผู้ป่วย

และญาติได้ง่ายขึ้น รวมถึงเข้าไปบริหารจัดการการดูแลได้ราบรื่นไม่ติดขัด หรือมีปัญหาในการบริหารจัดการ การดูแลน้อยลง แต่กระนั้นแล้ว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีไม่ได้เป็นแค่เพียงการเข้าไปพูดคุย สอบถามทำความเข้าใจกันเท่านั้น ภาษากาย เช่น การเข้าไปเยี่ยมเยียน อยู่ข้าง ๆ ให้เขารู้ว่าเราเป็นส่วนหนึ่ง เพื่อแสดงถึงการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ใจของเขา ก็สามารถทำให้เกิดการยอมรับเปิดใจ ได้เช่นกัน ทั้งนี้ พยาบาลอาจต้องอาศัยองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพและทักษะของการสื่อสารร่วมด้วย ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจของญาติและผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“สัมพันธภาพเป็นเหมือนประตูด่านแรกที่จะทำให้เราเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของ ญาติโดยเริ่มจากการ small talk คือถามสารทุกข์สุกดิบของญาติ เช่น วันนี้ทานข้าวหรือยัง ได้นอน บ้างไหมคะ มาทุกวันเลย มากกว่าการถามถึงผู้ป่วยหรือเรื่องที่เราอยากทราบ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ระหว่างญาติและ staff ทำให้เห็นถึงความจริงใจที่พยาบาลมีให้ญาติในช่วง hard time หรือช่วงที่เริ่ม รับรู้การสูญเสีย ลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือลดการฟ้องร้อง เป็นการสร้างวัฒนธรรมที่ดี ฉันทน์พี่น้อง ในสังคมการเจ็บป่วยยุคปัจจุบัน เพราะเวลาเจอญาติข้างนอกทำให้เกิดบรรยากาศที่ดี อบอุ่นเหมือนเป็นญาติคนหนึ่ง และการสร้างสัมพันธภาพอีกอันที่ใช้ คือ give and take ค่ะ คือเรา share ทั้งประสบการณ์ตรงและทางอ้อม คือประสบการณ์ตรง อย่างเช่น case คุณยายเรา ความรู้สึก ในการสูญเสียในบทบาทของญาติและแชร์ในมุมมองของเคสอื่นๆ ที่เราเจอในหอผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าญาติ จะตั้งใจฟังข้อมูลที่เราให้” (ID1-2)

“ไปเยี่ยมรอกว่าเขาแบบ บางทียื่นให้เขารู้ว่าเราเป็นส่วนหนึ่งนะ โอเคญาติอยู่กับ คนไข้ แต่เราไปยื่นว่าเราเป็นพยาบาลนะค่ะ ถ้าเกิดเขาโอเค บางคนเขาจะมี non verbal เขาก็จะ สบตา มันก็ดูลักษณะท่าทางได้ คือบางคนอย่างเขาเศร้า ถ้าเขาเศร้านั่นก็จะ support เรื่องเศร้า บาง คนเขารับได้ เราก็คูยได้ว่าเป็นยังไงคะ ตกลงเราจะดูแลกันแบบนี้ใช้ไหม แล้วต้องการอะไรเพิ่มหรือ เปล่า พอเราอายุงานมากขึ้น เราก็อี senior มากขึ้นหรือเปล่า ญาติเขาก็ไม่ไอนี่เราแล้วนะ.... ....ช่วย มาก ถ้าเขาไว้วางใจเราอย่างเดียวนะ เรื่องอื่นคือคุยไม่ยากเลย.... ....เขาก็ไว้วางใจ ไว้วางใจแล้วเหมือนเวลา เรารบอะไรเขาก็ไอนี่เรามากขึ้น” (ID11-1)

“ในการจัดการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ที่ผ่านมา จะเริ่มด้วยการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มโดยการแนะนำตัว แจ้งถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และพูดคุยทำ ความรู้จักกับผู้ป่วย และครอบครัว แสดงถึงความจริงใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจให้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยส่วนตัวคิดว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความเชื่อใจไว้วางใจเป็นการเริ่มต้น การทำ palliative care ในผู้ป่วยให้ดำเนินไปได้ด้วยดี” (ID3-2)

“...หน้าอ่อนๆ เข้าไปก็ไม่น่าเชื่อถือแหละหนูว่ามีส่วน เพราะว่าถ้าคนที่ไม่มีประสบการณ์อย่างแรกเลย การที่เค้าจะวางใจพูดคุยในเรื่องสำคัญมันก็ไม่มีแหละแต่ถ้าหน้าอ่อนเข้าไปได้เรื่องมีไหมมี คือ 1 บุคลิกภาพในการวางตัวของคุณเป็นสิ่งสำคัญการใช้คำพูดคำจาก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะให้เค้าเปิดแล้วการ Palliative หรือการ counseling มันจะได้ผลมันก็มีหลายอย่างนะหนูว่า แต่อย่างแรกที่มาหนูว่าใจมาก่อนเรื่องของใจเรื่องของทักษะทักษะด้านการสื่อสารและก็เรื่องของบุคลิกภาพก็มีส่วน....” (ID10-1)

### 1.1.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน

การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วนเป็นกระบวนการดำเนินการที่สำคัญยิ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายผ่านประสบการณ์ว่า การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องจัดการอย่างละเอียด ถูกต้อง ครบถ้วน และควรทำตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย เนื่องจากการที่พยาบาลจะสามารถบริหารจัดการการดูแลได้ดีและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนได้นั้น พยาบาลต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับ ประวัติ ความเป็นมา พื้นฐาน ภูมิหลังของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาประเมินการรับรู้รวมถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ประเมินการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจและการประเมินในเรื่องอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้านภายหลังการรักษาสิ้นสุดแล้วเพื่อนำข้อมูลมาบริหารจัดการร่วมกันกับทีม และจัดการแก้ปัญหาหรือสานต่อในสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาหรือไม่สามารถทำได้สำเร็จ โดยการดำเนินการต่อให้ผู้ป่วยบรรลุจุดประสงค์ บรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการ หรือให้ผู้ป่วยได้มีวาระสุดท้ายที่บ้านตามความต้องการอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ก็ต้องประเมินก่อนว่ารู้แค่ไหนว่าเขาเป็นอะไร เขาทำได้ไหม รู้สึกอย่างไร รู้แผนการรักษาหรือยัง คือต้องนึกถึงตัวผู้ป่วยก่อน ญาติเป็นอย่างไร ฐานะทางเศรษฐกิจ เราก็ต้องประเมินหมดเลย เกลื่อนี้กลับไปการรักษาสิ้นสุดแล้วเขากลับไปอยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมอย่างไร ทุกอย่างฐานะ คนดูแล เขาจะรับสภาวะโรคได้ไหม แผนการรักษาจากแพทย์ แพทย์ให้ข้อมูลครบถ้วนหรือเปล่า เราก็ประเมิน discharge plan ได้ถูกต้องไง วางแผนให้เขาอย่างเต็มที่วาระสุดท้ายที่โรงพยาบาล หลัก ๆ คือเน้นให้เขามีวาระสุดท้ายที่บ้านอย่างที่เขาต้องการอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด” (ID13-1)

“...ใช้กระบวนการพยาบาลแต่ว่าไม่ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของใคร ก็คือใช้ตามกระบวนการพยาบาลตามปกติ คือประเมินคนไข้ ให้การดูแลไป พอประเมินแต่ประเมินของเราคือ

ร่วมกับทีมด้วย ส่วนใหญ่คือพอประเมินเสร็จก็หาว่าสมมติว่าเราคิดแล้วว่าเคสนี้ palliative แล้ว เพราะฉะนั้น พอมาถึงจุดนี้จากการที่เราประเมิน เราก็พอจะคุยกับญาติกับหมอ กับทีมแล้วว่า เคสนี้จะอย่างไร ถ้าลงความเห็นกันแล้วในกรณีที่คนไข้ unconscious ไปแล้วญาติจะอย่างไร ก็จะคุยหาข้อตกลงร่วมกันว่ากับเคสนี้จะจบอย่างไร จะ CPR ใหม่หรือจะต่อยาใหม่ จะทำอย่างไรกับเคสนี้ หรือว่าจะสู้ แต่ถ้าสมมติไม่สู้แล้ว มันก็มีบางเคสที่ทั้งญาติและคนไข้ที่จะต้องมีการปรึกษาทางจิตเวชเข้ามาช่วย เรื่องของคนไข้ที่มีความวิตกกังวลมาก ๆ ก็จะหาทีมร่วมมาด้วย แล้วเราก็คุยกับหมอมว่าเคสนี้ที่เราประเมินว่าน่าจะให้เขามาช่วยคุณะ....”(ID12-1)

“คนไข้ที่มีวาระสุดท้าย ก่อนอื่นต้องดูก็คือ ต้องดูว่าคนไข้ มา admit แล้วอาการของคนไข้ เป็นยังไง แล้วก็ อันดับแรกเลยต้องถาม แพทย์เจ้าของไข้ ว่าเค้าคุย prognosis กับญาติไปถึงไหนแล้ว ญาติตัดสินใจว่ายังไง ถ้าในกรณีที่แบบว่า ญาติ โอเค ตัดสินใจว่าไม่ได้มีแผนการรักษาที่ซับซ้อน เช่น ที่ต้อง CPR แบบนี้ค่ะ หรือญาติตัดสินใจว่า no tube no CPR เป็น Palliative care พอเรารู้แผนการรักษาของแพทย์แล้ว เราค่อยไปยืนยันผลกับญาติอีกทีค่ะ ว่าคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ว่ายังไงบ้าง แล้วแผนการรักษาของหมอมเป็นยังไง แล้วแนวโน้มของคนไข้เป็นยังไง เล่าถึงเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น กับคนไข้ คือ 1 แย่ลง 2 ทรงตัว 3 ดีขึ้น และระยะเวลาของคนไข้ที่โอกาสแนวโน้มเป็นยังไง ณ ปัจจุบัน ให้เค้าร่วมในการตัดสินใจด้วย มีความคิดเห็นว่าจะยังไงบ้างกับการให้ข้อมูล เกี่ยวกับแพทย์ไป และให้โอกาส ได้ระบายความรู้สึก ตัดสินใจ ....เราจะดูโดยหลักเราจะปรึกษากับแพทย์ด้วย แพทย์ตัดสินใจว่ายังไงบ้าง คุยกับญาติว่ายังไงบ้าง แล้วเราก็ไปคุยกับญาติให้ญาติร่วมในการประเมินตัดสินใจอีกครั้งหนึ่ง ให้เค้าได้ระบาย แล้วเราจะช่วยเหลือในสิ่งที่ คิดว่าจะเป็นไปได้ ...แต่ในรายละเอียด ที่เราจะเข้าไปคุย approach กับเค้า ไปคุยให้ข้อมูล ให้เค้าได้ระบายความรู้สึกซึ่งบางที มันต้องเข้าร่วมพูดคุย บางทีก็อาจจะคุยกับญาติทั้งหมดของคนไข้ มาคุยกันหรือว่า ให้เค้าได้ระบายความรู้สึก ถ้ามีเวลาในส่วนตรงนี้ ก็จะแบบว่าทำให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ระหว่างญาติคนไข้ กับคนไข้ ระหว่างญาติคนไข้ กับเจ้าหน้าที่ ให้เค้าได้รู้สึก ว่า เค้าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับ คนไข้แล้ว ....เพื่อจะเอาข้อมูลมาบริหารจัดการว่าเค้ามีปัญหาตรงไหน มีค่างตรงไหนที่เราพอจะสามารถจัดการหรือสานต่อ ในสิ่งที่เค้าไม่สามารถทำสำเร็จหรือว่ายังค่างคา และเราสามารถดำเนินต่อให้เค้าบรรลุจุดประสงค์ บรรลุเป้าหมายในสิ่งที่เค้าต้องการอย่างน้อยได้ช่วย ถ้าไม่ประสบความสำเร็จอย่างน้อยก็ได้ช่วยในส่วนตรงนี้” (ID1-2)

### 1.1.3 วางแผนการจัดการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการวางแผนการบริหารจัดการการดูแลตั้งแต่แรกตามความคิด และประสบการณ์การบริหารจัดการการดูแลไว้ว่า การวางแผนการบริหารจัดการ

การดูแลตั้งแต่แรกช่วยให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เพราะการวางแผน คือ การพูดคุยระหว่างทีมการรักษา แพทย์ และผู้ป่วย หมายรวมถึงการวางแผนให้น้องพยาบาลผู้ร่วมทีมและการวางแผนให้ตัวพยาบาลเอง นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงความสามารถในการแสดงบทบาท และการวางแผนที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติของแพทย์และพยาบาล ซึ่งการวางแผนควรเริ่มต้นตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุยปรึกษาและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมตัดสินใจร่วมวางแผนเกี่ยวกับการดูแลรักษา พร้อมกับแพทย์ พยาบาล รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย ทั้งนี้ การวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ามาทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้รับรู้เกี่ยวกับความคาดหวัง ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สามารถวางแผนได้ครอบคลุมและทันท่วงที ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่วาระสุดท้ายอย่างสงบและตายอย่างสมศักดิ์ศรี ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ตามความคิดและประสบการณ์การจัดการดูแลก็มองว่า เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ แล้วก็จิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว แล้วก็เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่วาระสุดท้ายหรือการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและตายอย่างสงบ ก็ถ้าจะขยายความหมายของการวางแผน คงจะเป็นการวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงกลับบ้านหรือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต.... ..เราซึ่งเป็นพยาบาลก็ต้องมีการวางแผนแล้วว่าจะประสานงานกับแพทย์ให้มีบทบาทในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยยังไง และตัวเราจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอะไรได้บ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองเป็นอะไร prognosis ดีไหม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจและมาร่วมวางแผนให้การดูแลรักษาตนเอง พร้อมกับแพทย์ พยาบาล แล้วก็รวมถึงในทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย.... ..เราเองซึ่งเป็นพยาบาลก็ต้องประเมินและวางแผนร่วมกับทีมพยาบาลด้วยกันในการช่วย support จิตใจ ประสานงานกับแพทย์ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นระยะ วางแผนร่วมกับนักจิตวิทยาการศึกษาให้ช่วยในด้านจิตใจ support ให้คำแนะนำ รับฟังปัญหาความต้องการของผู้ป่วย.... ..อีกประเด็นคือ มีการวางแผนร่วมกับญาติด้วย ซึ่งก็ให้ญาติที่ใกล้ชิดมาร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน.... ..อีกด้านหนึ่งน่าจะเป็นในส่วนทางด้านจิตสังคม เกี่ยวกับครอบครัวและญาติ ก็จะมีการวางแผนอย่างทีกล่าวไปแล้วว่าก็จะมีการวางแผนญาติและครอบครัว ประเมินว่าใครจะเป็นคนกลับไปช่วยดูแลผู้ป่วยหากได้กลับบ้าน.... ..ก็จะมีอีกด้านที่จำเป็นต้องดูแลให้ครบ ก็คือ ด้านจิตวิญญาณ โดยส่วนตัวก็เห็นว่ามีสำคัญในการวางแผนจัดการให้ผู้ป่วยได้รับ เพราะว่าจะทำให้เราพยาบาลและทีมสุขภาพได้รับรู้เกี่ยวกับความคาดหวัง ความเชื่อ ความต้องการของคนไข้อย่างแท้จริง....” (ID3-2)



“...ก็คิดว่าเป็นเรื่องของการจัดการวางแผนการดูแลตั้งแต่ที่เราเห็นคนไข้ ว่าถ้าเป็นเคสอย่างนี้เราจะวางแผนว่า บทบาทของแต่ละคนควรจะเป็นยังไง หมอเขาควรจะให้ข้อมูลชั้นไหน และเราตัวพยาบาลเราให้ข้อมูลญาติถึงชั้นไหนได้ เราจะช่วยอะไรเขาได้ ช่วยญาตินะ แล้วก็ช่วยอะไรคนไข้ได้.... ..ถ้าอย่างนั้นเราก็อาจจะให้หมอช่วย ให้หมอเรียกญาติหลาย ๆ คน มีลูก 4-5 คน ก็ไปนัดญาติมา แล้วก็มาคุย วางแผนว่าเคสนี้ ถ้าสมมติคนไข้เห็นว่าอย่างนี้ คนนี้เขาบอกว่าเขาดูแลมานานเขาเห็นแล้ววาคนไข้เป็นอย่างนี้ อย่างนี้ คุณยังไม่ได้มาดูแลคนไข้ นะ คุณคิดว่าคุณจะทำอะไรบ้าง หรือไม่ถ้าช่วงนี้คุณยังไม่ได้ทำ ยังไม่ได้มาช่วยดูแลคุณแม่ คุณจะมาช่วยดูแลไหมช่วงนี้ ก็ช่วยวางแผน ญาติ ส่วนของน้องเราก็จะเป็น อย่างนี้เป็นของน้องพยาบาลก็ให้ข้อมูลเขา ถ้าเป็นที่ เป็นเคส palliative ก็ส่งเวรให้ในทีมรู้ว่าเคสนี้ palliative นะเขาจะได้ support จิตใจญาติด้วย หรือไม่ก็คือถ้าสมมติ คนไข้มีฉุกเฉิน เขาจะได้ทำถูกว่า สมมติเคสนี้เขาไม่ CPR บางทีก็กลัวจะหลุดไปว่าญาติเขาบอกว่าไม่ ต้อง pump หัวใจ เราก็จะได้ไม่ pump หรือว่าถ้าเหนื่อยมาก เขามี plan ว่า จะ drip morphine น้องก็จะได้ไปรายงานหมอถูก ว่าหมอเคสนี้ จะ drip ใหม ตอนนีเริ่มเหนื่อยแล้ว ...วางแผนให้น้อง วางแผนตัวเอง ถ้ามีเคสมา สมมติว่าเป็นเคส bed ridden เราก็รู้ว่า เป็นอายุเยอะๆ หรือเคส CA มา เราก็ต้องไป find ข้อมูลแล้ว บางที OPD ก็ส่งเวรว่าเคสนี้ทำอะไรบ้าง เป็นหมอ ถ้าเห็นว่าเหนื่อย หรือว่ามีติดเชื้อ sepsis มา BP drop ก็ส่งถามหมอเลยว่าเคสนี้เราคุยอะไรกับญาติไว้บ้างหรือยัง...” (ID 11-1)

“คืออันดับแรกก็ต้องวางแผนก่อน ก็วางแผนตั้งแต่แรกทีบอกว่าจะวางแผนร่วมกัน กับทีม แล้วเราก็ดำเนินการ เราก็มีประเมินผลกระบวนการอีกทีหนึ่งว่าที่เราได้ทำไปแล้วคนไข้ และญาติต้องการอะไรอีกหรือไม่ คือการประเมินผลแล้วทำตามความต้องการของคนไข้ ให้เขาได้ในความต้องการของเขาให้ได้ไปอย่างสงบ วางแผนก็คือพูดคุยระหว่างทีมกับแพทย์กับคนไข้ เหมือนเราก็ต้องวางแผนก่อนว่า case นี้ ก็คือ ทำตามความต้องการของคนไข้ก็คือมีการวางแผนตั้งแต่ต้นว่าเราพูดคุยกันระหว่างทีมสำหรับ case นี้ว่าจะทำอะไรกับคนไข้บ้าง ก็คือ เอาตามความต้องการของคนไข้เป็นหลัก” (ID13-2)

#### 1.1.4 การจัดการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน

เป้าหมายสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยตายดี ทั้งนี้ “การตายดี ตายสงบ ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึงการบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อความสบายและไม่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตอบสนองความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย และความต้องการของญาติ รวมถึงสะสางเรื่องราวที่ยัง

ค้ำคางของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้หลักของการพยาบาลเข้ามาบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการด้านคน สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ทั้งนี้ในการบริหารจัดการการดูแล เริ่มตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลร่วมกัน และให้การดูแลตามกระบวนการที่ได้ดำเนินการมา ซึ่งวิธีการบริหารจัดการการดูแลที่พยาบาลได้บรรยายผ่านประสบการณ์มีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแล ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการการดูแลตามอาการแสดงที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน อาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วย คือ หากผู้ป่วยปวดก็บริหารยาแก้ปวดให้เหมาะสม ผู้ป่วยเหนื่อยหอบก็ประสานแพทย์ให้ยาเพื่อให้ได้ผู้ป่วยพักและบริหารจัดการการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะสุขสบาย หรือทุกข์ทรมานน้อยที่สุด หรือการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ด้วยการทำตามความต้องการของผู้ป่วย ไม่ยื้อชีวิต หรือใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนา หรือความต้องการของผู้ป่วยที่เคยแจ้งไว้ รวมถึงบริหารจัดการการดูแลตามความต้องการของญาติ คือ ญาติยอมรับความสูญเสีย ยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลเป็นตัวประสานกับแพทย์และบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก เป็นต้น จากที่กล่าวมาข้างต้น หากพยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลได้ครอบคลุมรอบด้านนั้นย่อมหมายถึง การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นได้เดินทางมาสู่จุดที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการการดูแลแล้ว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

“คือการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แล้วก็ไม่ใช่ทุกข์ทรมาน ส่วนหนึ่งก็คือ ถ้ารวม ๆ กันเราใช้คำว่า *good death* คือ อันแรกก่อน เป็นการบริหารจัดการผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ก็คือโดยใช้หลักของการพยาบาลเข้ามาบริหารจัดการ ตั้งแต่ด้านร่างกายคือ อันนี้เราพูดหลังจากที่เรา *family meeting* กับญาติ ญาติคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ คือ *making decision* แล้วญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจได้ลงความเห็นแล้วว่าไม่ต้องการปั๊ม แล้วก็ *CPR* ไม่ต้องการยื้อชีวิตผู้ป่วยด้วยยากระตุ้นหัวใจ...อันนี้คือหลังจากที่เราได้ประเมิน *family meeting* กับญาติทั้งหมดแล้ว ได้คำตอบแล้วว่าหยุดการยื้อชีวิตผู้ป่วย หยุดการ *CPR* ผู้ป่วย หลังจากนั้นเมื่อเราได้ข้อตกลงร่วมกัน เราก็จะดูแลถึงการจัดการทางด้านพยาบาล ตั้งแต่ 1 ด้านร่างกาย คือ ทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด อันที่ 2 ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย.... ..อันนี้คือ ดูแลผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ.... ..ทางด้านจิตใจก็อย่างที่พูดไปก็คือ ถ้าคนไข้ที่ไม่รู้สึกตัวแล้ว เราก็จะ *main point* ไปที่ญาติ โดยที่ญาติอาจจะไม่ได้เป็นลูกอาจจะหลานก็ได้ แต่ต้องเป็นคนผูกพันกับคนไข้ แล้วมีอำนาจในการตัดสินใจ เพราะว่าบางทีคนไข้อาจจะผูกพันกับคนใดคนหนึ่งไม่นับสายเลือด แล้วเราก็จะมีทางด้านจิตใจอย่างน้อย เราก็ให้ญาติได้แสดงความรัก บอกรัก หรือบอกขอโทษ อันหนึ่งก็เป็นกิจกรรมทางศาสนา ก็คือ อย่างที่เคยพูดไปว่า ให้แนะนำเรื่อง

การทำบุญ สังฆทาน ไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนแต่ขึ้นอยู่กับศรัทธา อีกอันหนึ่งทางด้านที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ก็คือ มันเป็น action บทบาทอีกบทบาทหนึ่งก็คือ ถ้าเราไม่คุยกับญาติ ไม่มีการ family meeting ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลแล้วก็ญาติ มันจะทำให้การพยาบาลดำเนินไปตาม process เช่น CPR ถ้าคนไข้ได้รับการทุกข์ทรมาน ฉะนั้นถ้าเกิดเราจัด family meeting แล้วก็ได้ making decision อย่างนี้คนไข้ไม่ทุกข์ทรมานจากการปั๊ม CPR หรือยื้อ อีกอันหนึ่งถ้าเป็นใน case ของมะเร็ง CA ทั้งหลาย เราจะแนะนำเรื่องการใช้มอร์ฟิน หรือ pain... มันเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้คนไข้สุขสบายแล้วก็ไม่ทุกข์ทรมาน อันนี้ก็จะจะเป็นสิ่งที่เราทำ แล้วก็ท้ายสุดของ good death เราคิดว่า คือ การจากไปอย่างสงบ....” (ID1-2)

“คือ การจัดการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี....ก็คือหมายถึงคนไข้ อย่างเช่น ปฏิเสธการยื้อชีวิต อย่างเช่นใส่ท่อ ปั๊มหัวใจถ้าคนไข้ปฏิเสธเราก็ต้องทำตามที่คนไข้ต้องการ ก็คือ เหมือนเป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของเขา แล้วก็เรื่องความต้องการของญาติด้วย อย่างเช่นก็คือญาติ ก็ยอมรับความสูญเสียครั้งนี้ได้ ก็คือไม่ได้คิดที่จะยื้อชีวิตคนไข้ เหมือนกับเอาคนไข้เป็นหลักเหมือนกัน ทั้ง 2 ฝ่าย ในฐานะพยาบาลก็คือ เหมือนเราเป็นตัวประสานกับแพทย์ คนไข้ แล้วก็ญาติ เหมือนเอาคนไข้เป็นศูนย์กลาง ก็ทำตามที่คนไข้ต้องการเขาก็จะได้ไปเหมือนอย่างสงบแล้วก็ไม่มีห่วงอะไร เหมือนแบบตายอย่างสมศักดิ์ศรีก็คือตามความต้องการของคนไข้ต้องการแบบนี้ แล้วก็สงบก็คือ ไม่ทุกข์ทรมานก็คือ เหมือนมีการประสานกับแพทย์เรื่องการบรรเทาอาการเจ็บปวด แล้วก็มีการคุยกับญาติ เหมือนด้านจิตใจด้วยอะไรประมาณนี้ เหมือนให้ข้อมูลญาติให้เข้าใจด้วยว่าภาวะโรคนี้เป็นยังไงทำไมต้องทำแบบนี้ เหมือนอธิบายว่าถึงจะยื้อชีวิตเป็นการทุกข์ทรมานของคนไข้ให้ญาติเขายอมรับตรงจุดนี้ แล้วก็ด้านการจัดการเราก็เป็นตัวประสานก็เหมือนที่เราคุยกันระหว่างคนไข้ญาติแล้วก็อาจารย์เจ้าของไข้ หรือว่าจะเป็นที่ทีมหน่วยอื่น ๆ เราก็ต้องเป็นตัวประสานในทีมของพยาบาลอีกทีหนึ่งว่า case นี้ เราต้อง manage ไปในทิศทางไหน ก็มาให้ข้อมูลในทีมการรักษาพยาบาลของเราอีกทีหนึ่ง เหมือนเป็นตัวประสาน เราแจ้งระหว่างน้อง ๆ ส่งเวรต่อกับว่า case นี้ต้องประมาณนี้ ....ก็หมายรวมถึงการจัดการด้านคน สิ่งแวดล้อม อย่างคนเราก็ประสานส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ แล้วก็ญาติในทีมของเรา จัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมก็อย่างเช่น เหมือนคนไข้และญาติต้องการอะไร บางคนต้องการตามหลักศาสนา ต้องการเหมือนมีพระมา หรือว่าเป็นเรื่องด้านจิตใจ ความเชื่อ เราก็สนับสนุนให้เขาได้ทำในสิ่งที่เขาต้องการ.... ....แล้วก็สิ่งแวดล้อมเราก็เปิดโอกาสให้เหมือนญาติกับคนไข้ได้มีโอกาสได้อยู่ร่วมกันให้มากที่สุดเท่าที่เราจะสามารถทำได้ ด้านเรื่องกฎระเบียบของโรงพยาบาลก็ประสานให้เขาได้ใช้ช่วงชีวิตเท่านี้ให้ได้มีคุณภาพมากที่สุด ....” (ID 13-2)

“พี่บอกว่าทำยังไงก็ได้ให้เป็นไปตามความต้องการของเค้า อันที่ 1 นี้ แต่ว่าถ้าความต้องการของคนไข้กับญาติไม่ตรงกัน คือ ดีที่สุดพี่บอกว่าตั้งเป้าพร้อมกันยังคนไข้รู้ว่าตัวเองเป็นอะไรสามารถตั้งเป้าพร้อมกันได้ดีที่สุด ถ้าตั้งเป้าพร้อมกันไม่ได้หลาย ๆ คนจะบอกว่าทำตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่พินะในฐานะที่พี่ทำงานมานานพี่บอกว่า ถ้าเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตรงกันไม่สามารถทำให้ตรงกันได้เลย ให้กลับมาดูใหม่ว่าถ้าตามเป้าหมายของผู้ป่วยแล้วครอบครัว suffer พี่เลือกจะทำตามเป้าหมายของครอบครัวแต่ต้องเคลียร์ให้เข้าใจตรงกันก่อน เพราะไม่จำเป็นแล้วทำตามความต้องการของคนไข้ แล้วญาติมา suffer ที่หลัง.... ....ก็เลยทำให้รู้ว่าการทำ palliative ไม่ใช่การทำให้คนไข้สมปรารถนาทุกรายมันต้องเป็นญาติสมปรารถนาด้วยเพราะบางที่เราก็คงต้องคุย....” (ID 5-1)

“ตามความคิดเห็นนะคะ ดายอย่างสมศักดิ์ศรี น่าจะเป็นการจัดการเน้นในด้าน การให้ข้อมูล และให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค สภาพร่างกาย prognosis ของตนเอง ให้มีคนที่ ได้มีสิทธิ์ตัดสินใจทางเลือกในการรักษา ทางเลือกที่จากไป การไม่ยื้อชีวิตของตนเองไว้ ต้องการจากไป อย่างสงบ พยาบาล/แพทย์ ทีมสุขภาพก็จะมีหน้าที่ บทบาทในการจัดการดูแลให้ตรงตาม ความต้องการ สิทธิที่ผู้ป่วยต้องการได้รับอย่างเต็มที่ และน่าจะรวมถึงการให้เกียรติคนไข้แม้กระทั่ง เข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว เช่นว่า เราควรแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลให้ การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สัมผัส และเข้าใจถึงสภาวะร่างกายของคนไข้ที่เป็นอยู่ ความเข้าใจนี้ก็ ถือว่าเป็นการให้เกียรติผู้ป่วยตามสิทธิของผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับแล้วค่ะ” (ID3-2)

### 1.1.5 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการ การดูแลไว้ว่า หลังจากให้การบริหารจัดการการดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว จะทำการประเมินผลลัพธ์ ภายหลังการบริหารจัดการการดูแล ซึ่งวัดผลลัพธ์จากความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยการประเมินมีทั้งการใช้แบบสอบถามประเมินและการสอบถามด้วยวาจา การสังเกตปฏิกริยา อารมณ์ของญาติที่มีต่อเจ้าหน้าที่ เช่น สีหน้า คำพูดรวมถึงการแสดงออกถึงความพึงพอใจ และนำ ข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะ หรือการสะท้อนกลับถึงความไม่พึงพอใจ ที่ได้จากการประเมินผลลัพธ์มา พุดคุยปรึกษาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลผ่าน ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ญาติมีความพึงพอใจ พยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูล ตรงกันว่าหากญาติพึงพอใจในการบริหารจัดการการดูแล เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตญาติจะกลับมาขอบคุณ พยาบาล มีการนำสิ่งของ และเงินมาบริจาค โทรศัพท์กลับมาแสดงความขอบคุณ เหล่านี้เป็นต้น

แต่พบผลลัพธ์บางส่วนจากการประเมินที่ญาติไม่พึงพอใจจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือว่าได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการ รวมถึงจากการใช้คำพูดน้ำเสียงกิริยาท่าทางในการให้การดูแล ทั้งนี้ การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลเป็นสิ่งที่ยาบาลต้องประเมินอย่างขาดไม่ได้ เพราะผลของการประเมินเป็นตัวสะท้อนผลของการบริหารจัดการการดูแล และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการแก้ไข นำไปสู่การพัฒนาในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เราก็มีแบบประเมินความพึงพอใจ ประเมินว่าเขาพึงพอใจไหม จะมี good dead ก็อย่างเช่นว่า 1 ผู้ประเมินคือใคร เราให้ข้อมูลอะไรบ้าง ก็จะมีการตีๆ แต่ว่าเราจะไม่ได้ไปสอบถามเขานะ สมัยก่อนมีการส่งจดหมายไปที่บ้าน ถามแบบคุณพึงพอใจอะไรไหม แต่ตอนช่วงหลังๆ ไม่ได้มีการส่งไปที่บ้านแล้ว เพราะว่าเราให้เขาทำที่นี้เลย เพราะว่าบางครั้งบางคนเขาก็อาจจะต้องการเป็นส่วนตัวในการทำเรื่องพวกนี้ อาจจะต้องให้ระยะเวลาอยู่กับเขา แต่เหมือนว่าที่เขาไม่มีแบบประเมินไปถามที่บ้านแล้วเพราะว่า 100% พึงพอใจมากกับการที่เราทำ แต่เราไม่ได้มีแนวปฏิบัติโดยตรงว่า 1 2 3 เราต้องทำอย่างนี้ แต่ว่าเราก็จะดูตามความเหมาะสมส่วนใหญ่ที่นี้ คือ ที่มองนะ ส่วนใหญ่เขาจะพึงพอใจแล้วก็รับได้ เพราะว่าอย่างที่บอก คือ 1 เราอาจจะมึบุคคลากรเยอะ ตรงนี้มันเป็นส่วนสำคัญเลยที่จะสามารถให้ข้อมูลได้ เพราะว่าคนเราส่วนใหญ่บางครั้งจะไม่พึงพอใจก็ต่อเมื่อได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือว่าได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการของเขา ซึ่งเราก็คือ อย่างที่บอก ต้องดูก่อน ประเมินก่อนว่าเขาต้องการอะไร ก็คือ สมมติคือ เราจะต้องประเมินคนไข้ให้ได้ว่า ณ จุดนั้น คือความสำคัญให้การเลือกของเขามันมากกว่างานอื่นที่เราทำไหม บางครั้งอย่างเราทำงานเป็นทีมอยู่ เราเห็นว่าเขาเรียกบ่อย ๆ เราคิดว่ามันไม่สำคัญ จริง ๆ แล้วมันสำคัญ ถ้าสมมติว่าเราประเมินถูก แล้วเราสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้ก็โอเค แต่ในกรณีที่บางครั้งคุณประเมินผิด คุณก็อาจจะมีความรู้สึกมาเสียใจภายหลัง ว่าทำไมเราไม่ไปดูเขาก่อนนะ ทั้งๆ ที่เราก็พอปลื้มตัวไปได้ แต่เราอาจจะไม่ได้ปลื้มตัวไป” (ID9-1)

“เราเคยคิดจะทำแบบวัดความพึงพอใจ แต่เราก็ไม่กล้าทำ มันเหมือนความรู้สึก เขาจะมาพึงพอใจอะไรกับการตายของญาติ แต่ทำเรื่องการยอมรับการเสียชีวิตของญาติ ไม่ได้ใช้แบบสอบถามใช้ประเมินจาก wording สัมภาษณ์ ....คือ ใช้ถามน้องเอา ถ้าเกิดไม่ได้ dead ในเวอร์นุอย่างนี้ ว่าญาติรู้สึกยังไง สีน้าญาติเป็นยังไง เขามีคำพูดไหนใหม่ที่รู้สึกไม่ดี การที่น้องลังเลถนองคิดว่าเขายอมรับการเสียชีวิตไหม น้องทุกคนมักจะตอบว่ายอมรับค่ะที่” (ID6-1)

“ผลลัพธ์มันจะมีความพึงพอใจ ก็เก็บทุกเคส คนไข้ย้าย คนไข้ dead เก็บหมดแล้วก็จะจะมีแบบก็จะเป็นแบบว่า ตี๊กแบบอะไรก็ ในกรณีที่มีมันซีเรียส ญาติ comment เช่น มีปัญหาญาติมีปัญหาอะไรอย่างนี้ ในกรณีไม่ใช่คนไข้ dead ก็มีง คนไข้ complain บ้าง พยาบาลดูพยาบาลอะไรอย่างนี้ ไข้วจาไม่สุภาพ ใช้สีหน้าไม่อะไรประมาณนี้ หรือเออ ประมาณเสียงดงเสียงดังอะไรก็ ประมาณนี้ ....แต่ที่เราเอาเวลานั้นมาคุยกันเฉยๆ คุยกันว่าต้องให้ข้อมูลญาติให้ชัดเจน ต้องพูดจาให้มีแบบไม่ใช่ลากเสียง เออ ต้องแบบว่าคะ ขา หนอย อะไรก็ เหมือนกับให้เค้าสบายใจนิดนึงอะ คือ ทำให้ดีอะ ไม่ใช่แบบว่าซักสีหน้า...”(ID8-1)

## 1.2 การจัดการสถานการณ์แวดล้อม

การบริหารจัดการสถานการณ์แวดล้อมของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในวิธีการที่พยาบาลวิชาชีพใช้บริหารจัดการการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี เพราะการบริหารจัดการการดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในที่นี้ หมายถึงรวมถึง การติดต่อประสานงานเชื่อมโยงกับเครือข่าย การประสานสิทธิ์ รวมถึงการจัดการค่าใช้จ่ายซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการการดูแลไปพร้อมกันกับการบริหารจัดการการดูแลด้านอื่นๆ ทั้งนี้ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีการทำงานประสานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับหลายภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่รวดเร็ว ครอบคลุมและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงสามารถวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับไปมีวาระสุดท้ายที่บ้านได้ อีกทั้ง เรื่องสิทธิ์และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและญาติต้องเผชิญ เช่น การรักษาบางอย่างอาจไม่ครอบคลุมตามสิทธิ์การรักษาทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ญาติต้องแบกรับภาระสร้างความทุกข์ใจให้แก่ญาติและผู้ป่วย เป็นต้น มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.2.1 ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วน และ 1.2.2 ประสานสิทธิ์ร่วมจัดการค่าใช้จ่าย

### 1.2.1 ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วน

การประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเป็นการบริหารจัดการสถานการณ์แวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำตามความต้องการและเจตนาธรรมณ์ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยอาศัยการประสานความร่วมมือของหลายภาคส่วน แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยมีพยาบาลเป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานที่ประสานกันด้วยการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมเพื่อให้เกิดการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุดนั่นคือ จัดการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ยกตัวอย่างเช่น การวางแผนจัดการประสานงานกับทีมเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีวาระสุดท้ายที่บ้านอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วยซึ่งพยาบาลต้องประสานกับทีมแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของคนไข้ ให้ข้อมูลกลับญาติถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน เช่น การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น

การเรียนรู้ว่าการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านและการให้การดูแล การแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านพร้อมทั้งติดต่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่สถานพยาบาล เป็นต้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลสามารถจัดการประสานเชื่อมโยงได้ดีและมีประสิทธิภาพแล้ว ผู้ป่วยและญาติย่อมได้รับการบริหารจัดการการดูแลให้เป็นไปตามความประสงค์ได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เราก็จะต้องเตรียมไว้ให้พร้อม พร้อมที่จะกลับไปจริงๆ ถึงแม้ว่าจะกลับไปตายก็ไปตายอย่างสุขสบายไม่ทรมานทั้งความรู้สึกของคนไข้ และความรู้สึกของญาติเพราะสภาพติดต่อนานนั้นนะเชื่อว่า ญาติคนที่ดึงจะให้กลับไปให้ได้ และต้องไปเห็นภาพคนไข้กระสับกระส่ายเค้าก็คงรู้สึกผิดไปตลอด ถ้าเป็นคนไข้มันก็เหมือน D/C planning ถ้าคนไข้ต้อง On ออกซิเจน หรือว่ามีแผลที่ปวดหรือว่า on NG feeding อะไรอย่างนี้ เราก็ให้ข้อมูลด้านการแคร์คนไข้ไป แล้วก็มีการปรึกษาหน่วยการดูแลต่อเนื่อง และก็เรื่องของบันทึกประวัติการรักษาที่คุณหมอก็จะต้องแนบไปด้วย ....ก็คือ อย่างแรกก็คือ การเตรียมพร้อมค่ะ เพราะว่าก็ต้องดูเรื่องของสิทธิ์การรักษาก่อนเรื่องของการจัดหาเตรียมอุปกรณ์ให้อุปกรณ์ต่างๆ ประสานงาน คือ พุดง่ายๆ ประสานงานติดต่อประสานงานเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์ด้านความรู้ด้านอุปกรณ์ก็คือ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ด้านความรู้ก็คือ ความรู้ของ caregiver หลักๆ แล้วเราก็จะไม่สอนไปคนเดียวเราก็เน้นว่าควรจะมีคนมากกว่า 1 คน กรณีที่ฉุกเฉินมีคนสามารถดูต่อได้อย่างนี้ค่ะ แล้วก็เรื่องของแหล่งความช่วยเหลือเมื่อ D/C ไปแล้วอย่างแรกก็จะเป็นเรื่องของการติดต่อพยาบาลดูแลต่อเนื่องแล้วก็เรื่องของสถานพยาบาลใกล้บ้านที่เค้าจะสะดวก ....ก็มีเยอะค่ะขึ้นอยู่กับว่า ญาติเค้าสะดวกใจแบบไหนถ้าเค้ามีตั้งเคาะหน่อยซื้อเลยเครื่องผลิต หรือว่าจะเป็นแท่งเคาะไธม์นี้ค่ะ ถ้าอย่างเคสที่ต้องการความช่วยเหลือก็จะมีของการพยาบาลต่อเนื่องนี้แหละที่เค้าจะมีให้เข้าออกซิเจน ถ้าบางเคสเค้าก็จะบอกว่าเค้าสะดวกที่จะเข้าข้างนอกมากกว่าก็ให้เค้าไปหาข้อมูลมาเราก็จะได้แนะนำ ก็คือ เราแนะนำแต่การตัดสินใจขึ้นอยู่กับญาติกับผู้ป่วย คือ ดูองค์ประกอบอย่างอื่นด้วย คือ มันไม่ใช่ว่าโรคนี้นี้เหมือนกันกลับบ้านแบบนี้เหมือนกันแล้วจะต้องสูตรเดียวกันเป๊ะ คือ มันต้องคุยกันนะจะว่ายังไงเราต้องรู้พื้นหลังเค้าด้วยว่ายังไงอย่างเดียวก็น่าจะเป็นคำถามที่เจอบ่อยต้องซื้อเตียงใหม่แล้วจะ Feed หัวสูงได้ยังไงมันก็ต้องเทคนิคหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งอย่างเราอยู่โรงพยาบาลเราไม่คิดว่าจะเจอใจ แต่เราก็ต้องนึกถึงข้างหลังไปเค้า จะเจออะไร คือ เหมือนกับเป็นพยาบาลต้องคิดมากต้องระแวงต้องอะไรหลายอย่าง และต้องอย่าคิดว่าเค้าจะรู้ไปหมดทุกอย่างที่เราสอนก็ต้องเผื่อไว้ด้วยถ้ามันเป็นอย่างนั้น ถ้ามันเป็นอย่างนี้ พยายามให้ความสำคัญให้ Information ให้ครบแล้วก็เสนอทางเลือกเมื่อเค้ามีปัญหาก็คือ ที่เค้าจะสามารถ” (ID10-1)

“...พี่มีเคลสอยู่เคลสหนึ่งเนี่ยเคลสแม่อยากเจอลูก ลูกติดคูกอยู่ เคลสนี้เป็นเคลส คลาสสิกเลย เล่าอยู่เรื่อยเลย เพราะว่ามันไม่ได้มีอีกแล้ว มันไม่ได้มีบ่อยๆ ถามว่าทำยังไงล่ะเค้าจะไปเจอลูกเค้าได้ พี่บอกพยาบาลต้องทำเป็น ก็โทรไปทางกรรมนะ แต่ช้าหน่อย เพราะไม่รู้ขั้นตอน สิ่งที่ทำคือ พี่ไปคุยให้นักสังคมสงเคราะห์ฟัง ว่าพี่เจอเคลสแบบนี้เค้าจะช่วยพี่ได้มั้ย เค้าน่ารักมาก จำได้ว่าคุณรัตนามอบหมายน้องคนนึงมาช่วยพี่เค้าติดต่อยู่ 2 สัปดาห์ ทุกอย่างเรียบร้อยหมดเลย คำว่าเรียบร้อยหมดเลยคือ ได้รถมารับคนไข้ได้ Ambulance จากโรงพยาบาลนะ ทำหนังสือขอรถ เค้าติดต่อทุกอย่างภายใน 2 สัปดาห์ ถามว่าเราต้องทำอะไรเค้าคงทำไม่ได้ เพราะเราไม่รู้ไงเราก็งมๆๆ แล้วถามว่าเราต้องทำงานที่คนอื่นทำไม่เป็นเท่าไร พี่บอกว่างานนี้พี่ทำได้ ถ้าพี่ทำได้เพราะพี่อยากทำอะไร พี่ก็ทำได้แต่มันใช้เวลาเท่าไร แล้วต้องทำงานที่คนอื่นทำแทนพี่ไม่ได้ แต่ในสิ่งที่พี่เลือกก็คือ พี่เอาอันนั้นมาให้เค้าทำ แล้วพี่ทำงานอื่นที่เค้าทำไม่ได้ ทีม Management เค้าทำไม่ได้ พี่บอกว่าคนที่ทำตรงนี้ได้ดีที่สุด คือ พยาบาล พยาบาลนะเหมือนเปิด แต่เป็นเปิดที่ขึ้นก็เพราะพอสมควรนะไม่ใช่เป็นเปิดแบบชั้นไม่เพราะ คือ เราทำได้ทุกอย่างอะ เรา counseling ได้เราไปติดต่อย่างนักสังคมเราก็ตัดต่อได้ แต่ถามว่า เราจะรู้สึกอย่างเค้ามั๊ย เราอาจจะต้อง เค้าอาจจะเยอะนะ แต่ถ้าเราจัดการนะพี่ว่าเราทำได้ดี เพราะเราเป็นคน holistic ได้ดี เราเป็นคนประเมิน...” (ID5-1)

“มีอีกเคลสหนึ่งที่เพิ่งสดๆ ร้อนๆ เคลสนี้เหมือนจะเป็น Palliative care ด้วย นะคะ แต่ว่า คือ คนไข้ต้องล้างไต แล้วมีลูก ลูกสาวคนนึงแต่งงานกับชาวโพรแลนด์ แล้วก็ซึ่งอยู่ต่างประเทศต้องกลับมาดูแล เหมือนอาการไม่ดี ต้องล้างไต ต้องส่งต่อบ้าน คือ คนไข้ อยากกลับบ้าน ตัวลูกสาวก็คือ บ้านอยู่บุรีรัมย์ก็เลยอยากให้หาโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน จะได้ดูแลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตรงส่วนนั้นมากนักในเรื่องการเดินทาง ก็ติดต่อประสานงาน รถ ambulance แล้วก็ติดต่อโรงพยาบาลต้นสังกัดแล้วก็ส่งต่อข้อมูลแล้วก็ส่งกลับบ้าน แต่ว่าเค้าไม่มีตังค์ เพราะว่าค่ารถ ambulance 14,000 ก็เลยต้องติดต่อกับนักสังคมสงเคราะห์ ที่สังคมสงเคราะห์เค้าจะมีรถพอเติกตั้งรถมูลนิธิ ซึ่งราคามันจะถูกกว่า ซึ่งได้ประมาณ 9,000 แล้วก็ช่วยตรงส่วนตรงนี้ให้หน้าจะประมาณนี้ เค้าก็ส่งกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย” (ID2-1)

“...ก็คือรู้สิ่งที่เขาต้องการก็คือการไปพบลูก ซึ่งจริง ๆ แล้วเด็กก็อยู่ในห้องเด็กใน ward เด็กอยู่ในตู้อบแบบนี้แหละ แต่ว่าเขาไม่มีโอกาสพบลูกเลย เราก็ให้คำแนะนำเขาว่า งั้นเอาอย่างนี้ให้คุณพ่อเด็กไปหารูปน้องมาให้คุณแม่ดู อย่างน้อยก็เติมเต็มในเรื่องของความต้องการทางด้านจิตใจ พอไปถ่ายรูปลเสร็จ แม่ก็ยิ่งมีความที่อยากจะพบลูกมากอย่างนี้ เราก็อธิบายเขาว่า บางครั้งการออกไปข้างนอก ก็อาจจะมีความของการติดเชื้อมันได้ง่าย ซึ่งเขาก็ยอมรับตรงนั้น แต่ว่าเขาต้องการเห็นหน้าลูก เราก็ส่งเสริมให้เขาได้บรรลุความต้องการตรงนั้น เพราะเรารู้ว่าเขาอยากเจอหน้าลูก แต่ว่าการรักษา



ของเขา คือ จากการที่เราให้การรักษาเต็มที่แล้ว การตอบสนองคือ มันแย่มาก เรากับทีมแพทย์ก็เลยตกลงกันว่า เราจะต้องไปที่ ward เด็ก ประสานงานกับทีมหมอเด็ก ว่ามีเหตุการณ์อย่างนี้ ขออนุญาตได้ไหมว่าพามาแม่ไปพบ ก็ได้พามาแม่ไปพบ 2 ครั้ง หลังจากนั้นมาที่เขาได้ไปพบเขาก็ดีใจมาก เขาก็เอากลูมาให้อุ้ม เขาออกจากต้อบแป็บหนึ่ง หลังจากนั้นมาก็คือว่า เกล็นนี่ คือ เขาก็ไปนั้นแหละ แต่ว่าก็คือ เราได้ตอบสนองความต้องการของเขา ซึ่งถ้าเรามองแค่ว่าเด็วย่อยต่อไปยังไงเด็วยก้แย่ออกไปก็คิดเชื่อย่างนี้ แต่เราก็คือไม่ได้ทำอะไรให้เขา อันนี้ก็เป็นเคลสที่เราารู้สึกว่า เราได้ประสานงานกับทีมทั้งระบบ แล้วทุกคน บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน” (ID9-1)

### 1.2.1 ประสานสิทธิ์ร่วมจัดการค่าใช้จ่าย

การประสานสิทธิ์ร่วมจัดการค่าใช้จ่ายเป็นการบริหารจัดการการดูแลที่หากพยาบาลให้ความสำคัญและจัดการได้ดี จะช่วยลดความทุกข์ใจให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าจะเสียชีวิต ถึงแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ไม่สามารถกะเนได้ว่าระยะสุดท้ายของแต่ละคนจะยาวนานเท่าไร และบางครั้งการรักษาที่สิทธิ์ไม่ครอบคลุมทำให้ญาติต้องแบกรับภาระด้านค่าใช้จ่าย เช่น ผู้ป่วยบางรายในตอนแรกแจ้งว่าสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ แต่เมื่อระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานานขึ้นทำให้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ หรือญาติบางคนเกิดความกลัวว่าแพทย์จะไม่ดูแล หากแจ้งว่าไม่มีเงินค่ารักษา ทั้งที่จริงๆ แล้วไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ เหล่านี้เป็นต้น ทำให้พยาบาลต้องหันกลับมามอง และให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ด้วยการประเมินสอบถามข้อมูลความสามารถในการจ่ายค่ารักษาตั้งแต่แรก และมีการประเมินเป็นระยะๆ หากพบปัญหาที่ทำหน้าที่ประสานนักสังคมสงเคราะห์ให้ร่วมพูดคุยหาทางออกร่วมกันกับญาติ หรือบริหารจัดการการดูแลเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่าย เช่น เสนอให้แพทย์ใช้ไข่ขาวแทน albumin แนะนำญาติให้ซื้อสำลีที่มีราคาถูกกว่าจากร้านค้านอกโรงพยาบาลแทนการเบิกในโรงพยาบาลหากไม่สามารถเบิกสิทธิ์ค่ารักษาได้ ดังนั้น หากพยาบาลสามารถให้การบริหารจัดการการดูแลประสานสิทธิ์ร่วมจัดการค่าใช้จ่ายได้ดี และมีความสนใจ ใส่ใจที่จะช่วยเหลืออย่างจริงจังทำให้ลดภาระตลอดจนช่วยแบ่งเบาความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยและญาติได้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...เคลสนี้มาแบบบ้านๆ เลย ตอนแรกมาบอกว่าจ่ายได้ รักษาไปเลยพอเราคุยเป็นระยะ เพราะว่าถ้ามีอะไรที่ต้องมีการกระทบแน่ ๆ เราก้จะคุยเป็นระยะแต่อันดับแรก คุยตั้งแต่แรกแล้วแหละ คือ ถ้าเป็น 30 บาทมันจะ cover ในหลายๆ ส่วนแต่บางส่วนก็ไม่ cover อันนี้ขออนุญาตเรื่องนิดนึง อย่างเช่น 30 บาท เราต้องให้ albumin ซึ่งมันนอกสิทธิ์อย่างนี้คะ คือ ก่อนจะให้หมอสั่ง Order มาแล้วเราต้องท้วงหมอก่อนแหละหมอกะ เคลสนี้สิทธิ์นี้ไม่ cover นะ ให้อายุกับญาติใหม่ให้

เค้ารับทราบไหมจะต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินตรงนี้เค้ารับได้ไหมได้ไม่ไค้ยังงไรเราจะไค้ช่วยกันและหมอมว่า มันจำเป็นจริงไหม ไม่มีตัวเลือกอื่นแล้วหรือ OK ถ้าจำเป็นญาติจ่ายได้จบ จำเป็นญาติจ่ายไม่ได้เราจะไค้ประสานงานต่อสังคมสงเคราะห์หือะไรอย่างนี้ช่วยคะ ....คือ ตอนแรกก็เต็มทีๆ ตอนแรกก็คุยกันว่า จ่ายได้ พอวันถัดมาถึงมาบอกกว่าจริงๆ ไม่มีหรือกลัวหมอมไม่รักษาบอกว่าจ่ายได้ เราก็เลยต้องมาคุยกันใหม่ไม่เป็นไรนะ คือ ส่วนมากเคส เราจะ Clarify ตั้งแต่มาเลย ถ้าเป็นสิทธิ์จ่ายเองขึ้นมาเนี่ย เราจะคุยก่อนมันก็เป็นเรื่องสำคัญแล้วมันก็มีผลต่อการรักษา ก็จะคุยก่อนว่าอันนี้ที่มาผิดขั้นตอนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทางนี้รับทราบแล้วนะ OK รับทราบ เค้าเซ็นอะไรเสร็จแล้วนี้ ที่นี้เราไม่ทราบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้มันจะสูงสุดที่เท่าไร แต่ว่าถ้ามันมากญาติว่ามันมากเลยแบบไหนที่จะไหวมากระดับไหนที่จะไม่ไหว ถ้าสามารถบอกเป็นตัวเลขได้เราก็จะได้คุย และก็ประสานสังคมสงเคราะห์ไป ถ้าดูแนวโน้มว่าจะมีปัญหาหะอย่างเคสนี้เค้าก็ยืนยันว่าจ่ายได้จ่ายได้ แต่พอวันต่อมาเค้าก็รู้สึกแล้วว่าจ่ายไม่ได้กลัวหมอมไม่รักษา เราก็เลยให้ข้อมูลเค้าไปไม่เป็นไรไม่ต้องห่วงเรามีทางดูแลช่วยเหลือกัน เพียงแต่ว่าที่เราสอบถามนะเพื่อที่เราจะได้รู้ว่าเราควรจะประสานงานยังงไรให้การช่วยเหลือยังงไรให้ตรงจุดก็คุยก็มีหลายๆ อย่างคะ ก็มีการบริจาคเลือดก็มีทางนั้นทางนี้มา คือ ถ้าบริจาคเลือดมันจะได้ส่วนลดด้วยนะคะถ้าเราระบุว่าจะให้คนนี้นั้นนั้นคะ ค่าเลือดเค้าก็จะถูกลงไป แล้วก็สังคมสงเคราะห์ก็ไค้เข้ามาช่วยตรงนี้ด้วย โดยทั่วไปเราจะทำยังงไร คือ อย่างน้อยถึงเราจะช่วยเพื่อนมนุษย์แคไหนต้องไม่ให้โรงพยาบาลเราขาดทุนเสียจนไม่สามารถดูแลคนอื่นต่อได้อีก มันจะกลายเป็นว่าช่วยคนไข้แล้ว แต่ของเราขาดทุนแล้วเราจะเอาทุนที่ไหนไปพัฒนาเพื่อมาดูแลคนอื่นต่อ มันก็ไม่ใช่” (ID10-1)

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“...แล้วก็เรื่องเศรษฐกิจ เศรษฐกิจก็จะเป็นปรึกษาสังคมสงเคราะห์ แล้วก็ทีวอร์ดเราก็จะช่วยเขาเรื่องส่วนเกิน อย่างตอนนี้เป็นเคสที่ end of life เหมือนกัน แล้วก็แบบ on ventilator เป็นสิทธิ์ต้นสังกัด แต่ว่าต้นสังกัดเราเขาก็มีส่วนเกินสิทธิ์ ทหารวันหนึ่ง 300 เขาจ่ายค่าส่วนเกินอันนี้เป็นหมื่นแล้วอะ เขาก็บอกว่าเขาไม่ไหวแล้ว ก็ปรึกษาสังคมไป ก็ช่วย เราก็ช่วย เพราะบางทีเขาเหมือนแบบเขาเป็นระยะสุดท้ายก็จริง แต่มันไม่สามารถคะเนได้ว่ามันจะระยะสุดท้ายของแต่ละคนมันจะเท่าไร.... ....แต่ว่า เกลอย่างคนไข้โรคตับ ที่ถึงจะเป็น end of life ที่เป็นแบบ HCC คนไข้ก็ albumin ต่ำอะส่วนใหญ่ มันก็ไค้ให้ albumin มันเป็นยานอกบัญชี บางทีก็ไค้คุยกันก่อนถ้าจ่ายไม่ได้หมอมจะให้อย่างอื่นใหม่ หรือว่าถ้าเขาจะ palliative จริงๆ เปลี่ยนจาก albumin เป็นไข่ขาวผสมอาหารใหม่ ถ้าเขาไม่มีตั้งจ่ายไม่ไหว.... ....เดี๋ยวนีก็จะมีเริ่มบอกญาติว่าถ้ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ถ้าเป็นเคสที่เขาแบบเหมือนรักษามานานเรื่อจริง ก็ไค้ถามเขาไปเลย ไม่รู้ว่าเพราะอายุงานเยอะมั้ง ก็เลยจะกล้าถาม เพราะรู้ว่ามันเคยมีปัญหา มา ก็ถามเขาเลยว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไหม ถ้ามีต้องรีบบอกนะ อย่าบอกว่าจ่ายได้แล้วมามีปัญหาทีหลัง เพราะว่ามีบางเคสญาติอยากช่วยคนไข้

ก็บอกว่าจ่ายได้ๆ บอกว่าตัวเองจ่ายได้ พอมันจริงๆ กลายเป็นแบบใช้ไปหมดแล้ว จ่ายไปจนหมดแล้ว คุณตั้งแต่อยู่มา 1-2 เดือน จ่ายไปหมดแล้ว แล้วก็ไม่มีอีกแล้ว ถ้าเป็นเคสอย่างนี้เราก็ปรึกษาสังคมให้เขาช่วย ส่วนใหญ่ของทีวอร์ดก็จะมีเคสแบบนี้เยอะเหมือนกัน เพราะว่าทีวอร์ดเป็นคนใช้สามัญ” (ID11-1)

“...ส่วนทางด้านค่าใช้จ่ายปกติเราก็จะดูอยู่แล้วว่าเรามีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายหรือเปล่า อย่างเช่น บางครั้งสิทธิ์บางสิทธิ์ไม่สามารถที่จะเบิกค่าได้ทั้งหมด ถ้าสมมติว่าไปซื้อข้างนอก ถูกกว่าเราก็แนะนำเขา อย่างที่มออย่างนี้ คือว่า เราก็พยายามที่ให้เขาได้รับข้อมูลทั้งหมดจากทีม สมมติว่าคนไข้จะจำเป็นต้องเปลี่ยนตัว แต่ว่าคนไข้มีภาวะแทรกซ้อนไม่สามารถเปลี่ยนได้ บางครั้ง อย่างนี้ คือ อย่างนี้เดี๋ยวนี้เทคโนโลยีมันทันสมัย บางครั้งอย่างแพทย์อธิบายแล้ว พยาบาลเราอธิบายแล้วต้องตามพวกทีมวิสัญญีแพทย์มา หรือว่าทีมรักษาเกี่ยวกับการผ่าตัดตามอธิบายให้เขาฟังถึงข้อดีข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อน บางครั้งก็ต้องตามทีมพวก coordination มาด้วย เพราะพวกนี้มันจะต้องใช้ค่าใช้จ่าย ในการรักษาเยอะซึ่งบางอันก็เบิกไม่ได้ ตรงนี้เขาก็ต้องรับทราบข้อมูลตรงนั้นทั้งหมด” (ID9-1)

### 1.3 การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาลถือเป็นวิธีการที่มีความสำคัญวิธีการหนึ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย เพราะการจะบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยตายดีหรือเข้าสู่วาระสุดท้ายได้อย่างสงบต้องอาศัยพยาบาลผู้ที่มีศักยภาพ คือ มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีทักษะต่างๆ อย่างเพียงพอ ที่พยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ในการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการการดูแลที่วางไว้ โดยเฉพาะการบริหารจัดการดูแลให้พยาบาลที่มีความกลัวในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงไม่มีความมั่นใจในการเข้าไปพูดคุยกับญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอในดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ มี 3 ประเด็น ได้แก่ 1.3.1 สอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง ให้ดูเป็นแบบอย่าง 1.3.2 คัดเลือก มอบหมาย ทำงาน ให้เหมาะสม และ 1.3.3 เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา

#### 1.3.1 สอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง

การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาลเพื่อให้บริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยตายดีด้วยการ สอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่างจากประสบการณ์ใน

การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหากผู้ร่วมทีมเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ไม่มีความรู้ หรือพยาบาลที่มีความรู้ไม่เพียงพอ จะไม่สามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เพราะขาดความรู้ และไม่มีความมั่นใจในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยพยาบาลในฐานะพี่ หรือหัวหน้าทีมจะทำการปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างร่วมกับการสอนงาน รวมถึงแสดงบทบาทเพื่อเป็นต้นแบบกับน้องพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการสอนวิธีการเข้าถึงตัวผู้ป่วยและญาติ การรับรู้ติดตามข้อมูลต่างๆ การนำตัวอย่างผู้ป่วยมาเป็นกรณีศึกษา และสอนให้เห็นภาพรวมของการบริหารจัดการการดูแล และร่วมเรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“คือก็เหมือนการสอนงานไปด้วยในตัว สอนวิธีการ approach ในตัวคนไข้ ญาติ หรือว่าในการที่จะต้องคอยให้ข้อมูลหมอ หรือว่าต้องการทราบ prognosis ว่าหมอถึงไหนแล้ว คือน้องเขาก็จะเหมือนซึมซับไปเองว่าต้องทำอะไร เราก็สอนไปด้วยว่าเป็นเจ้าของเตียงต้องรู้อะไรบ้าง ให้แนวทางการดูแลแก่น้อง โดยทำเป็นแบบอย่างไปด้วย แล้วก็ถ้าใน case ที่เขาลอง approach แล้วไม่ได้ เราก็จะเข้าไปถาม ถามน้องว่าอันนี้เป็นไง มีอะไรที่เราจัดการไม่ได้ แล้วเขาเป็นนั่นนี่ไหม เขามีปัญหา น้องก็บอก” (ID4-2)

“หนูก็ Confirm ไม่ได้เพราะว่าประสบการณ์ของแต่ละคน แต่อันนี้เราทำของเราเอง แต่เราสังเกตว่า หลังจากที่เราทำน้อง ๆ ก็จะได้เป็นแบบอย่างก็เห็นว่าน้อง ๆ พัฒนาขึ้นจากที่แค่รับแรงแย ๆ พอเราเริ่มทัก เองง่าย ๆ เลยตรงการคุย prognosis กับญาติค่ะ น้องก็จะได้ Confirm กับทางนี้มากขึ้น และพอเค้าเห็นบทบาทเรามีคนไข้แบบนี้มาเราทำแบบนี้แบบนี้ คือ หนูก็ว่ามันเป็นบทบาทหนึ่งที่ทำให้เราเป็นต้นแบบกับน้อง ....ส่วนมากเราจะทำให้เค้าเห็นมากกว่าเหมือนกับว่า เราทำให้เค้าดูนะว่าแบบนี้ ก็เรื่องการให้ Information ส่วนมากเราก็จะให้คนเข้าถึงมากกว่าเพราะน้อง ๆ บางคนก็จะ ไม่กล้า และก็ส่วนใหญ่จะทำงาน routine ค่ะ ....เหมือนกรณีคนไข้เสียก็เหมือนกันค่ะ คือ บางคนก็แบบอย่างน้องใหม่ก็จะไม่รู้ รู้แต่ว่าจะทำงานตัวเองให้เสร็จก็จะเข้าไป Information คือตรงนี้เราก็จะบอกน้องไว้ก่อนเคลสนี่นะญาติเค้ายังไม่ค่อย accept เท่าไหร่ใช้เวลาเค้าหน่อย และถ้าหนูดูแล้วว่าเค้า สงบแล้ว หรือว่ามีญาติคนอื่นที่สามารถรับข้อมูลตรงนี้ได้ก็ให้ข้อมูลเค้าไปก่อนแล้วค่อยแจ้งว่าเดี๋ยวถ้าเกิดว่าเค้าสะดวกที่จะรับข้อมูลแล้วเดี๋ยวเราค่อยให้ข้อมูลซ้ำก็ได้ไม่เป็นไร คือถามว่า manage ใหม่อะไร manage นะมันก็ถือว่า manage ด้วยเหมือนกัน” (ID10-1)

“หนูคิดว่าหนูต้องไปนำน้องจัดการมากกว่า เพราะว่าเหมือนเป็นความรับผิดชอบของเรา คือ เราไปเรียนมาเราไปรู้ได้เห็นมากกว่าคนอื่นด้านนี้ เราก็ควรที่จะนำเขาให้รู้ ให้เห็นว่าอันนี้ถูกแล้วที่ทำต่ออะ อันนี้คุณทำอันนี้ก็ได้อันนี้ก็ใช่ สำหรับหนูหนูคงเป็นคนกลัวไม่ได้ค่ะ เพราะว่าถ้าเรา

รู้มากกว่าคนอื่นเราก็ควรที่จะเป็นคนนำคนอื่น ....มันจะเป็น case study นะคะ ยกตัวอย่าง PowerPoint ยกตัวอย่างเป็นเคส สองเคส แล้วก็ทำ PowerPoint ให้น้องดูนะว่า เคสประวัติอย่างนี้นะอย่างที่เราทำตรงนี้นี่ คือ สอดรับกับงาน palliative care ให้น้องเห็นหน้าตาว่าเรากำลังทำอยู่นะ ลักษณะที่เราทำอยู่มีชื่อเรียกนะมันมีกรอบของมันอยู่แต่ที่เราทำหมดเลย เราเอาเข้าไปอยู่ ในกรอบ มันเป็นกรอบวิชาการอย่างนี้ สำหรับหนูคิดว่า มันทำให้น้องรู้สึกว่าเป็น palliative care ชัดเจน ขึ้น...." (ID6-2)

“....ถ้าคนที่เราคิดว่า เขาทำด้วยใจ เราก็สอนด้วย เราก็เป็นตัวอย่างด้วย แต่ถ้าคนที่เขาอยากได้คำตอบแทน จริงๆ ก็สอนนะ สอนทุกคน และก็จะบอกว่า ถ้าเจอเคสแบบนี้มันต้องทำอะไรบ้าง โดยประสบการณ์ที่ถ้าเจอแบบนี้ที่จะทำอย่างนี้นะ แล้วหนูไปคุยกับคนไข้แล้วหรือยัง ได้โทรไปบอกญาติใหม่ คนไข้ความดันต่ำ อาการไม่ดี โทรไปตามญาติเออะ เพื่อเขาจะมาดูใจ ก็จะบอกเลยว่า แบบจะทำอะไรบ้าง เคสนี้อยู่ในทีมหนู หนูจะทำอะไรบ้าง หมอจะ drip ยาเลยไหม ถ้า drip ยาแล้ว ความดันมันจะลงเร็วไหม หนูรีบตามคนไข้ก่อน drip ยาได้ไหม อย่าง drip morphine ถ้าเป็นเหมือนอยู่ในเวรก็จะนิเทศน้องที่เขาอายุงานน้อยกว่า บางทีอย่าง coaching ก็มี ก็คือสอนไปเลยว่า ถ้าเคสอย่างนี้มานะ ต้องคุยกับญาติเขาดีๆ นะ ว่าเขาจะเอาอย่างไร เพราะว่า เดี่ยวญาติเขามีก็คน มันต้องบอกแบบทำอย่างนี้นะ หรือว่าถ้าคนไข้อยู่ในระยะสุดท้าย ญาติเขาไม่ค่อย accept หรือว่าญาติเขาต้องการการดูแลทางจิตใจ หนูส่งปรึกษาสไตลิสบายได้นะ บอกเขาว่ามันมีอะไรที่จะมาช่วยเรา ตรงนี้ เราก็จะทำตัวอย่างให้ดู แต่ทำตัวอย่างบางทีมันก็จะได้ไม่หมดทุกคน หมายถึงถ้าคุณดูคุณก็ได้ แต่ถ้าคุณไม่ดูคุณก็จะไม่ได้ นิเทศก็มี สอนเลย แล้วก็ก็เป็นแบบอย่างให้ดูว่าเราก็จะเข้าไป approach ญาติเลยว่าการให้ช่วยอะไรไหม ต้องการอะไรเพิ่มเติม หรือว่าบางทีมีญาติก็คน จะให้ช่วยตามญาติใหม่” (ID11-1)

### 1.3.2 คัดเลือก มอบหมาย หน่วยงาน ให้เหมาะสม

การคัดเลือก มอบหมาย หน่วยงาน ให้เหมาะสม เป็นวิธีการหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล ให้สามารถบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเกิดการตายดี และเป็นสิ่งที่พยาบาลที่เป็นหัวหน้าทีมต้องตระหนักและเห็นความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องการผู้ดูแลที่มีบุคลิกนุ่มนวล น้ำเสียงที่อ่อนโยนนุ่มนวล มีบุคลิกที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ เพราะคุณสมบัติเหล่านี้จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเปิดใจและเข้าถึงได้ง่าย และการมอบหมายหน่วยงานนั้นต้องประเมินภาระงานของผู้ที่ได้รับมอบหมายด้วยว่า สามารถให้เวลาในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ ร่วมกับการประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยแต่ละรายว่า มีความซับซ้อน หรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยต้องใช้บุคคลที่มีประสบการณ์หรือ

ศักยภาพระดับใด เพราะการคัดเลือก มอบหมายจ่ายงานได้เหมาะสมย่อมส่งผลถึงการดูแลที่ดีตามไปด้วย ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ก็อาจจะต้องดูที่คุณลักษณะของพยาบาลที่จะดูแลเคสอย่างบางคนอย่างนี้ แบบว่าใจร้อน เจ้าอารมณ์ เราก็ต้องดูว่าให้เขาควรจะไปอยู่ในแบบไหน เพราะว่าคนไข้วาระสุดท้ายอาจจะต้องการคนที่แบบว่า soft นิดนึง หรือว่าอาจจะใช้เวลาอธิบาย แต่ถ้าเป็นวาระสุดท้ายที่เขายอมรับได้จริง ๆ เขาจะไม่ได้ยุ่งเกี่ยวอะไรกับเรามาก เพราะว่าเขาจะรู้ว่าอันนี้ คือ เราให้การรักษามาเต็มที่แล้วตอนนี้ คือ เขาก็รอ แต่ว่าเราไม่สามารถบอกเขาได้ว่า ระยะเวลาในการรอของแต่ละคนคือเท่าไรแล้ว ต้องประเมินก่อนว่า 1 คือ ญาติโอเคหรือยัง ถ้าญาติโอเคแล้วก็สามารถที่จะแจกใครก็ได้ที่ให้การพยาบาลด้วยมาตรฐานได้ ในกรณีที่ญาติเขาไม่โอเคก็อาจจะต้องดูคนที่เขามีประสบการณ์น้อยในการที่จะให้ข้อมูล พูดคุย หรือว่าบอกเป็นระยะๆ ประสบการณ์ตรงที่ว่า ก็คือว่า 1 เขาสามารถที่จะให้ข้อมูลได้ดีหรือเปล่า ซึ่งเราจะรู้ว่าน้องแต่ละคน บางคนมีคุณลักษณะยังไง ถ้าเราเป็นหัวหน้าเราก็จะแจกตามความเหมาะสม อย่างเช่น บางคนอาจจะแบบว่าเจ้าอารมณ์บ้าง เราก็คืออาจจะไม่ให้ไปดูแลในเคสแบบนั้นที่เขายังมีปัญหาอยู่” (ID9-1)

“อย่างแรกก็คงต้องเป็นตัวบุคคลด้วย แล้วก็ในส่วนของน้องที่ได้รับการผ่านการอบรมมาซึ่งก็มีหลายคนที่เวิร์คที่ไปเรียนวิธีการเข้าหาญาติ หรือว่าคุยอะไรกับญาติอะไรอย่างนี้ในส่วนที่ถ้าน้องในทีมสามารถทำได้เราก็ให้เค้าไปทำ คือ ต้องดูก่อนถ้าเป็นเคสไม่หนักมาก ไม่มีอะไรซับซ้อนมากมาย น้องสามารถทำได้ก็ให้น้องทำได้เลย แต่ว่าของเราเราก็ทำ ถ้าน้องยุ่งเราก็เข้าไปทำ แต่ส่วนใหญ่ก็จะมอบหมายเสียส่วนใหญ่มอบหมายแล้วก็ดูว่า เค้าสามารถจัดการได้มั๊ย ต้องดูบุคลิกเค้า อะคะว่าเค้ามาในแนวไหน อย่างเช่น เค้าถ้าเป็นคน soft นุ่มนวล หรือว่าพูด เอ้อ เค้าเรียกว่าน้ำเสียง ก็สามารถเข้าหาคนไข้ได้ดีมากกว่า อาจจะทำให้คนไข้เปิดใจได้มากกว่า ....อันดับแรกต้องประเมินก่อนในทีมคะว่า มีภาระงานมากมั๊ยยุ่งมากหรือเปล่า ถ้าสมมติว่าไม่ยุ่งมากเราก็จ่ายให้น้อง แต่เราต้องรู้ด้วยว่าน้องสามารถทำได้หรือเปล่า เช่น น้องในทีมมีแค่คนเดียวต้องรู้ด้วยว่าน้องเหมาะสมมั๊ย ก็ไปบริหารตรงนี้ถ้าโอเคไม่เหมาะสมเราก็ต้องไปเป็นคนเข้าไปคุยเอง” (ID2-1)

“ดูใน case ที่จะดูไม่เอาเล็กสุดก็จะมีในที่ 2 ปีกว่า คนที่มีประสบการณ์ที่ดูแลคนไข้พวกนี้แล้วว่า ใน case อย่างนี้เวลาทำการ suction การอะไรต้องเบามือ หรือว่าให้เกียรติ ก็จะไม่ใช้น้องเล็ก แต่ว่าระบบก็จะเป็นหัวหน้าทีมกำกับอยู่ แต่ก็ไม่เสมอไปในบางครั้งน้องเพิ่งจบหรือไร้เราต้องดูบุคลิกเขาด้วย ถ้าในบุคลิกเขามีลักษณะเหมือนเห็นอกเห็นใจ เข้าใจจิตใจของคนไข้ได้ ไม่ได้

fix ดูจากประสบการณ์ที่ contact กับน้อง ก็ทำงานมาระยะหนึ่งก็เข้าใจว่า แต่ละคนเป็นยังไง โมง ผาง มือไม้หนักหรือว่าชอบพุ่มนวลอะไรอย่างนี้ก็จะดูออก” (ID4-1)

### 1.3.3 เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา

การเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาของพยาบาลวิชาชีพเป็นการจัดการด้านคุณภาพ การดูแล/ คุณภาพการพยาบาล ที่สามารถช่วยในการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี วิธีหนึ่ง ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการฝึกฝนน้อง เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่น้องในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่กระทบกับ ความรู้สึกได้ง่าย เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความตายและการสูญเสีย ฉะนั้น การเป็นพี่เลี้ยงคอยให้ คำปรึกษา โดยการเข้าไปยืนอยู่ข้างๆ การเข้าคู่กัน เพื่อคอยให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อน้องมีปัญหา หรือไม่ทราบวิธีที่จะจัดการดูแล และแนะนำเสริมเพิ่มเติมให้ในส่วนที่บกพร่อง พร้อมทั้งช่วยบริหารจัดการ การดูแลประสานงานให้เมื่อเกิดมีปัญหาหรือติดขัด ซึ่งการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพ การพยาบาลการดังที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ศักยภาพของผู้ให้การดูแลพัฒนาขึ้น ส่งเสริมให้ทีม การพยาบาลมีความเข้มแข็ง และมีความพร้อมในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของ ชีวิตมากขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ครั้งแรกก็ทำให้เขาดูก่อน ครั้งที่ 2 ก็ปล่อยให้เขาทำ แล้วก็เข้าไปว่าเขาเป็นยังไง ทำไม่ได้ยังไง มีอะไรที่ขาดตกบกพร่องเราก็แนะนำเสริมไป เพิ่มเติมให้น้องได้ไต่เต้าไป” (ID4-2)

“...เราต้องไปคะ เราต้องถามน้องว่า ตอนนี้น้องคนไข้ของหนูคนที่วิกฤตมีไค แล้วก็ไป ช่วยดูในเคสที่มันวิกฤต ตอนนี้อยู่ทำอะไร ตอนนี้อยู่ถึงขั้นไหนแล้ว หมอกับญาติคุยกันหรือยังมี progress note ใหม่ มีบันทึกใหม่คะ แล้วตอนนี้เราทำอะไรถึงไหนแล้ว ให้พี่ช่วยอะไร น้องเขาจะมากล่าวว่าหมอ คุยกับญาติแล้ว แต่หนูไม่กล้าคุยกับญาติอาจจะเด็กน้อย ไม่กล้าคุยกับญาติว่าจะทำยังไงต่อ ถ้าเกิด หลังคนไข้เสียชีวิตเราจะแนะนำยังไงคะ เราก็เข้าไป add ในจุดที่เขาต้องการความช่วยเหลือ ก็ไป coaching น้องเขาเขามาเย็นใกล้ๆ เขาไม่กล้าไปแตะในส่วนอารมณ์ความรู้สึก ก็คุยกับน้องแหละว่า มันเป็นเรื่องของทักษะในการสื่อสารผอญว่าน้องคงจะสื่อสารได้ดีอยู่แล้วละ แต่เรื่องนั้นมันเป็นเรื่องที่ sensitive กับความรู้สึกน้องเลยไม่กล้าเข้าไปใช้ใหม่ ก็เป็นสไตล์แนะนำน้องบ้าง สิ่งที่น้องทำได้ ตอนนี้อย่างที่น้องทำได้อย่างน้อย คือ การรับฟังถ้าญาติเขามาคุยอยากระบายความรู้สึก เราก็รับฟังได้ หรือ เขาต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เราก็ให้ข้อมูลได้ถึงน้องจะไม่กล้าแตะลึกๆ เรื่องความรู้สึก แต่ว่าน้องก็ สามารถทำในส่วนที่น้องทำได้ มีในจุดที่น้องทำได้ เขาก็พยายามพัฒนาตัวเองนะคะ น้องก็พยายาม ขยับตัวเองขึ้นมา ตรงนี้เข้าไปแตะทีละนิดๆ” (ID6-1)

“แต่พอในฐานะที่เราเป็นผู้บริหารนะ เราก็ต้องมองอีกว่า ไอ้คนที่ลงไปดูนะ น้องเราต้อง holistic เค้าด้วยนะ เค้าไหม้ย บางทีเรามองเป้าคนไข้มากไปจนลืมคนของเราเค้าไหม้ย น้องพี่ที่รู้แหละ แต่ก็จะมีจุดบางจุด ไหวพ้าว อยากให้พี่ช่วยรียัง เพราะบางทีเค้าไปจริงๆ เค้าก็ไม่ไหว เค้าก็ต้องการความช่วยเหลือเราก็ลง อย่างเนี่ยในช่วง 2 วันที่ผ่านมาเค้าต้องการความช่วยเหลือเราก็ลง .... เทรนก่อนเข้าคู่กัน พี่เป็นพี่เลี้ยงไปเยี่ยมบ้านพอต่อมาได้คนนี้ ก็ไปทำกับส่วนกลาง เค้าทำได้แล้ว ทุกครั้งก็มานั่งคุยสอนความรู้ palliative คืออะไรสอนทุกวัน สอน เค้าไปทุกวัน ทุกวัน ทุกวัน ทุกวัน ทำยังไง” (ID5-1)

“...ก็เหมือนกับถ้าน้องยังไม่เคยเจอก็ช่วยให้น้องเข้าใจตรงกับเราก่อนคือว่า case แบบนี้ต้องทำแบบนี้ๆ บ้างนะ ไม่ใช่ว่าไม่ทำอะไรให้คนไข้เลย เราดูแลเหมือนปกติเพียงแค่ว่า คนไข้ NO CPR แค่นั้น ก็คือ เหมือนกับบอกคร่าวๆ ว่า คนไข้ลักษณะแบบนี้ต้องดูแลอะไรบ้าง แต่จริงๆ น้องส่วนใหญ่ก็จะเจอมาบ้างแหละ แต่ว่าอาจจะทำไม่ถูกในบางอย่าง เช่น จะวิ่งมาถาม ญาติถามว่าอย่างนี้ตอบอย่างไรดี อย่างบางทีญาติถามอย่างนี้พี่ เขาจะต้องทำอย่างไรดี มันก็จะมีเราไปคุยให้ เราก็มักจะบอกทีหลังว่า ถ้าเขาถามแบบนี้เราก็ตอบเท่าที่เราตอบได้ อันไหนที่เราไม่สามารถตอบได้เช่นถามลึกๆ เราก็มักจะแนะนำให้คุยกับหมอ หรือว่าเรื่องบางเรื่องมันไม่สามารถระบุเวลาได้แน่นอนแบบว่าจะไปวันไหนในคืนนี้วันนี้หรือเปล่าบอกไม่ได้ แล้วก็คนไข้ ICU มันเปลี่ยนได้ตลอดเวลาอยู่แล้ว ปุ๊บปั๊บคนไข้อาจจะ arrest ไป หรือว่าอะไรไปอย่างเนี่ย” (ID7-2)

## ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย

การบริหารจัดการการดูแลให้ ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ ครอบครัว พยาบาล วิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย และการยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง เป็นการบริหารจัดการการดูแลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น เพราะเมื่อใดก็ตามที่พยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแล มีความเข้าใจ และสามารถยอมรับความตายได้ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ ในลำดับต่อมาก็จะสามารถบริหารจัดการได้ง่าย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาที่พยาบาลต้องประสบพบเจอต่อเหตุการณ์ รวมถึงผู้คนที่ไม่ว่าจะเป็น ผู้ป่วย ญาติ ทีมผู้รักษา ทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับความเป็นความตาย ความคาดหวัง ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตทำให้พยาบาลผู้ที่ให้การบริหารจัดการการดูแลเกิดความรู้สึกแตกต่างกันไป เช่น รู้สึกเครียด เศร้าใจ เสียใจ แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลก็ได้เรียนรู้ความจริงของชีวิตควบคู่กันไปด้วยว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ



ไม่มีใครฝันความตายได้ และเมื่อต้องตกอยู่ในอารมณ์หดหู่จากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเลือกใช้การพูดคุยระบายความรู้สึก แשרความรู้สึกแשרเหตุการณ์ร่วมกันเพื่อเป็นการเสริมพลังใจกันและกัน ฉะนั้น การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย และเรียนรู้ความจริงของชีวิตไปพร้อมๆ กันจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเพื่อให้สามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนเองเมื่อต้องบริหารจัดการการดูแลได้ ทำให้ไม่เกิดความทุกข์ใจจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น และสามารถดำรงชีวิตได้ตามวิถีปกติ ถึงพร้อมด้วยสติ เหตุผล สามารถเข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับความตายได้เป็นอย่างดี มี 7 ประเด็น ได้แก่ 2.1 ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ 2.2 ครอบครัวพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย 2.3 การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง 2.4 สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย 2.5 เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ 2.6 เสริมพลังใจให้กันและกัน และ 2.7 พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต

## 2.1 ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการบริหารจัดการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายได้อย่างสงบ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำผู้ป่วยไปสู่การตายดี และทำให้ญาติยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตทำได้ง่ายขึ้น อีกทั้ง ผู้ป่วยก็ได้ทำตามความประสงค์ที่ตนเองเลือก คือ การตายอย่างสงบไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการต้องทำการรักษาใดๆ เพิ่มเติม แต่ทั้งนี้พยาบาลได้บรรยายว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง และเลือกที่จะยอมรับความตายโดยไม่รับการรักษาหรือการยืดชีวิต และยังเห็นว่าเป็นเรื่องยากในการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย เพราะผู้ป่วยบางคนเข้ามาด้วยความหวังว่าจะหายจากโรคกลับบ้านได้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เพราะจริงๆ ไม่ใช่ทุกคนที่มีปัญหาบางคนเค้าก็สบายทำใจรับได้ เหมือนคุณยาย เกล็นิงนะ หมอบอกว่า ถ้าไม่ผ่าก็ตายผ่าก็ตายแต่ตายต่างกัน โอ้ย ยายแก่แล้ว 80 กว่าปีใช้ชีวิตมา คุ่มค่าแล้ว จะตายก็ขอให้ตายแบบนี้ก็อยู่มาได้ตั้งนานจะมาผ่ามาผ่าอะไรกันตอนนี่ คือ ไปตรวจ มาแล้วเจอว่าเป็น triple vessel ที่แบบว่า severe มากโรยอย่างเนี่ย และคนไข้ก็ตัดสินใจเองว่าจะไม่ผ่าก็กลับบ้าน เราก็ไปคิดว่าญาติแต่ญาติก็ยังรับการตัดสินใจของยายก็เพราะว่ามันเคยมีเคสอย่างนี้ ค่ะ ที่ว่าคนไข้ไม่เอาไม่ทำแต่ญาติจะให้ทำเป็นทางเลือกมันหายมันไม่ต้องอยู่อย่างเหน็ดเหนื่อยมานานอย่าง

นี้ ถ้าเหนื่อยฉันก็อยู่อย่างสภาพฉันได้เหนื่อยแค่นี้ก็ทำแค่นี้ แต่ถ้าฉันไปผ่าและตายก่อนผ่าละ แล้วถ้าผ่าฉันไม่กลับมาเดินได้แบบนี้ละ ก็บอกว่าเคลนี้น่าจะมีปัญหาเยอะกับกลายเป็นว่าไม่ได้มีปัญหาอะไรเข้าใจตรงกันก็จบ เหมือนกับเราไปคิดแทนทุกเคลไม่ได้ เราก็ต้องเข้าถึงว่าเค้าคิดกันอย่างไรเค้ามีความรู้สึกกันอย่างไร...”(ID10-1)

“...คนไข้ยอมรับว่าตัวเองจะ dead ภรรยายอมรับแต่เรื่องเหล่านี้ไม่เคยพูดกับลูก เผลอเราทำ Conference.... ....คนไข้บอกเออผมอย่างงั้น เราคุยกันเรื่องตายนะ ถ้าผมเป็นอะไรอย่างงั้นอย่างงี้ ก็คุยกันยอมรับหมดแล้ว ลูกอยู่ๆ ก็คุยเรื่องอะไรกันผมไม่เห็นสนุก เรากี่เรากี่ขอโทษเค้า แล้วก็บอกว่า มันไม่ใช่เรื่องสนุก แต่มันเป็นเรื่องที่ต้องเตรียมเพื่อคุณ เพื่อเค้า ถ้าเราไม่เตรียมกันก่อน ในช่วงนั้นแล้วคุณต้องตัดสินใจจะตัดสินใจลำบาก แต่ตอนนี้พ่อคุณกำลังตัดสินใจให้คุณ เค้าก็ยอมรับไม่ได้นะ พี่ก็เลยถามพ่อว่าจะให้พี่คุยมั้ย เค้าบอกไม่เป็นไรครับ เดี่ยวผมไปคุยกันที่บ้านเค้าจัดการเองได้ แต่เค้าก็บอกเค้า Happy ที่เค้าได้วางแผน ตัว ตัวคนเป็นพ่ออะ ผมอยากพูดให้เค้าฟังตั้งหลายครั้งแล้วแต่เค้าไม่ยอมฟัง....”.(ID5-1)

“ยกเว้นว่าเคยมี case หนึ่ง case Conscious อยู่แล้วก็รู้ว่าไม่ไหว หมอก็บอกข้อมูลนะแต่ก็ไม่ได้บอกแบบมันจะตายอีกกี่วันอะไรอย่างนี้ แต่ตัวคนไข้เขารู้อยู่แล้ว เขาก็จะบอกญาติจะสั่งกับลูกกับภรรยาไว้ก่อนที่จะแย่งลง ขอบอกเลยว่าถ้าเป็นอะไรก็จะขอกลับ...” (ID4-1)

“แต่ถ้าจะมองจริงๆ การจัดการดูแลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอีกประเด็นที่ตัวเองเคยปฏิบัติได้ในผู้ป่วยบางราย ก็จะเป็นในส่วนที่เราทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นว่าเรื่องความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ คนเราเกิดมาอย่างไรก็ต้องตาย ซึ่งการสร้างความคิดและความเชื่อแบบนี้ โดยส่วนตัวคิดว่าจะทำให้คนไข้ยอมรับสภาพความจริงได้ดี ทำให้ตัดสินใจคิดว่าตนเองจะเลือกตายแบบไหน แล้วก็ทำให้ยอมรับความเจ็บป่วยได้ดีแต่ก็สามารถทำได้ในผู้ป่วยบางรายที่ยอมรับฟังเท่านั้นแหละค่ะ เพราะผู้ป่วยบางคนเข้ามาด้วยความหวังว่าจะหายจากโรคกลับบ้านได้ ก็โดยส่วนตัวเห็นว่าเป็นเรื่องยากในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย” (ID3-2)

## 2.2 ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย

การบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพให้ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ รวมถึงตนเอง เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วยเป็นการช่วยบริหารจัดการการดูแลอารมณ์และความรู้สึกให้สามารถเผชิญกับความตายได้วิธีหนึ่ง เพราะการตัดสินใจใดๆ ที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้าย

ของชีวิต พยาบาลจะไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่จะให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติได้เรียนรู้ที่จะตัดสินใจโดยการตัดสินใจนั้นๆ เกิดจากการยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้จากใจจริงๆ โดยให้ญาติได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เวลาญาติได้ทบทวนความรู้สึก ทบทวนการตัดสินใจเพื่อที่จะเลือกให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และพยาบาล รวมถึงทีมสหวิชาชีพมีหน้าที่ที่จะยอมรับในการตัดสินใจของญาติ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...ญาติมีความเชื่อว่า คือ เคสหนึ่งที่เสียชีวิตช่วงวันตรุษจีน แล้วญาติขอให้เรา drip dopamine เข้าวันเพื่อให้พ้นวันถือของเขา คนไข้ไม่ไหวแล้วก็คุยกับญาติเรื่อยๆ คุยเรื่อยๆ จากไม่ accept ก็ accept พยายามชี้ให้เห็นว่า ถ้าความทุกข์ทรมานของคนไข้จะสำคัญกว่าการถือทางด้านนี้ ให้เห็นว่าอะไรสำคัญกว่ากัน แล้วให้เขาเลือกเอง สุดท้ายญาติ accept กับการเสียชีวิตแล้วคนไข้นอนแล้วญาติ 2 คนกุมมือเป็นภรรยากับลูก กุมมือจนกระทั่งหมดลม แล้วก็เราก็จัดการเรื่องศพเรื่องค่าใช้จ่าย แล้วสุดท้ายญาติก็ยอมรับการสูญเสียก็จะจบกระบวนการแบบนี้” (ID6-2)

“ในมุมมองของหนูคิดว่าการจัดการตรงนี้ คือ เราจะไม่ตัดสินใจแทนเขา คนในครอบครัวเขาแต่ก็จะให้ข้อมูล ให้เขาได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงว่า ตอนนี้นักไข้ ความดันเท่านี้ ชีพจรเท่านี้ ความรู้สึกตัวเท่านี้ โอกาสการฟื้นเท่านี้ คุณคิดยังไง ก็เปิดโอกาสให้เขาคิด เขาก็มาเยี่ยมทุกวัน เขาเห็นทุกวัน วันนี้เขาตัดสินใจไม่ได้ เดี่ยวเขาก็จะตัดสินใจได้เอง แล้วทุกคนก็จะตัดสินใจได้ พอถึงจุด ๆ หนึ่งแต่ก็มีบางคนที่แม่ตัดสินใจอย่าง พ่อตัดสินใจอย่าง เช่น เด็กอายุ 19 เด็กแว้นขับรถชนสะพาน เด็กหนุ่ม คือ ฟังข้อมูลพร้อมกัน พ่อยินดีที่จะไม่ปั๊ม เพราะว่าโคม่าแล้วไม่ได้มีประโยชน์อะไร แต่แม่ทำใจไม่ได้ขอปั๊มก็มี ก็ให้ข้อมูลไปแล้วถ้าเขายืนยันว่าปั๊มก็ปั๊ม .... ปั๊มไป 1 รอบเขาก็พอ คือ เขาเห็นแล้วว่ามันดูทรมาน ต้องให้เขาเห็นบางทีให้เขาเรียนรู้ด้วยตนเอง บางครั้งข้อมูลที่ไปเป็นคำพูด มันเปลี่ยนใจเขาไม่ได้ มันจะเป็นภาพที่ให้เห็นว่า ลูกเขาโดนกดหน้าอกกับนอนเฉย ๆ ไป ให้เวลาเขาจะ อะไรมันทุกข์กว่ากัน” (ID6-1).

“ก็มีคนไข้เคสหนึ่ง เป็นผู้หญิงซึ่งอายุไม่มากแล้วก็คือ เขารอท้องคือนานมากแล้วต้องทำกิฟท์ทำอะไร ก็คือเขาก็คลอดลูกออกมา แต่ว่าเขารู้ตอนท้องว่าเขาเป็นโรคมะเร็ง แต่ว่าคือตอนนั้นเขาอายุไม่เยอะแล้วก็จำไม่ได้แล้วว่าเขาเป็นประกันสังคมที่เราหรือเปล่า เราก็เลยรับเข้ามารักษา พอรับเข้ามารักษาเสร็จ เราก็คือ อธิบายเขาตลอดเวลา ลูกเขาก็มีปัญหาเหมือนกันเพราะเป็นเด็กตัวเล็ก ก็คืออยู่ ward เด็ก แล้วตัวคนไข้เอง อย่างคนไข้โรคมะเร็งก็ยังไม่รู้ตัว ก็ใกล้ๆ จะวาระสุดท้ายของเขา เราก็คือ เริ่มขั้นตอนตั้งแต่อธิบายสามีเขา อธิบายตัวเขา ถ้ามก่อนว่าเขาไม่รู้ใหม่ว่าเขาเป็นอะไร เขาก็คือรับรู้ว่าเขาเป็นโรคนี้อธิบายแผนการรักษาให้เขาฟังเป็นระยะ โดยที่ทั้งทีมนะไม่ใช่เฉพาะ

เราคนเดียว หลังจากนั้นมาพอ ทุกคน ญาติคนไข้ก็รับได้ ตัวคนไข้ก็รับได้.... ..แล้วหลังจากนั้นมา เราก็จะบอกพ่อเขา คือ คุยกับพ่อเขาหลังจากที่คนไข้เสียไปแล้วรู้สึกยังไง เพราะว่าเรากลัวใจ อย่างบางคนก็อย่างนี้ไงว่า พอเกิดลูกคนนี้มาแล้วทำให้แม่เสีย คือเราก็คือ deal ต่อไปด้วย ซึ่งพ่อก็บอกว่าเขาโอเค เขายอมรับได้ เขาคูყกับภรรยาเขาแล้วว่าถ้าสมมติว่าการที่เขา มีลูก มันเหมือนกับว่าให้เป็นตัวแทนของอีกคนหนึ่ง เขาก็จะดูแลลูกเขาให้ดีที่สุด แล้วเราก็คุยกับญาติเขาเกี่ยวกับเขาอย่างนี้ แบบว่าการช่วยดูแลน้องจะทำงานยังไง คือทุกคนโอเคยอมรับได้ ไม่ได้คิดว่าน้องเกิดมาแล้วก็ทำให้แบบว่าแม่ต้องเสีย คือเราทำต่อไปจนถึงส่งเขา” (ID9-1)

“...อันนั้นก็คือ เป็น CA lung เหมือนกัน คุณลุงก็คือ มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ญาติขึ้นไปเยี่ยมแล้วก็เท่าที่ดู คือ วิตกกังวลค่อนข้างมาก บทบาทหลักเราก็คือ ประสานงานกับแพทย์ แล้วก็แนะนำกับญาติว่า คนไข้มีอาการหนักมากขึ้นจำเป็นแล้วที่เราต้องให้ข้อมูลและการรักษา ให้ทางเลือกกับญาติจะเลือกอะไร ใส่ท่อ ใส่ Tube หรือจะยื้อชีวิตเค้าไว้มัย ก็คือหลักๆ ติดต่อกับประสานงานกับแพทย์ว่าควรจะต้องให้ข้อมูล แล้วเราร่วมรับฟังด้วย เกลื่อนี้หลังจากหมอคุยเสร็จญาติก็ยังไม่ตัดสินใจไม่ได้ เหมือนยังพูดว่าให้ใส่ tube เอะ อะไอย่างนี้ อันนี้คือ ความต้องการของญาติอยากให้คุณลุงอยู่จนถึงตอนนั้น แต่สภาพอาการแกมันดูแล้วก็ไม่ถึง ไม่รู้จะอยู่ข้ามอาทิตย์นั้นหรือเปล่า การจัดการตอนนั้นก็คือ หลังจากแพทย์คุยเสร็จก็ให้ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งให้เขาตัดสินใจ แต่มีคำถามมาอีกว่า ถามจริงๆ ว่าคุณลุงจะอยู่นานไหม หรือถ้าคุณลุงใส่ท่อจะทรมาณมากไหม เราสามารถเอาท่อออกได้หรือเปล่า จากประสบการณ์แล้วก็เลยให้ข้อมูลที่เป็จริงไปส่วนหนึ่งด้วย แล้วก็พยายาม ไม่ใช่พยายามหรอก แต่พูดให้แกเข้าใจว่า จริงๆ คนไข้ถ้าใส่ท่อจะต้องทรมาณแบบไหน เพราะจริงๆ เราก็ไม่เคยถามความต้องการคนไข้เลย เพราะจริงๆ การใส่ท่อหรือยื้อชีวิตแกไว้ ความต้องการแกมีจริงๆ หรือเปล่าหรือใส่แล้วแกจะเจ็บปวดมากน้อยแค่ไหน ก็คือเหมือนให้ความจริงแก่ญาติไป เสร็จแล้วก็หลังจากให้ข้อมูลเสร็จญาติก็เข้าใจ และบอกว่าไม่อยากจะแกไว้ก็เข้าใจมากขึ้น พร้อมกับให้ข้อมูลกับญาติด้วยให้กับภรรยาและญาติคนอื่นด้วย ก็เหมือนจะเข้าใจมากขึ้น” (ID3-1)

### 2.3 การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง

การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึงช่วยให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแล อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น เพราะหากว่าผู้ป่วยและญาติยอมรับเกี่ยวกับความตายได้ ส่วนใหญ่จะขอยุติการรักษาโดยการขอกลับไปตายที่บ้าน พยาบาลในฐานะผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลมีหน้าที่จัดการให้เป็นไปตามความประสงค์ และเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ แต่ทั้งนี้ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นเมื่อออกจาก

โรงพยาบาล โอกาสเกิดปัญหาความเสี่ยงต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...ก็เมื่อเกิดกรณีที่ว่า ญาติหรือผู้ป่วยร้องขอว่าจะกลับไปดูแลต่อที่บ้านปฏิเสธการรักษาอันดับแรกเราก็ต้องให้ Confirm ข้อมูลกับญาติก่อนให้เค้ารับทราบนะว่าการที่เค้าตอนนี้อาการของเค้าเป็นแบบนี้ ถ้าเค้ายืนยันว่าจะกลับบ้าน ไม่ได้รับการดูแลรักษาต่อเค้าจะมีโอกาสเกิดปัญหาความเสี่ยงอะไรได้บ้างเค้ายอมรับตรงจุดนี้ได้ไหม OK เค้ายืนยันความต้องการของคนไข้ว่าไม่ขอเสียที่นี้ ก็ OK ยืนยัน ก็ confirm กันกับหมอกับญาติ อันนี้เราจะเข้าไปคุยด้วยอย่างที่เราบอกว่าเป็นกรณีพิเศษก็จะมี และถ้าเค้าคุย prognosis กับญาติแล้ว accept ได้ เราก็จะมีการเรื่องของการทำเอกสาร อันแรกก็จะเป็นใบปฏิเสธการรักษา อันที่สองเราก็จะมีทำบันทึกข้อความไว้ลง record ไว้ก็ทำเป็น occurrence report ด้วยแล้วก็เรื่องของการประสานงานค่ะ ก็ถ้าเค้ายืนยันรับกลับบ้านเองขอ Off ออกซิเจนตั้งแต่ตอนนี้เลยเราก็ OK ตาม คือยังไงก็ยืนยันตามเจตนากรรมเค้า...” (ID10-2)

“...คนไข้เป็น CA ที่แบบเสียชีวิตภายในเดือน 1 อย่างนี้ค่ะ เส้นเขาไม่มีแล้วก็ on NG tube ต่อ ลง bag content เป็น feces แต่เขาต้องได้รับน้ำเกลือ ที่นี้แทงไปแทงมานานไม่มีเส้นแล้วพี่ทำให้คือ สุดท้ายเขาก็ปฏิเสธ เขาก็กลับไปอยู่บ้านแล้วก็ขอไม่แทงเส้น ไม่เจาะเลือด เราก็ประสานกับแพทย์ให้แพทย์อธิบาย แพทย์ก็มาอธิบายให้ฟังว่าเขาจะเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์นะ ตอนนั้นเราทำอะไร เราก็ให้ข้อมูลให้เขาเลือกให้ได้มากที่สุด เป็นการให้เขาเลือก ให้โอกาสเขาได้เลือก ให้เขาได้เลือกรับผิดชอบชีวิตตนเอง ให้เขาได้มีโอกาสเลือกทางเดินชีวิตของเขาก็คือ ถ้าเกิดเขาพูดมาว่า ญาติเขาตัวเขาพูดว่าไม่เจาะเลือดแล้ว ไม่ทำอะไรแล้ว ทั้งๆ ที่เรารู้ว่ามันจะส่งผลเสียต่อคนไข้ เราก็ให้ข้อมูลไปแล้วแต่เขายังยืนยัน เราก็ฟังเขาแล้วก็ให้สิทธิ์เขาในการเลือก แล้วก็ประสานให้แพทย์มาคุยกับเขาให้เขาเข้าใจจริงๆ ให้มันถูกต้องเลย แล้วก็ให้เขาเลือก คือ จัดการให้แพทย์ได้คุยกับคนไข้ใหม่พี่ คือเหมือนกับว่า เขาเลือกที่จะไม่อยู่ทั้งๆ ที่เขารู้ว่า ถ้าเขาไม่รับน้ำเกลือ เขากลับไปบ้าน เขาจะต้องเสียชีวิตเร็วกว่าที่เขาจะนอนโรงพยาบาลแล้วได้รับน้ำเกลือ แต่ว่าเราก็จัดการให้เขาให้คุยกับหมอ ให้เขามีโอกาสเลือก ให้เขามีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ว่าเขาเป็นเจ้าของชีวิตนะ ให้เขาเลือก สุดท้ายเขาก็เลือกตามใจเขาก็คือ คำนึงว่าเขาอยากกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยที่ระยะเวลาแม้จะสั้น แต่ก็ขอยุ่บ้าน ขอไม่เจ็บตัวเพิ่ม อยู่โรงพยาบาลแม้ว่าจะมีชีวิตยาวนานแต่เจ็บตัว เรื่องแทงน้ำเกลือบ่อยๆ เขาก็ไม่เอาเขาตัดสินใจมาอยู่แล้ว แต่ว่าเราเหมือนกับเราประสานให้หมอให้เขาได้คุยกับหมอ แล้วพอหมอเขา order ว่างั้นคุยกันสุดท้ายก็กลับบ้าน....” (ID8-2)

“คือ case พวกนี้ตอนแรกก็คือ รักษาตามอาการก็คือมันรู้จุดเย็นมันก็จะไป scope ก็ไปยิง flu เสร็จแล้วก็ bleed วนเวียนอย่างนี้ประมาณสามครั้ง คือ อาการเขาก็ค่อยๆ ตอนแรกมันก็เหมือนมีโอกาสที่จะหายโอกาสที่จะดีขึ้นแล้วก็ทรุดลงทรุดลงหมอกก็บอกว่า ไม่มีทางเพราะว่าหลอดเลือดแก่แก่มากมันฉีกจนแฉะแล้วก็รู้สึกตัวตลอดจนตอนที่เริ่มมีเรื่องของปอดมีปัญหา ก็หายใจแอร์ยังเกอร์ก็เลยต้อง sedate ก็อยู่ลักษณะอย่างนี้มาอีกอาทิตย์กว่า คือ ตอนนั้นภรรยาเค้าก็มาสอบถามก็คือจะถามแพทย์เจ้าของไข้เป็นคนคุยอาการเป็นอย่างนี้ๆ ถ้าหากว่าถ้าหยุดหายใจไปอีกจะปั๊มขึ้นมาอีกไหมอันนี้จะถาม สมมติว่าถ้าไม่ปั๊มยาที่ให้ที่เป็นยาประเภทยุติการให้ยาถึงแค่ไหน แต่ญาติก็จะเหมือนจะสู้ยาเต็มที่แต่ถ้าหยุดหายใจอีกครั้งก็คือ ไม่เอาแล้วไม่ยอมให้พ่อเจ็บปวด เสร็จแล้วเราก็เขียนลงบันทึกไว้ใน progress แล้วก็มีแพทย์เซ็นอนุญาต เราคุยกับคนที่เป็ญาติเจ้าของไข้คนหลักอย่างเช่นครอบครัวนี้ก็เป็นภรรยาแต่ถ้าเป็นครอบครัวอื่นก็ดูว่าใครเป็นญาติเจ้าของไข้คนหลักบางทีก็เป็นพี่คนโต บางทีก็เป็นลูกคนที่ดูแล” (ID4-2)

#### 2.4 สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย

สมดุลระหว่างความจริง ความหวัง เป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลต้องทำความเข้าใจเพื่อที่ว่า เมื่อเกิดอารมณ์ความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่เกิดมาจาก ความหวังความจริงที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ไม่ว่าจะเป็ความคาดหวังของผู้ป่วย ความคาดหวังของญาติความคาดหวังของแพทย์ หรือแม้แต่ว่าความคาดหวังของตัวพยาบาลเอง เช่น ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาได้แล้ว แม้ว่าญาติจะยังมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจและยอมรับในความจริงตรงจุดนี้ว่าทำได้เต็มที่ และทุกอย่างตามมาตราฐานให้ผู้ป่วยแล้ว เป็นต้น เพราะฉะนั้นหากพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วยได้แล้วนั้น ย่อมทำให้พยาบาลทำใจยอมรับ และจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“เราก็ต้องคิดว่า เราก็ต้องมองว่า 1 คือว่า เราให้การรักษาเขาตามมาตรฐานหรือยัง ให้การรักษาที่ดีที่สุดหรือยังตามมาตรฐานหรือยัง สมมติว่าตามมาตรฐานแล้วตัวโรคเขาหรือภาวะแทรกซ้อนของเขามันรุนแรงเกินไปอันนี้เราต้องทำใจไม่ต้องไปทำบุญแต่ต้องทำใจ กินได้ นอนหลับ แต่ก็คือเรายอมรับในการจัดการดูแลของเราถ้าสมมติว่ามันถึงที่สุดแล้ว เราก็คือสามารถทำใจได้. โอเคก็ขึ้นอยู่กับเรายอมรับว่า การรักษาดตรงนั้นหรือการจัดการดูแลตรงนั้น เราให้แบบมาตรฐานเต็มที่หรือยัง ถ้าเต็มที่แล้ว เรากียอมรับได้ ....ก็อย่างเช่นคนไข้ที่มีภาวะ septic shock แล้วเกิดเขามีภาวะไตวาย ก็คือว่าเราต้องดูว่าภาวะไตวายนั้นมันต้องให้การรักษาด้วยอะไร อย่างเช่นว่า ต้องทำการล้าง

ติดต่อเนื่อง 24 ชม. เราก็คือทำไปแล้ว แต่ว่าคนไข้มีอาการตอบสนองไม่ดี คือ ให้การพยาบาลทุกอย่าง การจัดการดูแลทุกอย่างเต็มกระบวนการแล้ว อันนั้นก็คือ เราได้ช่วยเขาอย่างเต็มที่แล้ว อันนั้นก็คือ ทำให้เรารู้สึกว่าการดูแลของเรามันได้เป็นไปตามมาตรฐาน แต่มันจะมีอย่างบางกรณี การที่แบบว่าญาติ คนไข้เขาไม่สามารถที่จะ support ตรงนี้ได้ อย่างนี้บางครั้งเราก็อาจมีความรู้สึกว่าการที่เขาแบบว่า อย่างนั้นมันเหมือนกับว่า การรักษามันแบบว่าไปได้อีกแต่ว่าเขาไม่ได้ทำตรงจุดนั้น บางครั้งเราก็ต้องมา มองในมุมที่ไม่ใช่ว่ามองในมุมบทบาทของพยาบาลอย่างเดียวก็ต้องมองในมุมบทบาทของญาติด้วยว่า เขามีปัญหาตรงจุดไหนอะไรยังไง บางครั้งการมองก็ต้องมอง 2 มุม ถ้าเรามองในมุมของแพทย์ พยาบาล ทำให้ถึงรักษาไม่เต็มที่ คนไข้เสียชีวิตอะไรอย่างนี้ คือ สมัยก่อนอาจจะมองในมุมเดียว แต่เดี๋ยวนี้ก็คือ ปรับเปลี่ยนมุมมองในบทบาทของญาติด้วย บทบาทของการรักษา บทบาทของภาวะโรค มันก็จะทำให้ตัวเราเองทำใจได้เพิ่มมากขึ้น” (ID 9-1)

“คือถ้าพี่ รู้สึกไม่หุดหงิด พี่เข้าใจจิตใจ เพราะว่าบางทีเราโอเคแล้ว end of life ใน case นี้ การดูแลเท่านั้นเป็น case palliative แล้ว แต่ญาติก็ยังเต็มที่ เราจะบอกไม่ได้แล้วคุณอะไร อย่างนี้ไม่ได้ ก็แปลว่าเราต้องรู้ว่าเขายังมีความหวังเราจะไป anti เขามันก็เป็นคอนฟิกัน ก็โอเคครับ รู้ เขารายอมรับเขาอยู่ตรงนี้แล้วนะ คือ ตอนแรกคนยังไม่ยอมรับก็มีขัดแย้ง... มันต้องมีที่ว่าอย่างหนึ่ง มันต้องรู้สึกจิตใจ ที่ว่าต้องรู้เรื่องทั้งคนไข้และตัวญาติเวลาได้รับข่าว ข่าวที่ไม่ดีไม่ได้เป็นไปอย่างที่เราตั้งใจเราต้องรู้สึกใจเขาครั้งแรกเขาจะปฏิเสธก่อน เพราะว่าถ้าเราเข้าใจว่าคนไข้เขาจะปฏิเสธ เรา รู้อยู่แล้วเราตั้งใจอยู่แล้วเราก็ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ถ้าเราไม่รู้ ครั้งแรกที่ปฏิเสธแล้วพฤติกรรม ที่แสดงออกมา คือ ต่อต้าน ถ้าเราไม่รู้เราก็จะทำไม่ญาติคุยไม่รู้เรื่องเลย อันนี้ก็สำคัญ เพราะว่า จะกลายเป็นว่าเราไม่เข้าใจเขา” (ID 4-1)

## 2.5 เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ

เมื่อพยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกและอารมณ์หลากหลายในการบริหารจัดการการดูแล ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น เครียด ผิดหวัง เสียใจ หรือความรู้สึกอื่นๆ ที่ไม่ดี พยาบาลได้ จัดการเยียวยาอารมณ์ความรู้สึกของตนเองโดยใช้กระบวนการคิด และเหตุผลเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการการดูแลมากกว่าใช้ความรู้สึก พร้อมทั้งทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไปด้วย รวมถึงการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ในขณะที่เดียวกันพยาบาลต้องตระหนักได้ว่าการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างไม่ว่าจะเป็น ผู้ป่วย ญาติ ทีมผู้ดูแล หรือแม้แต่ตัวพยาบาลเองคงไม่ใช่เรื่องที่จะกระทำได้ง่ายๆ และเมื่อพยาบาลคิดและใช้เหตุผลจนเกิดความเข้าใจอย่างที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลให้พยาบาลสามารถ บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและทำใจยอมรับผลของการบริหารจัดการ การดูแลได้ เพราะคิดว่าได้ทำอย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“แรกก็จะรู้สึกเสียใจ คือมีความรู้สึกไปกับเขาด้วย แต่ว่าหลังๆ ก็คือว่าเราต้องวางตัว ให้เป็นที่ฟังของเขาให้ได้ เพราะฉะนั้นการวางตัวของเราก็คือ เราเน้นการให้ข้อมูล การอธิบายให้เขา ยอมรับเปลี่ยนแปลงผ่านตรงนั้นไปให้ได้ เราก็รู้สึกว่าการที่ความทุกข์ทรมานใจในการที่จะต้องดูแลจัดการตรงนี้ หรือความอึดอัดก็ลดน้อยลง เนื่องจากอาจเป็นเพราะว่าเราได้รับการไปฝึกเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ด้วยส่วนหนึ่ง มันก็ทำให้เรารู้ว่า เราจะต้องวางบทบาทของเราอย่างไร ซึ่งไม่เหมือนกับการดูแลตอน แรกๆ อย่างนี้เราจะมีการใช้อารมณ์เข้าไปด้วย ตอนหลังอาจจะมีการใช้เหตุผลเพิ่มขึ้น ฉะนั้นเราจะ ไปบอกเขา แต่หลังๆ ก็คือสามารถที่จะดูแลตรงนี้จัดการได้ดีขึ้น” (ID 9-1)

“เราก็คิดว่าเราทำได้เต็มที่แล้วกับคนไข้ ไม่ใช่จัดการไม่โอเค แต่ว่าคิดว่าทำได้เต็มที่ แล้วก็คิดว่าเราให้การดูแลได้เต็มที่แล้ว คือ ไม่ได้คิดว่าน่าจะอย่างนั้นๆ ไหม เพราะว่าเราดูแลเรารู้ว่า มองคนไข้ให้เต็มที่ และก็ช่วยคนที่ไม่ได้ปล่อยให้มาล่าช้า หรือว่าให้ยาล่าช้าอะไรอย่างนี้” (ID4-1)

“ส่วนด้านความรู้สึกที่ว่าสะท้อนใจตรงที่ว่าสะท้อนใจบางเคสที่เราอยากจะช่วย แต่ เราช่วยไม่ได้แล้วก็เรื่องของความรู้สึกที่ว่าขัดใจก็คือ เรื่องของการ Information ไม่ตรงกันไม่สามารถ หาจุดยืนที่ตรงกันได้ แล้วก็คือถึงเราบอกว่า ไม่เอาความรู้สึกเข้าไปก็เป็นไปไม่ได้เราก็มีความรู้สึกอยู่ ไม่ได้อินไปกับเค้าไม่ได้ร้องไห้ไปกับเค้าเท่านั้นเอง เราอาจจะเรื่องของอารมณ์ที่คอยปลอบเสียใจอะไร อย่างนี้ค่ะ แล้วก็แต่ความรู้สึกหนูจะเป็นด้านบวกซะมากกว่านะ ด้านลบมันจะมีบ้างตรงที่แบบ คือ เรา อยากจะให้มันเป็นแบบนี้แต่มันก็ไม่เป็นนะกับความรู้สึกเรา เราก็บอกตัวเองว่า เราไม่สามารถควบคุมทุกอย่าง ไม่สามารถควบคุมกับทุกคนได้ แม้แต่ตัวเราเองเรายังคุมไม่ได้เลยแล้วเราจะไปควบคุมคนอื่นได้ อย่างไร หนูโชคดี ตรงที่ว่า หนูสามารถบริหารจัดการความรู้สึกได้ก็คือ ก็คือจบ ณ ตรงนั้นไม่ได้แบบ ค้างคาอะไรไม่จั้นมันก็มาทุกข์กับตัวเราบ้าง ก็คือ หนูก็หาเหตุผลให้มันไปจะได้ผ่านออกไป....” (ID 10-1)

“...เรารู้สึกว่าจริง ๆ แล้วมันเหมือนกับอะไร เราช่วยใครที่เค้าทุกข์อะไร เราช่วยใครที่ เค้าทุกข์เค้ารู้สึกลำบาก รู้สึกแย่ แม้กระทั่งน้องเราเองอะ พอเห็นน้องมันโลงเราก็สบายใจ เรายังคือ ความรู้สึกของคนทุกคนนะช่วยคนที่เค้า suffer ได้เรารู้สึกดี เพียงแต่คนทำ palliative มันจะมีเวิร์ด หนึ่งที่ต่างก็คือ มันเขาจะไม่หลุดพ้นเราก็ไม่รู้สึกแย่ นั่นคือ คนทำ Palliative ถ้าคนใหม่ๆ อาจจะ happy เวลาทำเคสสำเร็จ รู้สึกแยเวลาเคสมัน down แต่ถ้าคนทำ Palliative มาถึงจุดหนึ่งไม่ว่าดี หรือแย่เรารู้สึกดีมันเหมือนได้แค่ว่า อย่างเคสเนี่ยช่วยไม่สำเร็จมันก็ต้องเป็นบุญของเค้าสักอย่างกรรม ของเค้าสักอย่างมีบั้นมีบั้นมีบั้นนิดๆ หน่อยๆ แต่เราก็ไม่รู้สึกว่าแย่มาก แต่มันจะรู้สึกอึดได้ทำ ได้ทำ มันก็บอกไม่ได้นะความรู้สึกเนี่ย เค้าเรียกอะไรนะ บอกว่ามันปิศาจเปล่า มันรู้สึก เฮ้ยมันดีอะ มันก็ไม่ได้



บอกไม่ได้ว่ามันดียังไง พี่มันสบายใจอะ มันลึลลลา ร้องเพลงได้อะ ลึลลาร้องเพลงได้มันรู้สึก เบาๆ สบายๆ มันไม่ได้รู้สึกหนัก ถ้ามว่าช่วยไม่ได้แล้วรู้สึกหนักมัย ถ้าทำเต็มที่แล้ว แต่ถ้าเรา ทำไม่เราไม่ทำ ไอนี้เนะ ยังคิดอยู่อย่างนี้ก็จะรู้สึก พี่จะบอกน้องเลยว่าถ้าได้ทำเต็มที่แล้ว ได้พยายามแล้ว แล้วสุดท้าย มันไม่ได้ต้องคิดใจ ถ้าทำเต็มที่เนี่ยทบทวนว่าถ้าทำเต็มที่เนี่ยจะต้องทำอะไร แล้วเคลสต่อไปก็ทำอะ ” (ID5-1)

## 2.6 เสริมพลังใจให้กันและกัน

การเสริมพลังใจให้กันและกันเป็นวิธีหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพใช้จัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะการบริหารจัดการการดูแลทำให้ต้องพบเจอกับเหตุการณ์ต่างๆ หลากหลายมากมายแตกต่างกันไปในแต่ละวัน และบางครั้งเมื่อต้องตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์หดหู่ จนทำให้นอนไม่หลับ ฝันร้าย พยาบาลเลือกเสริมพลังใจให้กันและกันโดยใช้การพูดคุย ระบายความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงาน คนใกล้ชิด แשרความรู้สึก แשרเหตุการณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขเพื่อการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในรายต่อๆ ไปให้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ใช่ๆ มันหดหู่ตอนที่เขาตาย ทุกคนหดหู่หมด ดูแล้วมันไม่น่าก็คุยระบายความรู้สึก กับเพื่อนร่วมงาน ทุกคนที่อยู่ในเวรนั้น เพราะว่าวันต่อมาก็มาต่อเช้ากัน ก็กลับไปฝันร้าย มีฝันร้าย กลับไปนอนไม่หลับ ทุกคนมีหลายอารมณ์พอเข้ามาก็พูดถึง เมื่อคืนเป็นยังไง มันเศร้าพี่ ก็พูดกัน ออกมาเองมันเศร้า มันไม่น่าเลยนะ คือ ระบายความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงาน แล้วก็มาค้นหาสาเหตุว่า มันเกิดจากอะไรได้บ้าง แล้วต่อไปถ้าเจอ case อย่างนี้ เราจะทำยังไง” (ID6-2)

“...ถ้ามันไม่ออกหนูก็หาหลักคนมาเล่าให้ฟัง ไปที่นี้บ้าง หรือที่นี้ไม่สะดวกที่จะพูดบ้าง ก็คุยให้ที่บ้านฟังบ้าง ก็จะมีเล่าให้คนอื่นฟัง แต่เรื่องการที่เล่าให้คนอื่นฟังก็อย่างที่บอก ward หนูก็จะ แשרเป็นระยะอยู่แล้วในเรื่องของประสบการณ์ที่มีในกรณีพิเศษ หรือกรณีที่เราเห็นว่าน่าจะเป็นกรณี ตัวอย่างได้อย่างเนี่ยคะก็จะมีแשרเป็นระยะ” (ID 10-1)

“...พอหลังๆ มันสำเร็จก็เฉยๆ ผิดพลาดก็มาทบทวนดูว่ามันเกิดความผิดพลาด อะไร.... ....ตอนหลังคนไข้ dead ญาติก็มาแล้วหมอก็บอกเพราะเนี่ยๆๆ บอกพี่นะแบบ sad พี่ก็รู้สึก นะ พี่ก็มานั่งคุยกับหมอ บอกหมอถ้าเรารู้สึกแย่ เพราะเราไม่ทำอะไรเลย แล้วเราไม่กล้าเงาะห้อง คนไข้ เราก็ช่วยคนไข้ไม่ได้ เลยมานั่งวิเคราะห์ดูเลยบอกหมอว่าต่อไปนี้เราไม่รับเคส ถ้าเป็นคนไข้รับ ใหม่เราไม่รับเคสใหม่เกิน 3 เคสต่อวัน ที่เราออก OPD และถ้าเป็นเคสเก่าเราให้ได้ถึง 5 เคส นั่งคุยกัน

พอมาหลังๆ มีทีมจะดี เผอิญหมอเราน่ารักด้วย คือ ความที่อยู่กันตั้งแต่ อยู่ PCU ด้วยกันด้วย แล้วก็ รู้จักกันด้วย ก็คุยกันได้อะไรกันได้อีกดีขึ้น เมื่อก่อนถ้าเป็นแบบนี้เราคงทำอะไรไม่ได้ เราคงเลิกกันไป แล้ว แต่พอมันมีทีมใจ พี่ต้องช่วยดึง หมอเค้าบอกพี่เค้ารู้สึกแย่งจ้ง พอหมอแย่งจ้งเราจะแย่งไม่ได้ก็เลย คุยกัน....” (ID5-1)

## 2.7 พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการเรียนรู้ที่ได้จากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน วาระสุดท้ายของชีวิตว่า เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นและอยู่กับความเป็น ความตาย ความคาดหวัง ทำให้ได้เห็นและเรียนรู้ตลอดจนเข้าใจว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ มีเกิดก็ต้องมีดับ เป็น ความจริงของชีวิตที่พยาบาลได้เรียนรู้ ดังตัวอย่างเช่น พยาบาลบางคนรู้สึกว่าการที่ตนเองโชคดีกว่าคนอื่นๆ ที่ได้ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะทำให้ตนเองได้มีการคิดที่จะเตรียมความพร้อมที่จะตาย อย่างไรก็ตามไม่ให้ทุกข์ ให้มีวาระสุดท้ายที่ดี ส่วนบางคนเมื่อผ่านประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมากเท่าไรก็เรียนรู้ที่เข้าใจเกี่ยวกับความตายมากขึ้นเท่านั้น รู้ว่า จะเลือกเผชิญกับความตายอย่างไรให้เป็นสุขที่สุด เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้จากการที่พยาบาลมีความเข้าใจ และเรียนรู้ถึงความจริงของชีวิตทำให้มีความเข้าใจ และไม่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนเองเมื่อต้องเข้ามา ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งมีสติมีเหตุผล และพร้อมจะให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและทำด้วยความเข้าใจ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“คิดให้ผ่าน เผอิญพี่มาจากครอบครัวค่อนข้างดีเนอะ คำว่าค่อนข้างดี คือ แม่สอนให้ รู้ว่าคนเราก็ต้องตาย แล้วแม่อธิบายว่า อะไรที่เกิดขึ้นร้าย ดี เสมอ เค้าสอนเราอย่างนี้ แล้วเรามาคิดว่า อืมมม อะไรมันเกิดขึ้น เพราะอะไร เราก็จะย้อนนึกย้อนกลับไปว่ามันเกิดอะไรขึ้นบ้างทำอะไรไปบ้าง พอเราย้อนเสิร์จภาษาพระเรียกภาวนา นั่งแล้วก็นึกเรื่องนี้มาหาเราได้ยังไง มันเป็นอย่างไงมา อ้อเค้าตาย เพราะเราช้าเนอะ แล้วเราเข้าใจว่าเราช้า เราก็ทำได้แค่นี้ เราก็เข้าใจ พี่เป็นคนคิดขาด จะวนอยู่คืน เดียวรู้สึก suffer อยู่คืนเดียวแล้วก็ขาด ถ้ายังรู้สึกติดค้างบ้างพี่ก็ไปออกกำลังกายไปอะไรไปซื้อของ” (ID5-1)

“สิ่งที่ได้จากการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สำหรับตนเองคงเป็นเรื่อง เกี่ยวกับการได้มองเห็นความจริงของชีวิตในแง่การเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมชาติ คนเรามีเกิดก็ ต้องมีดับ การได้ดูแลคนไข้ทำให้ตนเองมองภาพความเป็นจริงของชีวิตในบางครั้งคิดว่า หากตัวเองต้อง ถึงช่วงเวลาที่ต้องจากไป หรือทราบว่าอีกไม่นานเราต้องตาย เราจะทำอะไร หรือทำยังไงกับชีวิตเราที่ ต้องเผชิญกับความตายบ้าง เราจะเลือกการจากไปอย่างมีความสุข คงต้องทุกข์ใจบ้างแต่คงต้อง

พยายามตัดความทุกข์ออกไปให้เร็วที่สุด คนเราเกิดมาทุกคนต้องตาย เพียงแต่เราจะเลือกอะไรระหว่างความสุข หรือความทุกข์ก่อนเราต้องจากไปเท่านั้นเอง สำหรับตนเองหลังจากผ่านประสบการณ์การจัดการดูแลคนไข้มาหลายรายแล้วก็มีคนรอบตัว เช่น ญาติ ที่เป็น case palliative care ยิ่งทำให้เราได้เห็นว่า นอกจากความจริงของชีวิต การเข้าใจความตายแล้ว ยังเห็นว่า การได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจยังเป็นเรื่องที่สำคัญมากด้วย เพราะว่าเคยมีญาติและผู้ป่วยหลายราย ที่ต้องการเลือกที่จะกลับบ้านแทนการต้องทนกับความทุกข์ทรมานอยู่ที่โรงพยาบาล ค่าเหล่านั้นเลือกที่จะกลับมาอยู่กับครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมกับสิ่งที่เค้ารักก่อนจากไปมากกว่า โดยปฏิเสธที่จะรับการรักษาที่จะทำให้ยื้อชีวิตของพวกเขาคุ้มค่าให้ทรมานมากกว่าเดิมทำให้เรามองว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านั้นนับว่าเป็นสิ่งที่พึงกระทำเพื่อบุคคลที่ใกล้จะจากไปได้อย่างดีที่สุด” (ID3-2)

“ลัทธิธรรม คือ อนิจจังค่ะ ความไม่เที่ยง มีเกิด มีดับ ไม่เลือกเพศ เลือกวัย อายุ น้อย ใช้จะอายุยืนยาว และการแสดงความรักในขณะที่เจ็บป่วยน่าจะเป็นการดูแลด้านจิตใจกันที่ดีที่สุด และการมีสติ เพื่อคนข้างหลัง เช่น มีหัวใจเต้นเพื่อคนอื่น การมีสติแม้ลมหายใจสุดท้าย และจิตประภัสสร น่าจะเป็นสิ่งที่หนูได้เรียนรู้จากการจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตค่ะ” (ID1-2)

“สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต คือ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา ความตายเป็นขบวนการปกติที่มนุษย์ทุกคนต้องเจอ ทุกอย่างล้วนไม่แน่นอน ไม่มีตัวตน การได้เตรียมความพร้อมก่อนตายถือเป็นสิ่งที่โชคดีกว่าคนที่ไม่มีโอกาสได้เตรียมตัวก่อนตาย และการได้ทำงานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ถือว่าเป็นสิ่งที่โชคดี ทำให้ได้เรียนรู้ลัทธิธรรมของมนุษย์ ความตาย การพลัดพรากจากสิ่งที่รักเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเจอ ทุกคนต้องทำใจยอมรับความจริงและเผชิญกับสิ่งนี้ให้ได้โดยยึดหลักธรรมะ อนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา และผู้จัดการดูแลในบทบาทพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจลัทธิธรรมนี้ โดยไม่นำความทุกข์ผู้ป่วยมาใส่ไว้กับตัวเอง ควรช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ โดยยึดหลัก เมตตา กรุณา มุชิตา อุเบกขา” (ID13-2)

### ประเด็นที่ 3 การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น การจัดการต้องอาศัยองค์ประกอบและปัจจัยในการดูแลหลาย ๆ อย่างด้วยกัน เพราะการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นการดูแลที่ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ต้องใช้ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร ความสามารถและศักยภาพของทีมผู้ดูแล รวมถึงทัศนคติ ความคาดหวัง การยอมรับ

เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ญาติ ทีมผู้รักษา เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความพิเศษ และมีความซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเป็น ความตาย การสูญเสีย การพลัดพราก ความคาดหวัง รวมถึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนทางจิตใจที่สามารถกระทบต่อความรู้สึกของทุกๆ คนที่เกี่ยวข้องได้ตลอดเวลา ดังนั้น เมื่อพยาบาลต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า การบริหารจัดการการดูแลมีปัญหาและอุปสรรคทำให้บริหารจัดการการดูแลได้ไม่ดีนัก กล่าวคือ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลด้วยข้อจำกัดต่างๆ ส่งผลให้ได้รับการดูแลไม่เต็มที่ และการได้รับข้อมูลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายถูก ยื้อชีวิต เพราะความคาดหวัง ทศนคติ และการไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายเหล่านี้ มี 4 ประเด็น ได้แก่ 3.1 เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก 3.2 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ 3.3 ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การจัดการดูแลยังไม่เพียงพอ และ 3.4 ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่

### 3.1 เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงเวลาที่จำกัดและภาระงานที่มากกว่า งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นงานที่ยากและลึกซึ้ง กว้างใหญ่ การดูแลใครสักคนที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการประคับประคอง เช่น คนไข้ระยะท้ายที่ต้องการการดูแลครอบคลุมทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ พยาบาลต้องทุ่มเท และใช้เวลาในการดูแลมาก ต้องใช้เวลาในการเข้าถึงในการพูดคุยกับญาติ ให้เค้าได้ระบายความรู้สึก แต่ในขณะที่เดียวกันพยาบาลมีภาระงานในการดูแลเคสอื่นๆ ด้วย ต้องทำงานแข่งกับเวลาให้เร็วให้ทันเวลา ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ เพราะติดเรื่องเวลาที่จำกัด เวลาและภาระงานที่มากจึงเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้เต็มที่ ดังตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...แล้วในความคิดของหนูนะคะ คือ งานมันยากนะคะ palliative care มันลึกซึ้ง มันกว้างใหญ่และลึกซึ้ง การดูแลใครสักคนที่เป็นคนไข้แบบที่ต้องการการประคับประคอง เช่น คนไข้ระยะท้ายอย่างนี้ กาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ต้องทุ่มเท ใช้เวลาตรงนั้นเยอะ.... แต่ถ้าของเรา มันเหมือนกับ concept ของเราบอกว่า nurse ทุกคนของเราดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ได้ แต่ว่าพอในจุดผู้ปฏิบัติงาน มันเหมือนกับเราต้องเอาเวลานอกเข้ามาทำ เราต้องดูแลคนไข้ emergence suction คนนั้น ปีมคนนี้ ฉีดยาคนโน้น ต่อ IV คนนี้ คูกับญาติคนนี้ discharge คนนี้ แล้วก็ต้องทำ palliative care คนนี้ มันเป็น on the job แบบขอนแก่นเขาจะสมบูรณ์กว่า ของเรา มันมีอุปสรรค” (ID6-1)

“อาจจะไม่ได้ทั้งหมดด้วยภาระงานที่มันจะค่อนข้างหนักพอสมควร ในสำหรับหอผู้ป่วยนี้จริง ๆ แล้วถ้ามีเวลาได้เข้าไป approach ได้คุยกับญาติ ได้มีเวลาคุยกับเค้าให้เค้าได้ระบาย

ความรู้สึก ซึ่งบางครั้งมันต้องใช้เวลา แล้วบางที ทีม 1 มี 2 คน บางทีต้องทำงานช่วยกัน เร็วให้ทันเวลา บางทีเวลาก็เป็นอุปสรรคในการทำงาน ทำให้บางที approach คนไข้ยังไม่ได้ หรืออย่างยังไม่มีเวลาเต็มที่ ให้ญาติได้ระบายหรือว่าคนไข้ได้ระบายออกมา มันเหมือนทำในลักษณะรีบๆ ซะมากกว่า.... ....เราอยากมีเวลามากกว่านี้นะ อยากดูแลเค้า อยากดูแลให้ได้มากกว่านี้ แต่มันคุยแบบรีบๆ มันทำให้รู้สึกกดดัน ทำให้ได้ข้อมูลจากเค้าไม่เต็มที่เท่าไร เค้าเรียกว่า ทำให้เหมือนงานอย่างอื่นเราจะต้องเข้าไป ถ้าเราจะต้องมาคุยตรงนี้ อะไรแบบนี้คะ ในส่วนถ้าวันไหนยุ่งนะคะ เต็มที่แล้ว ถ้าคุยกับญาติแล้วเราออกมาไม่ได้ก็ต้องคุยต่อก็ต้องปล่อยให้พนักงานไปแต่บางทีก็มีกังวลบ้าง ผู้ร่วมงานจะรู้สึกยังไงก็มีบ้าง” (ID2-2)

“ICU บางทีมันยุ่งมันก็ไม่พอนะคะ ของเรามันมีทั้ง acute ทั้ง chronic ใจ เราจะมีเวลาที่จะคุยกับญาติน้อย บางทีเราอยากคุยกับญาติ อยากอธิบาย แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาถามว่ามันมีอุปสรรคไหม มันก็มีอุปสรรค อย่างบางทีเคสโน้นกำลัง bleed เราก็ต้องวิ่งไป อีกเคสญาติมาถามว่าวันนี้เป็นยังไง ถ้ามีเวลาถ้ามีโอกาสทำมันก็น่าจะได้ดีกว่านี้ แต่มันก็มีข้อจำกัดอย่างที่บอก ” (ID12-1)

### 3.2 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึง การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพว่าการสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้ข้อมูลที่ต้องให้อย่างละเอียด ครบถ้วน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การส่งเวรที่ถูกต้องครบถ้วน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและเห็นถึงความสำคัญ เพราะหลายครั้งจากประสบการณ์ของพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยพบว่า แพทย์ พยาบาลมีการให้ข้อมูลไม่ตรงกันมีความหลากหลายของข้อมูล การสื่อสารยังทำได้ไม่ดี การส่งต่อเวรยังไม่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารที่ผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลอย่างที่ควรจะเป็น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ก็สำคัญข้อมูลก็สำคัญ บางทีข้อมูลละเอียดอ่อน การส่งเวรต่อมาไม่ได้รับสารที่แท้จริงว่าอะไรยังไง ก็จะกลายเป็นได้รับข้อมูลอย่างเช่นพอมอมาคุย เช่นไม่รู้ว่ามีคุยกับคนไข้ไปแค่ไหน บอกโรคคนไข้หรือยัง อย่างนี้คนส่งเวรไม่ทราบ หรือไม่ประเมินว่าคนไข้หรือยัง อย่างนี้ที่เจอที่เวิร์ด คือบางคนไม่ได้สนใจตรงนี้ ว่าคนไข้หรือยัง ญาติว่ายังไง อย่างนี้ก็แค่ทำตามว่ามอสั่งอย่างนี้ มันก็มีเรื่องสื่อสารที่เวิร์ดที่เห็นการจัดการก็ผิดพลาด เช่น จริงๆ คนไข้หมอไปคุยแล้ว รู้แล้วแต่บางทีพยาบาลไม่รู้ว่ามีคุย อย่างเช่นเคสที่เห็นที่เวิร์ด จริงๆ คนไข้เหมือนรู้แล้ว แต่เราคิดว่าเขา

ไม่รู้ เราไม่ได้ไปคุยไปประเมินเขาว่าเขารู้แค่ไหน ก็จะทำให้การจัดการของเราคลาดเคลื่อน ไม่ได้สังเกต สมมติว่าคนไข้รู้แล้ว แล้วเราคิดว่ายังไม่รู้ เราก็จะไม่ได้สังเกตภาวะจิตใจเขาจริงๆ ว่าเขาคิดอะไร อย่างไร ทำไมเขาเป็นแบบนี้ ก็มีผลกับการจัดการดูแลของเราจริงๆ เขารู้แต่เราไม่ได้ไปประเมินก็เราคิดว่าเขาไม่รู้จริงๆ เราก็ไม่ได้ไปทำอะไรให้มันผิดพลาด คือ ส่งเวรสื่อสารกันว่าคนไข้ไม่รู้ แต่จริงๆ คนไข้รู้ แล้วบางทีส่งเวรเคาน์เตอร์อยู่ติดกับเตียงจริงๆ เขาสังเกตนะจริงๆ เขารู้ อย่างคนปัจจุบัน พอไปถามเขาก็บอกรู้ แต่ยังไม่ปฏิเสธอยู่โน่นนี่จริงๆ พอไปคุยเขาบอกเขารู้ ส่งเวรบอกว่าญาติยังไม่อยากให้รู้” (ID12-1)

“ไม่พอใจค่ะ เพราะว่าก็กลับไปอยู่ที่เดิม คือ เรามีเวลาให้ข้อมูลน้อย แล้วข้อมูลบางทีก็เหมือนให้ไม่ตรงกัน มันมีหลากหลาย มีทั้งทีม การให้ข้อมูลรู้สึกเลยว่าการสื่อสารยังทำไม่ได้ดี เพราะเท่าที่ผ่านมาถ้าเป็นที่เราให้ข้อมูลจริงๆ ตั้งแต่แรกๆ หรือว่าได้ดูแลกันไปเรื่อยๆ ตั้งแต่ต้นจนจบ รู้ว่าเคลสไหนที่เขาเข้าใจทั้งญาติ เราจะรู้เลยว่าเคลสนั้นโอเคแล้ว เราและทั้งเวิร์ดก็จะโอเคจะแฮปปี้ เข้าใจกันว่า เขาไปสบายไม่ได้ทุกข์ทรมานแล้วเราก็ไม่ได้ยื้อเขา แต่ก็ไม่ใช่ว่าประเมินเสร็จแล้วปล่อยให้โดยที่ไม่ได้ทำอะไร เหมือนเราทำได้เต็มที่แล้ว แต่ว่ามันไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่ออะไร แล้วเราก็คุยให้ข้อมูลกับญาติมันก็โอเคใจ แต่รู้เลยว่าส่วนน้อยที่จะทำได้ ถ้าเป็นที่ chronic จริงๆ ที่เป็นระยะยาว” (ID13-2)

“ปัญหาก็คือ บางทีการให้ข้อมูลเราอาจจะเข้าไป ส่วนใหญ่น่าจะเป็นการให้ข้อมูลอะคะ เพราะว่า คืออาจจะต้องให้หมอให้ข้อมูลให้ละเอียดครอบคลุมกับญาติแล้วก็คนไข้ แนวโน้มคนไข้เป็นแบบนี้แบบนี้แล้วแนวทางในการรักษาจะเป็นแบบนี้ และญาติจะได้เตรียมใจในการที่จะแบบว่ายอมรับ คิดว่าการให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญในส่วนตรงนี้นะคะ ไม่ค่อยเพียงพอเท่าไร ขึ้นอยู่กับหมอด้วยคะ ถ้าหมอเค้าใส่ใจ เอ่อ ใส่ใจรายละเอียดในของคนไข้เกี่ยวกับด้านนี้นะคะ เค้าจะให้ข้อมูลได้ค่อนข้างละเอียดแล้วญาติก็จะประทับใจ ญาติก็จะรู้สึกดี แต่ถ้าบางทีหมอเค้าแบบบางทีเค้าพูดตามหลักวิชาการแพทย์ แต่ว่าบางทีคำพูดอาจจะแบบว่าดู เค้าเรียกว่าคำพูดมันอาจจะแข็งไป หรือว่าแข็งไปแบบไม่ได้ soft มากบางทีตัดไปเลยอะไรอย่างนี้ ญาติอาจจะรับไม่ได้สำหรับตอนนั้น บางทีอาจจะค่อยๆ ให้ข้อมูลแต่ถ้าบางทีก็อย่างที่บอก บางทีค่อยๆ ให้เกิดอะไรขึ้นมามันก็ต้องตัดสินใจ ณ ตอนนั้น ซึ่งก็คือ บอกไปเลย เพราะว่ามีญาติที่เคยคุยเรื่องจิตใจอะคะ คนไข้บอกมาทุกวันก็มาถามเรื่องใส่ท่อชั้นตลอดเวลา คือ ชั้นจะตายแล้วใช้ไหมอย่างนี้นะคะ ถ้าเจอเวลาไปคุยกับเคลสคนไข้ก็จะเจอแบบนี้อะคะบ่อยเหมือนกันไม่อยากจะคุยกับหมอคนนี้แล้ว ไม่ชอบหมอคนนี้แล้วอะไรอย่างนี้นะคะ แม้ชั้นจะตายแล้วหรือ ชั้นยังอยากอยู่เลยนะ ทีนี้เราเข้าไปคุยแบบเราให้ข้อมูลเค้าอะคะ แบบว่าที่หมอมานไปก็คุยไม่ได้แบบประเด็นว่าคุณจะมีอาการหนักมากน้อยขนาดไหน แต่ว่าก็คือเป็นการถามเพื่อ

เป็นการรักษาอีกอย่างหนึ่ง แต่ว่าบางทีคำพูดมันอาจจะดูไม่ค่อยเหมาะสมหรือเปล่าไม่รู้เหมือนกัน ประมาณนี้ค่ะ ก็เคยแบบว่าหมอก็เราก็มานัดนอนหมอนอีกทีหนึ่งว่า บางทีเราไปพูดย่ำกับเค้าบ่อยๆ เค้ารู้สึก หลังจากที่เราคุยกับคนไข้เสร็จแล้วเราก็จะมาคุยกับหมอว่า เออ คนไข้รู้สึกอย่างนี้ะอะไรอย่างนี้ อยากปรับเปลี่ยน wording หรือว่าพูดยังไงให้เค้ารู้สึก ว่า เออว่ามันเป็นการรักษาอย่างหนึ่งนี่อะไร อย่างนี้ ไม่ใช่แบบว่า เออ ให้เค้ารู้สึกว่าการหกล้ม จะตายแล้วหรืออะไรอย่างนี้ ต้องใส่ tube ต้อง CPR มั้ยอย่างนี้อะค่ะ” (ID2-1)

### 3.3 ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ

การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจาก ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพได้ บรรยายผ่านประสบการณ์ว่า การจะบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ดีนั้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงความรู้ของแพทย์กับทีม ผู้รักษาเป็นสิ่งสำคัญ คือ ทีมผู้รักษาต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วน พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วยรวมถึงการดูแลที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ต้องมี ศักยภาพในการประสานงาน หรือแจ้งแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะบริหารจัดการ การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี แต่ทั้งนี้ จากประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาล ยังพบว่าพยาบาล และแพทย์ยังมีความรู้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้อง ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลที่ยังไม่เหมาะสม และไม่เป็นไปตามหัวใจของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมาน ตายไม่สงบ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...จุดหลักเลยน่าจะเป็นความรู้และประสบการณ์มากกว่า เพราะว่ามีน้องบอกว่า ไม่กล้าเข้าไป ไม่มีประสบการณ์ ไม่กล้าพูด ไม่รู้จะพูดประโยคอะไรพอเขาพูดมาอย่างนี้ๆ ก็ไม่รู้จะพูด ต่อว่ายังไง อย่างเหตุการณ์ที่จะเข้าไปแจ้งข่าวร้ายกับคนไข้ น้องเข้าไปยืนเฉย ๆ หรือบางรายก็มายืน เป็นเพื่อน พอหมอพุดเสร็จน้องก็เดินกลับมา แต่คนไข้รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง หรือญาติรับรู้ว่าเขาใกล้ จะตายแต่น้องบางราย คือ ไม่รู้ว่าจริงๆ เราควรต้องยืนอยู่เป็นเพื่อนเขา คอยดูปฏิกริยาเขา หรือความ ต้องการเขาเป็นยังไง การช่วย support จิตใจเขาในขั้นตอนต่อไปมัน คืออะไร น้องไม่รู้ พอราวด์ พร้อมหมอสเสร็จน้องก็เดินออกมาเลย แล้วก็ปล่อยให้คนไข้จมอยู่ในความคิดว่า ฉันใกล้จะตายแล้วใช้ ไหม น้องบอกว่าน้องไม่รู้ว่าจริงๆ ควรต้องทำยังไง น้องไม่รู้ว่า หรือบางทีคนไข้ก็ร้องไห้ ไม่รู้จะทำยังไง ดีก็เดินออกมา เพราะว่าคนไข้ไม่พูดอะไรกัมนานี้ เราถืออธิบายน้องไปว่าสิ่งที่เราทำได้บางทีแค่นั่งอยู่

เป็นเพื่อนเขาสักพักแล้วถึงจะถามเขาว่า รู้สึกยังไงบ้างคะ อันนั้นเขาก็โอเคแล้วสำหรับคนไข้บางคน แต่น้องไม่รู้ น้องก็เดินออกมาเลย น้องบอกว่าไม่รู้จะยืนอยู่ทำไม เพราะคนไข้แยแล้ว หรือแบบนั่งเฉยๆ ไม่พูดไม่จา น้องไม่รู้จะช่วยยังไง” (ID3-1)

“...อาจจะเป็นที่น้องไม่กล้าตัดสินใจ เลยกลายเป็นว่าน้องก็ไม่มั่นใจก็เลยไม่กล้าทำ มันก็เลยทำให้น้องไม่มั่นใจในตัวเอง มันก็เป็นอุปสรรคมันก็เป็น มันก็มีบางครั้งเหมือนกับเราเคยอื่นเรายังแต่เคยนี้มัน Expire แล้วแต่น้องทำอะไรไม่ได้เลย ซึ่งเราก็แบบ อันนั้นเราก็ต้องทำ อันนี้เราก็ต้องคุยกับญาติหรือว่ามาคุยขั้นตอนอะไรอย่างงี้ ซึ่งบางครั้งก็มีความรู้สึกว่าจะอะไร อะไรก็ขึ้น อะไรก็ขึ้น ก็ประมาณหัวหน้าเวรอะไรอย่างงี้....” (ID8-1)

“ถ้าเราดูแล้วแพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญ เขาจะคิดว่าเขาดูแลเต็มที่ ทำเต็มที่ เพราะฉะนั้นในกรณีที่ acute เขาจะมาทุกวัน เข้าเย็น พอเริ่ม chronic ก็เริ่ม consult หน่วยนั้น หน่วยนี้ให้คนอื่นมาทำอะไรไป แล้วก็เริ่มถามถึงคนไข้หน่อยลง ....บางทีก็ไม่เข้าใจ บางคนก็ไม่ให้ความสำคัญก็มี บางทีก็บอกว่าเราเห็นคนไข้ air hunger เห็นคนไข้ทรมาณมาก บางคนเราบอกให้ยาให้ให้คนไข้สงบหน่อยไหม ไม่ให้” (ID12-1)

“...แล้วอีกอย่างมองว่าทักษะการคุย การ approach กับญาติก็สำคัญคะ เรายังกลัวที่จะไปบอก โอเคคุณหมอบอกข่าวร้ายเนอะ บางคนก็ยังไม่กล้าที่จะเข้าไปแตะในจุดการสูญเสียก็จะแค่ปฏิบัติทางกายยังไม่ค่อยกล้าพูด” (ID6-1)

“บางทีน้องใหม่ๆ บางทีก็ยังไม่รู้ว่าต้องทำยังไง ยังไม่รู้เต็มที่ อาจจะต้องมีการเพิ่มเติมความรู้ให้ ก็คือถ้าเราเจอเราก็บอกว่าคนไข้เป็นแบบนี้เน้องต้องแบบนี้ๆ นะ ควรจะทำอะไรดี เราก็ให้เขาคิดอีกทีว่าจะทำอย่างไรดี ถ้าเขามาถามเราตรงๆ เราก็อาจจะแนะนำว่าแบบนี้ๆ” (ID7-1)

### 3.4 ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่

ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ เป็นความท้าทายหนึ่งที่ทำให้พยาบาลต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยภายใต้ปัญหาและอุปสรรค เนื่องจาก ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิต มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยถูกยื้อชีวิตจากความคาดหวังของแพทย์ว่าผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ โดยใส่อุปกรณ์เพื่อช่วยยื้อชีวิต ทั้งที่การใส่อุปกรณ์เครื่องมือให้ผู้ป่วยนั้นนอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใดแล้ว อาจจะไปเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและ



ญาติอีกด้วย ทั้งนี้ พยาบาลเมื่อต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์แบบนี้ แม้ว่าจะทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดลำบากใจพยาบาลก็ต้องให้การดูแล เพราะการดูแลเป็นหน้าที่ อีกทั้ง ในเรื่องของคนและเรื่องค่านิยมและทัศนคติล้วนแต่มีผลในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น เมื่อแพทย์ พยาบาล หรือทีมผู้ดูแล มีความคิด และพื้นหลังที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน ทำให้แนวทางในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความต่างกันอย่างชัดเจน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“...บางทีอาจารย์สู้ แต่บางทีเราหรือใครๆ ก็รู้ว่าสู้ไปก็คงไม่ไหว แต่ก็ยังสู้จนถึงแบบนาที่ลุดท้าย ซึ่งสู้ของหมอบางทีมันก็อาจจะสร้างความทุกข์กาย ใส่อุปกรณ์เครื่องมือไปให้คนไข้ มันก็มีสองกรณีที่ทำทุกอย่าง แต่ว่าบางคนยังยอมรับไม่ได้ บางทีก็ใส่แค่เครื่องต่างๆ ที่มันเป็นแค่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หัวใจที่ขึ้นเป็นแค่เครื่อง คนไข้หายใจก็ด้วยเครื่อง จริงๆ เรารู้แล้วว่าคนไข้ถ้าปิด pace ก็ heart rate ศูนย์ ปิด ventilator ก็ศูนย์ ก็เหมือนเขารอเวลาของเขา เพราะฉะนั้นการจัดการของเรามันก็ขึ้นอยู่กับทีมกับบริบทพวกนี้ด้วย ญาติบางคนก็บอกว่า พอแล้ว ให้ปิดยาเลยไม่ทำอะไรแล้ว แต่บางคนก็บอกว่า ให้สู้จนถึงที่สุดก็ได้ ในกรณีเดียวกัน อาจารย์หมอบางคน สู้ถึงระดับหนึ่งแล้วคิดว่าไม่ response แล้วก็หยุดยา หยุดการรักษา ก็เหมือน palliative กันแค่นี้ละ ซึ่งเราก็ยังคิดว่า ถ้าเป็นบางคนถ้าสู้ต่อก็น่าจะไปไหว มันก็เลยเป็นหลายๆ ปัจจัย.... ....รู้สึกรู้ว่าทำไปเพื่ออะไร นี่ใส่ความทรมาณให้คนไข้หรือเปล่า.... ....เราก็รู้สึกว่ายี่เยี่ยงทรมาณหรือเปล่า ทรมาณทั้งญาติและคนไข้ ถามว่าสงสารไหม บางทีมันก็สงสาร บางทีก็รู้สึกว่ ณ จุดนั้นเขาทำอะไรมากกว่า สงสัยว่าทำไปเพื่ออะไร.... ....ก็ไม่รู้เขาทำไปเพื่ออะไร พอญาติมาส่วนใหญ่มักเห็นแล้วว่าสภาพแบบนี้ พอสักประมาณอาทิตย์เดียวคนไข้ก็ไปด้วยสภาพมีทุกอย่างเพียบ แล้ว organ ทุกอย่างก็ fail มันเลยรู้สึกว่ หรือเป็นเพราะเราอยู่ในสถาบันใหญ่ มีเครื่อง support เยอะ มันยังทำให้บางสิ่งบางอย่างทำเกินความจำเป็นไปหรือเปล่า หรือทำเพื่ออะไร ในกรณีที่เราให้เขาจากไปโดยไม่ใส่อะไรเยอะเยะมากมาย ไม่ต้องเสียเลือดเป็นลิตรจากที่ต้องมา bleed แล้วใส่เครื่องอะไรอีก ถ้าจะให้เลือกก็คงเป็นอึดอัดมันขัดกับความรู้สึกเราแต่เราก็ทำตามหน้าที่ เพราะต้องทำ” (ID 12-1)

“1 คือ คน 2 คือ สิ่งแวดล้อม 3 คือ มันก็รวมอยู่ในคนนะมันคือ สิ่งที่เราสั่งสมมาเนะอย่างทีบอกว่าบริบทแต่ละคนตั้งแต่เกิดจนโตมาป่านนี้ทุกคนผ่านอะไรมาไม่เหมือนกันเค้าเรียกว่าไรแนวความคิดเธอ เค้าเรียกว่าไรหาคำจำกัดความให้มันไม่ได้ แนวคิด ค่านิยม ทัศนคติ อะไรพวกนี้ของคนแต่ละคนมันไม่เหมือนกันทั้งของผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เรื่องพวกนี้ทัศนคติ แนวคิด ค่านิยม มีผลแล้วก็เรื่องของความรู้สึกมันเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องยากมันก็จะมีความกลัวๆ กลัวๆ ทีจะต้องมาทำ ณ จุดนี้ ....คน และก็เรื่องค่านิยม และทัศนคติมีผลในการจะมีการทำ Palliative care

ก็คนเราความคิดไม่เหมือนกันต่อการตัดสินใจในการทำอะไรหลาย ๆ อย่าง มันมีพื้นหลังตั้งเยอะแยะ ในการที่คนเราจะรวมการตัดสินใจออกมาว่า ควรจะ Palliative หรือจะไม่ควร Palliative อันนี้ เรื่องใหญ่กว่า.... ....ของเจ้าหน้าที่ก็อย่างที่หนูบอกว่า ถ้าหมอมีความเชื่อว่า แค่นี้เองมัน treat ได้ ทำให้ถึงจะ NR ก็พยายามสู้ต่อไปถามว่า เค้าสามารถคุยให้ NR เลยได้ไหมก็ได้ อย่างมีเคสหนึ่งที่ readmitted ก็ไม่เชิง readmitted คือก็ เว้นห่างอยู่เป็นเคสที่เดิมไม่ได้ bed ridden แต่ treat แบบ ไปๆ มาๆ จนคนไข้ bed ridden คนไข้ต้องกลับไปดูแลที่บ้านกลับไปที่คุณย์ ที่นั้นก็กลับไปกลับมา ีแหละแล้วก็ เป็นแบบนี้คนไข้ก็ฟังแรกๆ มีสติลุกขึ้นได้พอกลับไปเริ่มกินไม่ได้แล้วก็เรื่องซิดเรื่องไรก็ กลายเป็น infectious พอ infectious เข้ามา sepsis septic shock ก็อยู่อย่างนี้ในวงจรอย่างนี้ malnutrition ก็ปัญหาโน่นนี่นั่นมา การที่อยู่วงจรอย่างนี้แล้วต้องมา treat ซ้ำ ๆ อย่างนี้หมอบางคนก็จะมองว่ามันก็ต้อง treat ในขณะที่หมอบางคนก็จะมองว่ามันก็จะวนเวียนอยู่อย่างนี้แล้ว คือ คนเราพอความคิดไม่เหมือนกันแนวทางการบริหารจัดการก็ต่างออกไปแหละ.... ....คือ มันก็หลาย อย่างนะ แล้วก็ความตระหนักเรื่องของความสำคัญ คือ บางคนไม่เห็นความสำคัญของการ Palliative ถ้ามันก็อยู่ในเรื่องของทัศนคติอยู่ดีแหละ” (ID 10-1)

“...แต่มันจะมีในบางครั้งที่พี่ว่า มันอาจจะพัฒนาได้กว่านี้ อย่างเช่น เนื่องจากว่ามัน การตัดสินใจของคนไข้ตรงนี้ คือ มีหลายหน่วยที่เกี่ยวข้อง บางครั้งเราบอกไม่ได้ว่าใครเป็น leader ใครจะเป็นตัวหลักที่ตัดสินใจ เพราะว่าบางทีญาติไม่ไหวแล้ว ถึงแม้คนไข้ ถ้าหาก....end of life แล้ว เขาไม่สามารถดูแลอะไรได้ แต่ทาง critical หมอว่ายังไหว บางทีก็ conflict อย่างนี้ คือ ญาติถอยแต่ เรารุก มันเหมือนกับความจริงแล้ว คือ อย่างกรณีที่ญาติเขาถอยแล้วแต่หมอยังลุกมาสู้ เขาก็จะคุยกับ ญาติว่ามันยังทำได้ แต่ญาติไม่เราก็เลยมาแล้วมันจบยังไง จริง ๆ ถ้าเราเป็นตัวคนไข้เราอยากให้เขาตื่น มาบอกเองว่าเขาต้องการอะไร มองว่าจะเอาอย่างไรต่อไปจะยอมหรือจะอยู่ หมอจะเอาไป CT ญาติบอก บอกแล้วไงคะว่าไม่ทำอะไรแล้ว ก็ไปเพราะเขาอยากรู้ prognosis คนไข้เป็นยังไง คือ เขาก็บอกว่าเขา ตั้งใจเพื่อที่จะได้รู้ว่าคนไข้ critical ถึงตรงไหนแล้ว เหมือนกับว่าหมอเขาก็พิทักษ์สิทธิ์คนไข้ไง ถึงแม้ ญาติจะถอย แต่ถ้าตัวคนไข้มีอะไรที่พอได้ไปได้....” (ID4-2)

“ปัญหา ปัญหามันอยู่ที่หมอ คือ บทบาทของเรามันไม่ได้ช่วยอะไรเลยแค่เรารับมา เค้ารับ รับบอกว่าจะรับเคสนี้เราก็ต้องรับ แต่พอบอกพยาบาลที่โน่นบอก Palliative care แล้วนะ หมอ หมอเอาจริงหรือ เค้าบอกว่าญาติไม่ทำอะไรแล้วนะ เอาครับพี่ เอาครับพี่ เราก็ต้องเอา ก็เป็น การตัดสินใจของหมอ” (ID8-1)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต จากประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Interpretive phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราชที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จำนวน 13 คน

#### สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต** แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย

#### **ประเด็นที่ 1 การทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง**

พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่รับรู้และตีความตามความคิด และประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลที่ผ่านมาของตนเอง ซึ่งพอจะสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ การเรียนรู้จากประสบการณ์ และการได้รับการอบรม มาทำความเข้าใจถึงแนวคิดหลักการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีคุณภาพ ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจในหลักคิดการดูแลก่อน เนื่องจากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ดูแลต้องให้การบริหารจัดการการดูแลด้วยความรู้ความเข้าใจเพราะเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้านทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลต้องมีการทำความเข้าใจถึงหลักคิดการดูแลแบบประคับประคอง เพราะบทบาทสำคัญของพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การเป็นผู้สนับสนุน

ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลต้องใช้ทักษะ ความรู้และประสบการณ์มาทำ ความเข้าใจเพื่อให้สามารถแสดงบทบาทในการบริหารจัดการการดูแล กล่าวคือ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ บริหารจัดการดูแลต้องมีการพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนิน ของโรคในระยะสุดท้ายของชีวิต และพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพการปฏิบัติที่ ผ่านมาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อของผู้ป่วย (Hodo & Buller, 2012) นอกจากนี้พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลต้องมีความรู้มีความสามารถในการบริหารจัดการ การดูแลอาการต่าง ๆ เข้าใจความหมายและกระบวนการตาย ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ม ีความรู้ความเข้าใจอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย มีความรู้ และความเข้าใจ มีความสามารถในการ ประเมินความปรารถนาครั้งสุดท้าย การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ในบริบทที่ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต กระบวนการยึดชีวิต การงดทำการกู้ชีวิต หนังสือ แสดงเจตนาในวาระสุดท้าย สิทธิการตาย สิทธิผู้ป่วยและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าว มาใช้ใน การบริหารจัดการได้ (สภาการพยาบาล, 2552, 2558)

## **ประเด็นที่ 2 การจัดการด้วยใจเพื่อความสบายของผู้ป่วยและครอบครัว**

พยาบาลได้ให้ความหมายถึงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็น เสียงเดียวกันว่า เป็นการจัดการด้วยใจเพื่อความสบายของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญ อันดับแรกๆ ที่พยาบาลพึงมี และควรยึดเป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระ สุดท้ายของชีวิต เพราะการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยพ้นทุกข์สุขสบายมากที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวและญาติยอมรับการจากไปได้ อย่างสงบ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีการบริหารจัดการด้วยใจ มีใจที่จะช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยมีความสบาย รวมถึงมีความเอาใจใส่อย่างจริงใจ และให้การดูแลเหมือนญาติคนหนึ่งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อ ส่งเสริมให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างดีที่สุด ประกอบด้วย อยากรช่วยด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด และดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด ซึ่งผลการศึกษาใน ส่วน ของความหมายนี้ สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการ การดูแลต้องสามารถจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมาน รวมถึงส่งเสริมความสบาย ติดตาม ผลการบำบัดต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2558) และสอดคล้องกับการให้ ความหมายของ World Health Organization (2014c) ที่ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็น การดูแลที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความสุขสบายมากที่สุดผ่านการบรรเทา ความทุกข์จากความเจ็บปวด และปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะทางกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของบุคคล

## 2.1 ออยากช่วยด้วยใจ ใส่ใจทำให้ดีที่สุด

พยาบาลวิชาชีพเกือบทุกคนได้ให้ความหมายของประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า เป็นการจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ควรเริ่มจากการมีใจรักที่จะทำงานตรงนี้ มีใจที่จะช่วยเหลือ ใจที่อยากจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด เพราะเมื่อมีใจแล้วการบริหารจัดการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ พยาบาลก็จะทำด้วยความเอาใจใส่รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยและญาติอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามความสามารถ ทำเต็มที่ผลก็คือ พยาบาลก็มีความสุข สบายใจ รู้สึกดี เพราะทุกอย่างที่ทำล้วนออกมาจากใจที่มีความปรารถนาจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ เนื่องจากยังไม่ปรากฏถึงการให้ความหมายของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พบแต่เพียงการศึกษาของ นวรัตน์ มีถาวร (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ที่พอจะนำมาเทียบเคียงให้เห็นถึงความหมายของการบริหารจัดการการดูแล ที่ถึงแม้ว่าการศึกษาจะเป็นในแง่มุมมองของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาที่พบว่า การจะดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญภาวะทุกข์ความได้ดีตามความเหมาะสม ผู้ป่วยเกิดการตายดี ตายสงบ ครอบครัวลดความโศกเศร้า รวมถึงบุคลากรที่ให้การดูแลมีความสุขใจ ผู้ให้การดูแลก็เริ่มทำการพัฒนาคุณภาพการดูแลจากจิตสำนึกส่วนตัวที่อยากช่วยให้ผู้ตายอย่างสงบ และให้การดูแลด้วยความเข้าใจและการดูแลด้วยความเอาใจใส่เช่นเดียวกับการศึกษานี้ นอกจากนี้ การศึกษาของ อรพรรณ ไชยเพชร (2551) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยความรู้สึกที่มาจากใจของพยาบาล ด้วยพื้นฐานของความรัก ความเมตตา ความสงสารที่พยาบาลมีแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยความตั้งใจและอย่างเต็มความสามารถ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จึงจะเห็นได้ว่าการจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ไม่ว่าจะมองในมุมมองของการบริหารจัดการการดูแลหรือการให้การดูแลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ล้วนแต่เริ่มด้วยการมีใจรัก มีความใส่ใจที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดเหมือนกัน

## 2.2 ดูแลเหมือนญาติใกล้ชิด

พยาบาลวิชาชีพบางส่วนให้ความหมายของ การจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวว่า นอกจากต้องเริ่มจากการมีใจรักที่จะทำอยากจะช่วยด้วยใจแล้ว การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เหมือนดูแลญาติใกล้ชิดถือได้ว่ามีความสำคัญ และควรมีควบคู่กันในการบริหารจัดการการดูแล เพราะการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนญาติของตนเองจะเป็นตัวผลักดันและสนับสนุนให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้น ทำให้รู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะถ้า

เป็นญาติเรา เราอยากให้การดูแลแบบไหนถึงจะดีที่สุด พยาบาลก็อยากจะทำอย่างนั้นเช่นเดียวกัน เช่น อะไรที่พยาบาลคิดว่าถ้าไม่ได้ทำแล้วจะเสียใจหากญาติหรือคนใกล้ชิดของตนเสียชีวิต พยาบาลก็จะบริหารจัดการการดูแลโดยการเติมเต็มหรือบริหารจัดการการดูแลตรงส่วนนั้นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเหมือนญาติใกล้ชิดแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมรู้สึกได้ถึงความจริงใจความตั้งใจของพยาบาล ความไว้วางใจก็จะเกิดตามมาด้วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะรู้สึกได้ถึงความจริงใจ ความตั้งใจของพยาบาล และเกิดความไว้วางใจได้นั้น พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความห่วงใย มีพฤติกรรมที่อบอุ่นเป็นกันเอง (อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2555) และตระหนักถึงหัวใจหลักของการดูแลแบบประคับประคองที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีความพึงพอใจ และจะทำการดูแลหรือการรักษาใดๆ ก็ตามเมื่อเห็นว่าจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามากที่สุด (เต็มศักดิ์ พิงรัมย์, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์การใช้ศิลปะการไกล่เกลี่ยที่ประสบความสำเร็จของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผลการศึกษาพบว่า การคิดว่าทุกคน คือ ญาติของเรา ทุกคน คือ คนในครอบครัว เป็นหลักคิดในการดูแลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลทำงานอยู่บนพื้นฐานของความห่วงใย มีความเข้าใจถึงความทุกข์ ความต้องการ ความไม่สบายใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงช่วยลดช่องว่างต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะให้การดูแล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย (ปิยาณี รอดบำรุง, 2557)

## ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า มีการบริหารจัดการการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการเพื่อการตายดี 2) การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย และ 3) การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประสบการณ์จากการบริหารจัดการการดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะ เป้าหมายในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตคือ ผู้ป่วยตายดีตายสงบ ญาติยอมรับการสูญเสียการจากไปของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแลได้พยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการการดูแลทั้ง 3 ด้านไปพร้อม ๆ กัน ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

## ประเด็นที่ 1 การจัดการเพื่อการตายดี

การบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี นับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ เพราะในการบริหารจัดการการดูแลนั้นมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเกิดการตายดี ญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้อย่างสงบ ซึ่งการที่จะสามารถบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายได้พยาบาลต้องดำเนินการในกระบวนการของการบริหารจัดการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการจัดการสถานการณ์แวดล้อม ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติร่วมกับการวางแผนและบริหารจัดการการดูแลอย่างครอบคลุมครบถ้วน รวมถึงประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล ประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือการกลับไปมีวาระสุดท้ายที่บ้าน การประสานสิทธิ์ช่วยบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อแบ่งเบาภาระแก่ญาติ รวมถึงการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล ด้วยการสอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง คัดเลือก มอบหมาย กระจายงาน ให้เหมาะสม รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมศักยภาพพยาบาลให้สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเกิดการตายดี ซึ่งผลการวิจัยในประเด็นนี้มีความสอดคล้องกับนโยบายของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2556) แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต และรองรับการตายดี ยุทธศาสตร์นี้มุ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อทั้งกับระบบสุขภาพชุมชนและระหว่างสถานบริการด้วยกันให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตของชีวิตและการตายดี โดยการพัฒนากระบวนการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้คุณภาพ มีมาตรฐาน และมีจำนวนเพียงพอ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ให้การดูแลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตลอดจนผู้รับบริการ (ผู้ดูแลและครอบครัว) มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ ยุทธศาสตร์นี้ มุ่งที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบย่อยต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตายดีทั้งระบบและในทุกระดับซึ่งครอบคลุมถึงระบบพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รองรับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงจำนวนและสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ และจากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพได้ให้ประสบการณ์การจัดการจัดการเพื่อการตายดีไว้ 3 ประเด็นหลัก

ได้แก่ 1) การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ 2) การจัดการสถานการณ์แวดล้อม และ 3) การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาล วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายดี และการส่งเสริมศักยภาพพยาบาลให้สามารถช่วยจัดการให้ผู้ป่วยตายดี โดยจะอธิบายรายละเอียดดังนี้

### 1.1 การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นวิธีการหนึ่งในการบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้เกิดการตายดี โดยจากประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น พยาบาลได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรก เพราะจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยทำให้รู้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นการนำไปสู่การเปิดใจกว้าง ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ง่าย เมื่อพยาบาล ผู้ป่วย และญาติมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแล้วย่อมเกิดความคุ้นเคยตามมา การเข้าไปพูดคุยเพื่อสืบค้นข้อมูลหรือค้นหาความต้องการของผู้ป่วยก็จะสามารถทำได้ง่ายขึ้น การประเมินความต้องการของผู้ป่วยจึงทำได้ครบถ้วน ถูกต้องมากยิ่งขึ้นตามไปด้วยเมื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมครบถ้วนแล้ว ทำให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ออกวางแผนการบริหารจัดการการดูแลในผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำไปสู่การบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไปถึงวาระสุดท้ายอย่างสงบ รวมถึงญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้โดยเป็นไปตามเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีเมื่อส่งผู้ป่วยไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตแล้วการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลเป็นสิ่งที่ยังปฏิบัติและขาดไม่ได้ เพราะผลของการประเมินจะนำไปสู่การปรับปรุงและการพัฒนาการบริหารจัดการการดูแลให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพ มี 5 ประเด็น ได้แก่ 1.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบ 1.1.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน 1.1.3 วางแผนการจัดการดูแลตั้งแต่ระยะแรกพบการเจ็บป่วย 1.1.4 การจัดการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน และ 1.1.5 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล เนื่องจากยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในแง่มุมมองการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพมาก่อน การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จึงเป็นข้อค้นพบใหม่ในการบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดี แต่กระนั้นกระบวนการบริหารจัดการการดูแลของการศึกษานี้ พอจะเทียบเคียงได้กับการศึกษาของ สุปรียา ตียิ่ง (2554) ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งกระบวนการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในระยะที่ 1 มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประเมินสภาพ



ผู้ป่วย ในระยะที่ 2 ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย คือ ประเมินปัญหา วางแผน การพยาบาล และลงมือปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ร่วมด้วย จนเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ การวางแผนจำหน่าย ซึ่งจากกระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ในวาระสุดท้ายของชีวิต

### 1.1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันตั้งแต่แรกพบผ่านประสบการณ์ของพยาบาล ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า สัมพันธภาพเป็นเหมือนประตูด่านแรกที่จะทำให้พยาบาลเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของญาติ ทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างญาติและทีม การดูแลทำให้เห็นถึงความจริงใจที่พยาบาลมีแก่ญาติในช่วงเวลาที่ยากลำบาก หรือช่วงที่เริ่มรับรู้ การสูญเสีย ลดความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือลดการฟ้องร้อง เป็นการสร้างวัฒนธรรมที่ดี ฉันทน์พี่น้องในสังคมการเจ็บป่วยยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ความคุ้นเคย ความไว้วางใจที่เกิดจากสัมพันธภาพ อันดีตั้งแต่แรก ช่วยให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลหรือสืบค้นข้อมูล และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ง่ายขึ้น รวมถึงเข้าไปบริหารจัดการการดูแลได้ราบรื่นไม่ติดขัด หรือมีปัญหาในการบริหารจัดการการดูแลน้อยลง แต่กระนั้นแล้ว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีไม่ได้เป็นแต่เพียงการเข้าไปพูดคุยสอบถามทำความเข้าใจเท่านั้น ภาษากาย เช่น การเข้าไปยืนเงียบๆ อยู่ข้างๆ ให้เขารู้ว่าเราเป็นส่วนหนึ่งเพื่อแสดงถึงการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ใจของเขา ก็สามารถทำให้เกิด การยอมรับเปิดใจได้เช่นกัน ทั้งนี้ พยาบาลอาจต้องอาศัยองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพและทักษะของ การสื่อสารร่วมด้วยในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจของญาติและผู้ป่วย ซึ่งในบทบาท ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีทักษะในการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ ในการร่วมวางแผน การรักษาดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัย ระยะเปลี่ยนผ่าน ระยะสุดท้าย และต่อเนื่อง จนกระทั่งภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (สภาการพยาบาล, 2558) โดยในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของ ชีวิตการสื่อสารถือเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด การใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับด้วย การพยักหน้า สบตา การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้ว่าพยาบาลมีความสนใจในการรับฟังปัญหา และความต้องการต่างๆ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก เพื่อลด ความเครียด ความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญจากอาการของโรคและการดูแลรักษา (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ดียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) ซึ่งจากที่กล่าวมา การสื่อสารไม่ว่าจะด้วยวาจา หรือ ภาษากายล้วนแล้วแต่เป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรวมถึง ทีมการรักษาที่พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีเพียงพอและรู้จักเลือกใช้ให้เหมาะสมกับ สถานการณ์เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการบริหารจัดการการดูแล

### 1.1.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน

การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วนเป็นกระบวนการดำเนินการที่สำคัญยิ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายผ่านประสบการณ์ว่า การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องจัดการอย่างละเอียด ถูกต้อง ครบถ้วน และควรทำตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย เนื่องจากหากที่พยาบาลจะสามารถบริหารจัดการการดูแลได้ดีและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนได้นั้น พยาบาลต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับ ประวัติ ความเป็นมา พื้นฐาน ภูมิหลังของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาประเมินการรับรู้รวมถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ประเมินการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประเมินฐานะทางเศรษฐกิจและการประเมินในเรื่องอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการรักษาสิ้นสุดแล้วเพื่อนำข้อมูลมาบริหารจัดการร่วมกันกับทีม และจัดการแก้ปัญหาหรือสานต่อในสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาหรือไม่สามารถทำได้สำเร็จ โดยการดำเนินต่อให้ผู้ป่วยบรรลุจุดประสงค์ บรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการ หรือให้ผู้ป่วยได้มีวาระสุดท้ายที่บ้านตามความต้องการอย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด สอดคล้องกับ อรรถวรรณ คล้ายพยัฆ (2549) ที่ศึกษาองค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า การประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ การประเมินสภาพปัญหา รวมถึงการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่นเดียวกับ World Health Organization (2014c) ที่ได้กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า เป็นการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวที่กำลังเผชิญกับภาวะโรคที่คุกคามชีวิตผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ด้วยการประเมินแต่แรกเริ่ม ในการบรรเทาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะทางกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ อีกทั้ง นวรัตน์ มีถาวร (2552) ที่ศึกษาประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตของหัวหน้าหอผู้ป่วยประการหนึ่ง ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นไปตามความต้องการ และการจะจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้นั้น การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมครบถ้วน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในกระบวนการบริหารเพื่อการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสำคัญในกระบวนการบริหารจัดการการดูแล (พาริตา อิบราฮิม, 2542; อมร สุวรรณนิมิตร, 2553) เพราะเมื่อใดก็ตามที่พยาบาลสามารถประเมิน

ความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างครอบคลุมแล้วยอมทำให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการ การดูแลได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติครอบคลุมตามไปด้วย

### 1.1.3 วางแผนการจัดการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการวางแผนการบริหารจัดการการดูแลตั้งแต่แรก ตามความคิด และประสบการณ์การบริหารจัดการการดูแลไว้ว่า การวางแผนการบริหารจัดการ การดูแลตั้งแต่แรกเริ่มให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายดี เพราะ การวางแผน คือ การพูดคุยระหว่างทีมการรักษา แพทย์ และผู้ป่วย หมายรวมถึงการวางแผนให้น้อง พยาบาลผู้ร่วมทีมและการวางแผนให้ตัวพยาบาลเอง นอกจากนี้ยังหมายถึงรวมถึงความสามารถใน การแสดงบทบาท และการวางแผนที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติของแพทย์และพยาบาล ซึ่งการวางแผนควรเริ่มต้นตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยด้วยการพูดคุยปรึกษาและวางแผนร่วมกันระหว่างทีม ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมตัดสินใจร่วมวางแผนเกี่ยวกับการดูแลรักษา พร้อมกับแพทย์ พยาบาล รวมถึงทีมสหวิชาชีพด้วย ทั้งนี้ การวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ามาทำให้พยาบาล และทีม สุขภาพได้รับรู้เกี่ยวกับความคาดหวัง ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สามารถวางแผน ได้ครอบคลุมและทันท่วงที ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่วาระ สุดท้ายของชีวิตอย่างสงบและตายอย่างสมศักดิ์ศรี ทั้งนี้ การวางแผนเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญใน กระบวนการบริหารเพื่อที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งกระบวนการบริหาร เป็นสิ่งสำคัญในการบริหารจัดการพยาบาล เพื่อให้มีการปฏิบัติงานอย่างมีแบบแผนและมีเป้าหมาย (พูลสุข หิงคานนท์, 2549; Mahesvari, 1991 incited in นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2552) นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้สนับสนุนเป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยและ ญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือ การแสดงบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ญาติและครอบครัว ของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจและแสดงความคิดเห็นในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย (วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋ยิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556)

### 1.1.4 การจัดการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้าน

เป้าหมายสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระ สุดท้ายของชีวิต คือ การบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยตายดี ทั้งนี้ “การตายดี ตายสงบ ตายอย่าง สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ซึ่งมีความหมายรวมถึงการบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุม ทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อความสุขสบายและไม่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตอบสนองความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย และความต้องการของญาติ รวมถึงสะสางเรื่องราวที่ยัง

ค้ำคาของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้หลักของการพยาบาลเข้ามาบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการด้านคน สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ทั้งนี้ในการบริหารจัดการการดูแล เริ่มตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลร่วมกัน และให้การดูแลตามกระบวนการที่ได้ดำเนินการมา ซึ่งวิธีการบริหารจัดการการดูแลที่พยาบาลได้บรรยายผ่านประสบการณ์มีหลากหลายขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการบริหารจัดการการดูแล ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการการดูแลตามอาการแสดงที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน อาการกระสับกระส่ายของผู้ป่วย คือ หากผู้ป่วยปวดก็บริหารยาแก้ปวดให้เหมาะสม ผู้ป่วยเหนื่อยหอบก็ประสานแพทย์ให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ และบริหารจัดการการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะสุขสบายหรือทุกข์ทรมานน้อยที่สุด หรือบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ด้วยการทำตามความต้องการของผู้ป่วย ไม่ยึดชีวิต หรือใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้เป็นไปตามเจตนา หรือความต้องการของผู้ป่วยที่เคยแจ้งไว้ รวมถึงบริหารจัดการการดูแลตามความต้องการของญาติ คือ ญาติยอมรับความสูญเสีย ยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลเป็นตัวประสานกับแพทย์และบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก เป็นต้น จากที่กล่าวมาข้างต้น หากพยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลได้ครอบคลุมรอบด้านนั้นย่อมหมายถึง การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นได้เดินทางมาสู่จุดที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการการดูแลแล้ว โดยพยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนนี้ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตครอบคลุมถึงการจัดการอาการปวดและอาการต่างๆ การตัดสินใจทางจริยธรรม สมรรถนะในการให้ความสำคัญทางวัฒนธรรม รวมถึงการดูแลตลอดกระบวนการตายจนกระทั่งเสียชีวิต (Thacker, 2008) สอดคล้องกับ พิไลพร สุขเจริญ (2556) ที่ศึกษาการจัดระบบบริการแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงและยึดเป็นหลักสำคัญในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีการกำหนดให้มีการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแล รวมถึงต้องมีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรมซึ่งเป็นการจัดการที่สำคัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### 1.1.5 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการดูแล

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลไว้ว่า หลังจากให้การบริหารจัดการการดูแลจนผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว จะทำการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแล ซึ่งวัดผลลัพธ์จากความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยการประเมินมีทั้งการใช้แบบสอบถามประเมินและการสอบถามด้วยวาจา การสังเกตพฤติกรรม

อาการของญาติที่มีต่อเจ้าหน้าที่ เช่น สีหน้า คำพูดรวมถึงการแสดงออกถึงความพึงพอใจ และนำข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะ หรือการสะท้อนกลับถึงความไม่พึงพอใจ ที่ได้จากการประเมินผลลัพธ์มาพูดคุยปรึกษาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลผ่านประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ญาติมีความพึงพอใจ พยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่าหากญาติพึงพอใจในการบริหารจัดการการดูแล เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตญาติจะกลับมาขอบคุณพยาบาล มีการนำสิ่งของ และเงินมาบริจาค โทรศัพท์กลับมาแสดงความขอบคุณ เหล่านี้เป็นต้น แต่พบผลลัพธ์บางส่วนจากการประเมินที่ญาติไม่พึงพอใจจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือว่าได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการ รวมถึงจากการใช้คำพูดน้ำเสียงกิริยาท่าทางในการให้การดูแล ทั้งนี้การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแลเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินอย่างขาดไม่ได้ เพราะผลของการประเมินเป็นตัวสะท้อนผลของการบริหารจัดการการดูแล และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการแก้ไข นำไปสู่การพัฒนาในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องมีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยญาติผู้ป่วย เครือข่าย/ผู้ดูแล และนำผลการประเมินมาปรับปรุงกระบวนการจัดการดูแลให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ตั้งแต่แรกรับไว้ในการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต (สภาการพยาบาล, 2552, 2558)

## 1.2 การจัดการสถานการณ์แวดล้อม

การบริหารจัดการสถานการณ์แวดล้อมของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในวิธีการที่พยาบาลวิชาชีพใช้บริหารจัดการการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี เพราะการบริหารจัดการการดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในที่นี้ หมายรวมถึง การติดต่อประสานงานเชื่อมโยงกับเครือข่าย การประสานสิทธิ์ รวมถึงการจัดการค่าใช้จ่ายซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการการดูแลไปพร้อมกันกับการบริหารจัดการการดูแลด้านอื่นๆ ทั้งนี้ การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีการทำงานประสานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับหลายภาคส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่รวดเร็ว ครอบคลุมและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงสามารถวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับไปมีวาระสุดท้ายที่บ้านได้ อีกทั้ง เรื่องสิทธิ์และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและญาติต้องเผชิญ เช่น การรักษาบางอย่างอาจไม่ครอบคลุมตามสิทธิ์การรักษาทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ญาติต้องแบกภาระสร้างความทุกข์ใจให้แก่ญาติและผู้ป่วยเป็นต้น ซึ่งการประสานงานร่วมทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มีความรู้ ความสามารถในการประสานงาน การส่งต่อ การวางแผน การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือกับทีมแพทย์ผู้รักษาพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยและสหสาขาวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

และรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย เป็นสมรรถนะของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (สภาการพยาบาล, 2558) สอดคล้องกับ พิไลพร สุขเจริญ (2556) ที่ศึกษาการจัดระบบบริการแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการติดต่อสื่อสาร ต้องมีการบริหารจัดการโดยกำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่นในการประสานงาน เช่น การประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวมีความพร้อมในการกลับไปดูแลที่บ้าน รวมถึงการจัดการค่าใช้จ่ายก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การบริหารจัดการดูแลแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวเพื่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในการรักษา เช่น กำหนดข้อตกลงร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาเรื่องการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เท่าที่จำเป็นเพื่อดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต สนับสนุนให้มีระบบการหมุนเวียนเครื่องมือทางการแพทย์ ดูแลและให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาต ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน

### 1.3 การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า การจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาลถือเป็นวิธีการที่มีความสำคัญวิธีการหนึ่งในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย เพราะการจะบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยตายดีหรือเข้าสู่วาระสุดท้ายได้อย่างสงบต้องอาศัยพยาบาลผู้ที่มีศักยภาพ คือ มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีทักษะต่างๆ อย่างเพียงพอ ที่พยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ในการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/ คุณภาพการพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการการดูแลที่วางไว้ โดยเฉพาะการบริหารจัดการดูแลให้พยาบาลที่มีความกลัวในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงไม่มีความมั่นใจในการเข้าไปพูดคุยกับญาติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอในดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ให้สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ มี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สอนน้องให้ปฏิบัติ พร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง 2) คัดเลือก มอบหมาย งานที่เหมาะสม และ 3) เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา โดยในบทบาทของพยาบาลผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องมีบทบาทหน้าที่ใน การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว (Arbour & Wiegand, 2014; Thacker, 2008; สภาการพยาบาล, 2552, 2558) รวมถึงการมีบริหารจัดการเฝ้าระวังการปฏิบัติการรักษาและการให้ยา ติดตามและการประกันคุณภาพของการปฏิบัติด้านการดูแล (Thacker, 2008) สอดคล้องกับ พิไลพร สุขเจริญ

(2556) ที่ศึกษาการจัดระบบบริการแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ควรมีการจัดพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต จากการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีทักษะ/ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างราบรื่น และเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงาน

## **ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย**

การบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย และการยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง เป็นการบริหารจัดการการดูแลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น เพราะการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นรูปแบบของการดูแลที่มีความท้าทายและมีกระบวนการที่ยากในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและตัวพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตายที่ได้รับความปวด เป็นความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ ความสะเทือนใจ ความหดหู่ การระบายความรู้สึก การรบกวนและความเครียด และจะเกิดความรู้สึกกระทบกระเทือนใจมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอายุน้อยหรือมีความผูกพันกับพยาบาล (Kisorio & Langley, 2016) ด้วยเหตุผลดังกล่าว สภาการพยาบาล (2558) ได้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ จึงกำหนดสมรรถนะให้พยาบาลที่ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสามารถดูแลภาวะโศกเศร้าการสูญเสียและการดูแลหลังเสียชีวิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้า เข้าใจความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความโศกเศร้า การประเมินความสูญเสีย/ความโศกเศร้า ช่วยเหลือให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย/ความโศกเศร้าได้ และมีการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว เพราะเมื่อใดก็ตามที่พยาบาลมีสมรรถนะตามที่ได้กล่าวมา จะช่วยให้สามารถบริหารจัดการอารมณ์และความรู้สึกทั้งของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมผู้ดูแลได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ในลำดับต่อมาสามารถบริหารจัดการได้ง่ายตามไปด้วย นอกจากนี้ จากการที่พยาบาลต้องประสบพบเจอต่อเหตุการณ์ รวมถึงผู้คนที่ไม่ว่าจะเป็น ผู้ป่วย ญาติ ทีมผู้รักษา ทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับความเป็นความตายความคาดหวังต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้พยาบาลผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลเกิดความรู้สึกแตกต่างกันไป เช่น รู้สึกเครียด เศร้าใจ เสียใจ แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลก็ได้เรียนรู้ความจริงของชีวิตควบคู่กันไปด้วยว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่มีใครฝืนความตายได้ และเมื่อต้องตกอยู่ในอารมณ์หดหู่จากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเลือกใช้การพูดคุยระบายความรู้สึก แสร้งความรู้สึกแสร้งเหตุการณ์

ร่วมกันเพื่อเป็นการเสริมพลังใจกันและกัน ฉะนั้น การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมดุระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย และเรียนรู้ความจริงของชีวิตไปพร้อมๆ กันจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเพื่อให้สามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนเองเมื่อต้องบริหารจัดการการดูแลได้ ทำให้ไม่เกิดความทุกข์ใจจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น สามารถดำรงชีวิตได้ตามวิถีปกติ ถึงพร้อมด้วยสติ เหตุผล สามารถเข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับความตายได้เป็นอย่างดี มี 7 ประเด็น ได้แก่ 2.1 ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ 2.2 ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย 2.3 การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง 2.4 สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย 2.5 เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ 2.6 เสริมพลังใจให้กันและกัน และ 2.7 พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต

### 2.1 ผู้ป่วยยอมรับความตายได้อย่างสงบ

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการบริหารจัดการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายได้อย่างสงบ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำผู้ป่วยไปสู่การตายดี และทำให้ญาติยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตทำได้ง่ายขึ้น อีกทั้ง ผู้ป่วยก็ได้ทำตามความประสงค์ที่ตนเองเลือก คือ การตายอย่างสงบไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการต้องทำการรักษาใดๆ เพิ่มเติม แต่ทั้งนี้ พยาบาลได้บรรยายว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง และเลือกที่จะยอมรับความตายโดยไม่รับการรักษาหรือการยืดชีวิต และยังเห็นว่าเป็นเรื่องยากในการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยยอมรับความตาย เพราะผู้ป่วยบางคนเข้ามากับความหวังว่าจะหายจากโรคกลับบ้านได้ ร่วมกับในปัจจุบัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้มีการพัฒนามากขึ้น และถูกนำมาใช้ในการรักษาและพบว่าในบางครั้งเป็นการรักษาที่ทำไปเพียงเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์น้อยลง ทั้งที่ผู้ป่วยบางคน ร้องขอการตายอย่างสงบ และพยาบาลในฐานะผู้ที่ดูแล และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ค่อนข้างยากในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย (พีรพงศ์ ตั้งจิตเจริญ, 2549)

### 2.2 ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เรียนรู้ ตัดสินใจ ยอมรับการจากไปของผู้ป่วย

จากประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพผลการศึกษาพบว่า ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ จัดการความรู้สึก ด้วยการเรียนรู้ ตัดสินใจ เพื่อยอมรับการจากไปของผู้ป่วย ทั้งนี้ ในการตัดสินใจใดๆ ที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาล และทีมสหวิชาชีพจะไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่พยาบาลจะบริหารจัดการการดูแลให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติได้



เรียนรู้ที่จะตัดสินใจร่วมกัน กระนั้นแล้ว การตัดสินใจนั้น ๆ ต้องเกิดจากการยอมรับในการจากไปของผู้ป่วยได้จากใจจริง โดยให้ญาติได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้เวลาญาติได้ทบทวนความรู้สึก ทบทวนการตัดสินใจเพื่อที่จะเลือกให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และพยาบาลมีหน้าที่ที่จะยอมรับในการตัดสินใจของญาติ ซึ่ง ปราณี อ่อนศรี (2557) กล่าวไว้ว่า เราควรมีการเรียนรู้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ รวมถึงควรมีการเตรียมตัวรับรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงก็มีความกล้าที่จะเผชิญความตายโดยไม่หวาดกลัวและพยาบาลควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับความตายอย่างถูกต้อง เช่นเดียวกับ อุมามภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2555) ที่กล่าวว่า ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การมีจิตใจที่สงบสามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสมไม่รู้สึกลัวหวาดหวั่นเกินเหตุ ทั้งนี้ จากผลการศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาประเด็นหนึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะใกล้ตาย การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือเจตจำนงที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองหรือไม่ขึ้นอยู่กับครอบครัวเป็นหลัก โดยอาจพบว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจโดยไม่เป็นไปตามเจตนาของผู้ป่วย และพบว่าครอบครัวต้องการการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความตาย ฉะนั้นการให้ครอบครัวได้เรียนรู้และรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย รวมถึงการให้คำปรึกษาจึงเป็นเรื่องที่พยาบาลและทีมผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องให้ความสำคัญและเรียนรู้ เพราะผู้ป่วยในระยะใกล้ตายบางคนยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพในการช่วยพิทักษ์สิทธิ์และทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย (Arbour & Wiegand, 2014; Corner, 2003; Hodo & Buller, 2012; สิริมาศ ปิยวัฒน์พงศ์, 2552)

### 2.3 การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึงว่า ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหากว่าผู้ป่วยและญาติยอมรับเกี่ยวกับความตายได้ ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่จะขอยุติการรักษาโดยการขอกลับไปตายที่บ้าน พยาบาลในฐานะผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลมีหน้าที่จัดการให้เป็นไปตามความประสงค์และเจตนาของของผู้ป่วยและญาติ แต่ทั้งนี้ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นเมื่อออกจากโรงพยาบาลรวมถึงโอกาสเกิดปัญหาความเสี่ยงต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ สอดคล้องกับ ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์กรอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่า ให้การดูแลแบบประคับประคอง โดยเคารพต่อชีวิตที่ดำเนินไปแบบธรรมชาติ ไม่ให้การตายเร็วหรือชะลอเวลาออกไป (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

## 2.4 สมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วย

สมดุลระหว่างความจริง ความหวัง เป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลต้องทำความเข้าใจเพื่อที่ว่า เมื่อเกิดอารมณ์ความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่เกิดมาจากความหวัง ความจริงที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ ไม่ว่าจะจะเป็นความคาดหวังของผู้ป่วย ความคาดหวังของญาติ ความคาดหวังของแพทย์ หรือแม้แต่ความคาดหวังของตัวพยาบาลเอง เช่น ผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคจนอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาได้แล้ว แม้ว่าญาติจะยังมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจและยอมรับในความจริงตรงจุดนี้ว่าทำได้เต็มที่ และทุกอย่างตามมาตราฐานให้ผู้ป่วยแล้ว เป็นต้น เพราะฉะนั้นหากพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วยได้แล้วนั้น ย่อมทำให้พยาบาลทำใจยอมรับ และจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การศึกษาของ ทองทิพย์ พรหมศร (2551) ที่ศึกษาการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลพูดให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้และความเป็นจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยปฏิบัติกิจกรรมนี้เป็นประจำเพียงร้อยละ 20 ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้งร้อยละ 66.67 ส่วนการประเมินความเชื่อ ความหวัง และกำลังใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนี้เป็นประจำร้อยละ 13.33 ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้งร้อยละ 56.67 ปฏิบัติกิจกรรมนี้นานๆ ครั้งร้อยละ 30 จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายส่วนใหญ่มีการประเมินความเชื่อ ความหวัง และกำลังใจ รวมถึงพูดให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้และความเป็นจริงของผู้ป่วยและญาติ เพราะการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงความคิด ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ และทำให้พยาบาลสามารถจัดการดูแลให้เกิดสมดุลระหว่าง ความหวัง ความจริงของผู้ป่วยได้

## 2.5 เยียวยาตัวเองเมื่อเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ

พยาบาลวิชาชีพที่ต้องบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มักเกิดความรู้สึกและอารมณ์หลากหลายไม่ว่าจะเป็น ความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ หรือความรู้สึกอื่น ๆ ที่ไม่ดีในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากพยาบาลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาระทางอารมณ์ที่เกิดจากความกดดันด้านจิตใจในการให้การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต จากการเผชิญกับภาวะวิตกกังวล ความโศกเศร้าเสียใจของครอบครัว และการปฏิเสธการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับสภาวะอาการของผู้ป่วย รู้สึกยากลำบากในการบอกความจริงเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยรายที่ยังรู้สึกตัว (Valiee et al., 2012) นอกจากนี้พยาบาลจะรู้สึกว่ามีความอ่อนแอทางอารมณ์เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเวลานาน เกิดความเครียดและความเมื่อยล้าจากการจัดการที่เคร่งเครียดในผู้ป่วยที่กำลังจะตาย (McCourt et al., 2013) ทำให้

พยาบาลต้องมีการจัดการอารมณ์ความรู้สึกด้วยการเยียวยาตัวเอง เมื่อเกิดอารมณ์เหล่านั้นขึ้น โดยนำกระบวนการคิดและเหตุผลเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการการดูแลแทนการใช้ความรู้สึก พร้อมทั้งทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไปด้วย รวมถึงการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองว่า จะต้องวางบทบาทของตนเองอย่างไร ทำอะไรได้แค่ไหน อย่างไร ในขณะที่เดียวกันก็ต้องอยู่กับความตระหนักที่ว่าเราไม่สามารถควบคุมทุกอย่างไม่สามารถควบคุมทุกคนได้ แม้แต่ตัวเราเองเรายังควบคุมไม่ได้แล้วเราจะไปควบคุมคนอื่นได้อย่างไร และเมื่อพยาบาลคิดและใช้เหตุผลจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งมาข้างต้นแล้ว ส่งผลให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และทำใจยอมรับผลของการบริหารจัดการการดูแลได้ไม่ว่าผลจะเป็นอย่างไร เพราะคิดว่าได้ทำอย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว (อรพรรณ ไชยเพชร, 2551) พร้อมทั้งสามารถให้เหตุผลทางจริยธรรมและ การตัดสินใจทางจริยธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (สภาการพยาบาล, 2552) รวมถึงควรตระหนักได้ว่า บทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ ผู้ให้การดูแล ผู้ฟัง ผู้สนับสนุน ผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋ยิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2556) แต่อย่างไรก็ตามในบทบาทของผู้บริหารจัดการการดูแลควรต้องมีการตรวจสอบความเหนื่อยล้าของบุคลากรในทีมและแสดงความเห็นอกเห็นใจประสานงานและสอบถามบุคลากรหลังจากให้บริการผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Hodo & Buller, 2012) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้พยาบาลสามารถเยียวยาและจัดการอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ของตนเองที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ให้การบริหารจัดการการดูแลได้ดียิ่งขึ้นรวมถึงดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยใจที่เปี่ยมสุขมากขึ้น

## 2.6 เสริมพลังใจให้กันและกัน

การเสริมพลังใจให้กันและกันเป็นวิธีหนึ่งที่ยาบาลวิชาชีพใช้จัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนเองในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะการบริหารจัดการการดูแลทำให้ต้องพบเจอกับเหตุการณ์ต่าง ๆ หลากหลายมากมายแตกต่างกันไปในแต่ละวัน และบางครั้งเมื่อต้องตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์หดหู่ จนทำให้นอนไม่หลับ ฝันร้าย พยาบาลเลือกเสริมพลังใจให้กันและกันโดยใช้การพูดคุย ระบายความรู้สึกกับเพื่อนร่วมงาน คนใกล้ชิด แชร์ความรู้สึก แชร์เหตุการณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขเพื่อการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในรายต่อๆ ไปให้ดีขึ้น โดยหนึ่งในสมรรถนะที่พยาบาลพึงมีในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (สภาการพยาบาล, 2552) เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเองและผู้ร่วมงานได้ย่อมทำให้เกิดกำลังใจที่ดีเพิ่มความสุขในการทำงานของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและมีภาวะเครียดในการทำงานลดลง (Laschinger, Finegan, Shamian, and Wilk, 2001 incited in บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2551)

นอกจากนี้พยาบาลได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่让自己ยอมแพ้ต่อความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยการให้ความสำคัญในการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวและเพื่อน และการสนับสนุนจากทีมการดูแล (Wu & Volker, 2009) ในขณะที่ผลการศึกษาของ Kisorio and Langley (2016) พบว่า พยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนภายหลังจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและต้องทำตัวคุ้นเคยกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากไม่มีสิ่งใดมาช่วย ทำให้พยาบาลมีความต้องการที่ปรึกษา และต้องการพูดคุยกับใครสักคนจากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่สนับสนุนผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่ว่า ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตการเสริมพลังใจให้กันและกัน เป็นทางออกในการลดความเครียด หรือความรู้สึกต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

## 2.7 พยาบาลเรียนรู้ความจริงของชีวิต

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการเรียนรู้ที่ได้จากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นและอยู่กับความเป็น ความตาย ความคาดหวัง ทำให้ได้เห็นและเรียนรู้ตลอดจนเข้าใจว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ มีเกิดก็ต้องมีดับ เป็นสัจธรรมของชีวิตที่พยาบาลได้เรียนรู้ ดังตัวอย่างเช่น พยาบาลบางคนรู้สึกที่ตนเองโชคดีกว่าคนอื่น ๆ ที่ได้ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะทำให้ตนเองได้มีการคิดที่จะเตรียมความพร้อมที่จะตายอย่างไรไม่ให้ทุกข์ ให้มีวาระสุดท้ายที่ดี ส่วนบางคนเมื่อผ่านประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมามากเท่าไรก็เรียนรู้ที่เข้าใจเกี่ยวกับความตายมากขึ้นเท่านั้น รู้ว่าจะเลือกเผชิญกับความตายอย่างไรให้เป็นสุขที่สุด เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้จากการที่พยาบาลมีความเข้าใจและเรียนรู้ถึงความจริงของชีวิตทำให้มีความเข้าใจ และไม่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนเอง เมื่อต้องเข้ามาทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งมีสติมีเหตุผล และพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและทำด้วยความเข้าใจ สอดคล้องกับ สิริมาศ ปิยวัฒน์พงศ์ (2552) ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาประเด็นหนึ่งพบว่า บุคลากรที่มสุขภาพเห็นความตายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องพบเจอกันทุกคน รวมถึงภาวะเกิดแก่ เจ็บตายด้วยที่สุดท้ายแล้วทุกคนก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงทำให้ใจยอมรับกับความตายได้ และทำให้เข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบมากขึ้นด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกาศโดยองค์กรดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกที่มีสาระสำคัญใจความหนึ่งว่า ให้ระลึกไว้เสมอว่าความตายเป็นเรื่องปกติและธรรมชาติ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

### ประเด็นที่ 3 การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงการจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น การจัดการต้องอาศัยองค์ประกอบและปัจจัยในการดูแลหลาย ๆ อย่างด้วยกัน เพราะการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นรูปแบบของการดูแลที่มีความท้าทายและมีกระบวนการที่ยากในการดูแล (Kisorio & Langley, 2016) นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่ใช้เวลาค่อนข้างมาก ต้องใช้ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสาร ความสามารถและศักยภาพของทีมผู้ดูแล รวมถึงทัศนคติ ความคาดหวัง การยอมรับเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ญาติ ทีมผู้รักษา เหล่านี้เป็นต้น ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความพิเศษ และมีความซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเป็นความตาย การสูญเสีย การพลัดพราก ความคาดหวัง รวมถึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนทางจิตใจที่สามารถกระทบต่อความรู้สึกของทุกๆ คนที่เกี่ยวข้องได้ตลอดเวลา ดังนั้น เมื่อพยาบาลต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า การบริหารจัดการการดูแลมีปัญหาและอุปสรรคทำให้บริหารจัดการการดูแลได้ไม่เต็มที่ กล่าวคือ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลด้วยข้อจำกัดต่างๆ ส่งผลให้ได้รับการดูแลไม่เต็มที่ การดูแล และการได้รับข้อมูลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายถูกยื้อชีวิต เพราะความคาดหวัง ทัศนคติ และการไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายเหล่านี้ มี 4 ประเด็น ได้แก่ เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การจัดการดูแลยังไม่เพียงพอ และทัศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่

#### 3.1 เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึงเวลาที่จำกัดและภาระงานที่มากกว่า งานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นงานที่ยากและลึกซึ้ง กว้างใหญ่ การดูแลใครสักคนที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการประคับประคอง เช่น คนไข้ระยะท้ายที่ต้องการการดูแลครอบคลุมทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ พยาบาลต้องทุ่มเท และใช้เวลาในการดูแลมาก ต้องใช้เวลาในการเข้าถึงในการพูดคุยกับญาติ ให้เค้าได้ระบายความรู้สึก แต่ในขณะเดียวกันพยาบาลมีภาระงานในการดูแลคนอื่น ๆ ด้วย ต้องทำงานแข่งกับเวลาให้เร็วให้ทันเวลา ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยทำได้ไม่เต็มที่ เพราะติดเรื่องเวลาที่จำกัด เวลาและภาระงานที่มากจึงเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้เต็มที่ จะเห็นได้จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยการดูแลฉุกเฉิน โดยการทบทวนวรรณกรรมจากผลการวิจัย 10 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ภาระงานที่มากเป็นปัจจัยหลักของอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการให้การดูแล เนื่องจากเป้าหมายหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น คือ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวไม่ให้

รู้สึกโดดเดี่ยว รวมถึงช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ ที่เกิดขึ้น (McCourt et al., 2013) ฉะนั้นแล้วการจะบรรลุไปสู่เป้าหมายนั้นได้ พยาบาลต้องมีเวลาที่มีมากเพียงพอในการพูดคุยกับผู้ป่วย และครอบครัว ผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลจึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องนี้และควรมีแผนฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย (Hodo & Buller, 2012)

### 3.2 การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายถึง การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพว่าการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญมากในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้ข้อมูลที่ต้องให้อย่างละเอียด ครบถ้วน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การส่งเวรที่ถูกต้องครบถ้วน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและเห็นถึงความสำคัญ เพราะหลายครั้งจากประสบการณ์ของพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยพบว่า แพทย์ พยาบาลมีการให้ข้อมูลไม่ตรงกันมีความหลากหลายของข้อมูล การสื่อสารยังทำได้ไม่ดี การส่งต่อเวรยังไม่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารที่ผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลอย่างที่ควรจะเป็น ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่สำคัญคือ พยาบาลต้องมีความเข้าใจหลักคิดแนวคิดการสื่อสาร สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวในระยะวิกฤต มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการรักษาการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทราบความจริงและข่าวร้าย การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน รวมถึงการให้คำปรึกษาหลังการบอกข่าวร้าย การประสานงานและร่วมกับสหวิชาชีพในการจัดประชุมครอบครัว (Hodo & Buller, 2012; สภาการพยาบาล, 2558) แต่จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตในหน่วยการดูแลฉุกเฉิน โดยการทบทวนวรรณกรรมจากผลการวิจัย 10 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าจากผลการวิจัย 9 เรื่อง การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเป็นประเด็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการสื่อสารเป็นจุดแข็งหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะเป็นตัวกำหนดว่า ผู้ป่วยจะได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่ดีที่สุดเพียงใด (McCourt et al., 2013)

### 3.3 ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ

การจัดการภายใต้ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจากทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพได้บรรยายผ่านประสบการณ์ว่า การจะบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้ดีนั้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงความรู้ของแพทย์กับทีมผู้รักษาเป็นสิ่งสำคัญ คือ ทีมผู้รักษาต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วยรวมถึงการดูแลที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ต้องมีศักยภาพในการประสานงาน หรือแจ้งแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่เหมาะสม

ไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะบริหารจัดการ การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี แต่ทั้งนี้ จากประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาล ยังพบว่าพยาบาล และแพทย์ยังมีความรู้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้อง ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลที่ยังไม่เหมาะสม และไม่เป็นที่พอใจของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมาน ตายไม่สงบ แต่ในขณะที่เดียวกันการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องอาศัยพยาบาลผู้ที่มี ทักษะและความรู้ รวมถึงมีการให้โอกาสทางการศึกษาสำหรับบุคลากรในทีมให้สามารถให้ การสนับสนุนผู้ป่วยที่กำลังจะตายและครอบครัวได้ (Hodo and Leisha, 2010) นอกจากนี้สมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ มีความรู้ และทักษะในการประเมิน อาการต่าง ๆ โดยเฉพาะความปวด โดยใช้เครื่องมือในการประเมินได้อย่างเหมาะสม เข้าใจถึงกลไก การเกิดความปวดและการตอบสนองของผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยาและไม่ ใช้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย (สภาการพยาบาล, 2558)

### 3.4 ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมี ชีวิตอยู่

ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิต อยู่เป็นความท้าทายหนึ่งที่ทำให้พยาบาลต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยภายใต้ปัญหาและ อุปสรรค เนื่องจาก ทศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิต มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยถูกยื้อชีวิตจากความคาดหวังของ แพทย์ว่าผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ โดยใส่อุปกรณ์เพื่อช่วยยื้อชีวิต ทั้งที่การใส่อุปกรณ์เครื่องมือให้ ผู้ป่วยนั้นนอกจากจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใดแล้ว อาจจะไปเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและ ญาติอีกด้วย ทั้งนี้ พยาบาลเมื่อต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์แบบนี้ แม้ว่าจะทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดลำบากใจพยาบาลก็ต้องให้การดูแล เพราะการดูแลเป็นหน้าที่ อีกทั้ง ในเรื่องของคนและเรื่องค่านิยมและทศนคติล้วนแต่มีผลในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้น เมื่อแพทย์ พยาบาล หรือทีมผู้ดูแล มีความคิด และพื้นหลังที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อ การตัดสินใจในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน ทำให้แนวทางในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความต่างกันไปด้วย จะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของ ชีวิต ที่ผลการศึกษาพบว่า ขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลมีความอึดอัดและ คับข้องใจมากจากการตัดสินใจของญาติ ที่ตัดสินใจยุติการรักษาหรือตัดสินใจยื้อชีวิตโดยที่ไม่คำนึงถึง

ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิต่างๆ และบางครั้งพยาบาลพบว่า คุณค่าความเชื่อของตนเอง แตกต่างจากคุณค่าและความเชื่อของผู้อื่นโดยเฉพาะญาติผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้น โดยพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องทำตามที่ญาติต้องการแม้ไม่เห็นด้วย หรืออยากช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่ไม่สามารถแสดงบทบาทได้ เพราะอยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้ ผู้ป่วย และญาติเข้ามารักษาพร้อมกับความคาดหวังของการมีชีวิตอยู่ด้วยการได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ และดีที่สุด รวมถึงได้ใช้เครื่องมือขั้นสูง หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อให้หายเร็วขึ้น หรือมีชีวิตอยู่ได้ ด้วยเครื่องมือทำให้พยาบาลต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบากใจ เมื่อถึงเวลาที่ต้องเลือกใช้เครื่องมือที่มีอยู่อย่างจำกัดในการดูแลผู้ป่วย (กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545) นอกจากนี้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แนวคิดการดูแลรักษาของแพทย์บางส่วนยังมีทัศนคติ หรือมุมมองต่อการดูแลรักษาที่มุ่งช่วยชีวิตทำให้มีผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตส่วนหนึ่งต้องสิ้นสุดการรักษาด้วยการพุงซีพ รวมถึงแนวคิดการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ยังคงเป็นสถานการณ์ที่พบได้อยู่เสมอในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (สิริมาศ ปิยวัฒน์พงศ์, 2552) ในขณะที่ การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตวาระสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างระหว่างคุณค่า ความเชื่อ รวมทั้งประเด็นด้านกฎหมาย ของแพทย์และญาติ มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกแผนการรักษา เช่น การตัดสินใจยื้อชีวิต ทำให้พยาบาลเกิดความขัดแย้งไม่แน่ใจที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย (สุภัทรา ชูช่อ, 2554) อีกทั้ง มุมมองทางวัฒนธรรมทางการแพทย์ และทัศนคติทางสังคม ความเชื่อ รวมถึงดุลยพินิจส่วนบุคคลเกี่ยวกับความตาย และภาวะใกล้ตาย ส่งผลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของพยาบาลในหน่วยการดูแลฉุกเฉิน (Wolf et al., 2015) ซึ่งจากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการมีสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิตของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง โดยการมุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมในเรื่องของการตายดีและการดูแลแบบประคับประคองให้ประชาชน (ประชาชนทั่วไป/ผู้ดูแล/ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย) มีทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง การตายดี และเรื่องการดูแลแบบประคับประคองแบบเป็นองค์รวม การมีกิจกรรมทางสังคมที่สะท้อน ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม รวมถึง มีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้น ตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในวาระสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาเพื่อให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



จากผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตสะท้อนให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึกรวมถึงประสบการณ์ของพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการการดูแลดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจในหลักคิดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองเสียก่อน เพราะผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลที่พิเศษและมีความซับซ้อนที่ต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจ รวมถึงการมีทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้การบริหารจัดการการดูแล ทั้งนี้ การจะได้มาซึ่งความรู้ ความเข้าใจและทักษะ พยาบาลต้องมีการศึกษาหาความรู้ทั้งจากการเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการอ่านหนังสือ ประสบการณ์จากการทำงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากรุ่นพี่ และการอบรมเพิ่มเติม ร่วมกับการจัดการด้วยใจเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย เนื่องจากในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรเริ่มจากการมีใจที่จะทำ มีใจที่อยากจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ มีความเต็มใจ มีความปรารถนาดีในการจะช่วยเหลือผู้ป่วย ให้การดูแลโดยเปรียบผู้ป่วยเหมือนญาติใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และสัมผัสได้ถึงความจริงใจ ความห่วงใยของพยาบาล ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เกิดความไว้วางใจ นำมาซึ่งการเข้าถึงผู้ป่วยและญาติได้ง่ายขึ้น ทำให้พยาบาลสามารถดำเนินกระบวนการบริหารจัดการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมครบถ้วน เมื่อพยาบาลสามารถสืบค้นข้อมูลได้ครอบคลุมครบถ้วนแล้ว ทำให้ทีมการดูแลสามารถวางแผนการบริหารจัดการการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มให้ผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุม และเป็นไปตามความต้องการรวมถึงมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและญาติได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารจัดการการดูแลที่ครอบคลุมรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงสามารถจัดการการดูแลสถานการณ์แวดล้อมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการบริหารจัดการการดูแล เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในกระบวนการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาล เนื่องจาก ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินจะนำไปสู่การพัฒนาในการบริหารจัดการการดูแลที่ดีขึ้น และในส่วนของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้การบริหารจัดการการดูแลต้องถึงพร้อมด้วยความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในการสอนน้องให้ปฏิบัติพร้อมจัดการให้ดูเป็นแบบอย่าง คัดเลือก มอบหมาย ใช้งาน ให้เหมาะสม รวมถึงเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญให้การบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลขับเคลื่อนได้อย่างราบรื่นเพื่อช่วยในการจัดการด้านคุณภาพการดูแล/คุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความตาย โดยการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยยอมรับเกี่ยวกับความตายการเรียนรู้ ตัดสินใจ ของครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เพื่อยอมรับการจากไปของผู้ป่วย การยุติการรักษาเมื่อเวลามาถึง เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจและเรียนรู้

เพราะจากการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและยอมรับได้ การบริหารจัดการการดูแลใดๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตจะกระทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ลดการรักษาที่ทำไปเพื่อยื้อชีวิต ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ญาติสามารถทำใจยอมรับการสูญเสียได้ดีขึ้น ทั้งนี้ เมื่อพยาบาลเรียนรู้ ทำความเข้าใจยอมรับเกี่ยวกับความตาย และสมดุลระหว่างความจริง ความหวังของผู้ป่วยได้ รวมถึงเมื่อพยาบาลเกิดความรู้สึก เครียด ผิดหวัง เสียใจ พยาบาลสามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกและเยียวยาตัวเองได้ด้วยการใช้เหตุผลและกระบวนการคิด ร่วมกับการเสริมพลังใจให้กันและกัน และ การเรียนรู้ความจริงของชีวิตมาช่วยในการจัดการเพื่อลดอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า พยาบาลต้องพบกับปัญหา/อุปสรรคหลายประการในการบริหารจัดการการดูแล ได้แก่ เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ รวมถึงทัศนคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ซึ่งปัญหา/อุปสรรคเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลต้องจัดการภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจขณะจัดการการดูแลรวมถึงไม่สามารถบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้เต็มที่ ซึ่งประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตล้วนแล้วแต่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารพยาบาล พยาบาลรวมถึงทีมสุขภาพอื่น ๆ นำไปพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการการดูแลให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตให้เกิดการตายที่ดี

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไปพัฒนาระบบการติดต่อประสานงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการส่งต่อ จำหน่าย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในวาระสุดท้ายของชีวิตในสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านอย่างมั่นใจ
2. ผู้บริหารพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการส่งเสริมทักษะในการสื่อสารให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ส่วนพยาบาลระดับปฏิบัติการสามารถนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาตนเองในเรื่องการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูล การเข้าถึงผู้ป่วยและญาติ เพราะในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยใน

วาระสุดท้ายของชีวิตการสื่อสารถือเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องใช้ในการแสดงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว

### ข้อเสนอแนะในการนำการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพว่าเมื่อต้องจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทของชุมชน การบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายให้มีคุณภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลในสถานพยาบาลใกล้บ้านมากขึ้น

2. ควรศึกษาการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการบริหารจัดการการดูแลของพยาบาลวิชาชีพว่าเมื่อต้องจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทของการเยี่ยมบ้าน การบริหารจัดการของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการบริหารจัดการของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่บ้านให้มีคุณภาพมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กวีวัฒน์ วีรกุล. (2554). จะเริ่มต้นอย่างไรให้เป็นจริง ภาค1 โครงการ Palliative Care ในโรงพยาบาลศิริราช ใน **การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ**, หน้า 25-34. กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- จอนณะจง เฟ็งจาด. (2548). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17(2)** (พฤษภาคม-สิงหาคม): 10-20.
- ชาย โปธิสิตา. (2554). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2553). Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2(5)** : 26-28.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2556). Palliative care ในประเทศไทย และเครือข่าย Palliative care ในโรงเรียนแพทย์ ใน **การดูแลแบบประคับประคอง**, หน้า 1-11. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.
- ทองทิพย์ พรหมศร. (2551). การปฏิบัติการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). **พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: วี.พรี้น.
- นวรรตน์ มีถาวร. (2552). **ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหัวหน้าหอผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). **การบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2551). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประเวศ วสี. (2552). Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ใน **ปาฐกถา**  
**เกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์ ครั้งที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปรีณทีโอโซน.  
ปราณี อ่อนศรี. (2557). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา.  
**วารสารพยาบาลทหารบก 15 (2): 39-43.**
- ปิยนุช สุขสำราญ. (2554). **ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไตในผู้ป่วยไตวายระยะ**  
**สุดท้าย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ**  
**ปิ๊งประมาณ 2552**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการบริหารโรงพยาบาล คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2549). **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของ**  
**พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยาณี รอดบำรุง. (2557). **ประสบการณ์การใช้ศิลปะการไกล่เกลี่ยที่ประสบความสำเร็จของ**  
**พยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. (2549). **Siriraj Nurses competency dictionary**.  
กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. สี่พวิง.
- พวงรัตน์ บุญญานรัตน์. (2545). ระบบบริการการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพ. **วารสารคณะ**  
**พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 10 (2): 49-57.**
- พิไลพร สุขเจริญ. (2556). **ระบบบริการพยาบาลแบบครบวงจรในโรงพยาบาลระดับตติย**  
**ภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพงศ์ ตั้งจิตเจริญ. (2549). **การให้ความหมาย ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย และการยอมรับ**  
**ของพยาบาลต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต.  
สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูลสุข หิงคานนท์. (2549). **ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล**  
**หน่วยที่ 1-5**. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). **หลักและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับทางการพยาบาลและ**  
**สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พาริตา อิบราฮิม. (2542). **สาระการบริหารการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

- ภรเอก มั่นสวานิช และคณะ. (2558). การวิเคราะห์สถานการณ์ของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วย  
**ในออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการพัฒนาแนวทางการเตรียมพร้อมจำหน่าย  
 และส่งต่อผู้ป่วยขาหลัง ระยะที่ 1**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4416?show=full> Retrieved [14 กรกฎาคม 2559]
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล. (2553). Palliative ประสพการณ์การศึกษาดูงาน ณ เมืองเซฟฟิลด์ ประเทศ  
 สหราชอาณาจักร. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2 (5): 67-73.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2554). Living Will: มุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ใน  
**การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่องความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่  
 การปฏิบัติ**, หน้า 87-96. กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- ลักขณา ทัมมา. (2555). **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ  
 ต่อหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในผู้ป่วยระยะสุดท้าย.**  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์ และจิตศิริ ชันเงิน. (2549). **สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองใน  
 บริบทของประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 7 (3): 12-20.**
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปรียา ตี๋ยง และจินต์จุฑา รอดพาล. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเรื้อรัง  
 แบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์..
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). **การจัดการทางการพยาบาล กลยุทธ์สู่  
 การปฏิบัติ.** คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2549). **ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล  
 หน่วยที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1** นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศิริพร จีรวัดน์กุล. (2555). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและ  
 กรณีศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: ส. เอเชียเพรส.
- ศุภนัยปริวัฑ์ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). **ประวัติศุภนัยปริวัฑ์ ศิริราช**  
 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www1.si.mahidol.ac.th/Palliative/history\[7 มิถุนายน 2557\]](http://www1.si.mahidol.ac.th/Palliative/history[7 มิถุนายน 2557]))
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2547). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** พิมพ์ครั้งที่ 2.  
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.**  
 กรุงเทพมหานคร: สันทวีการพิมพ์.

- สภาการพยาบาล. (2552). **ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**[ออนไลน์].  
แหล่งที่มา: [http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/\\_20344.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf)[15  
กรกฎาคม 2557]
- สภาการพยาบาล. (2558). **โครงการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพยาบาลแบบครบวงจร**.  
กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา)
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วี.  
เจ.พรินติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย  
“แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.  
2557-2559**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา  
[www.thailivingwill.in.th/sites/.../annex\\_gooddeath\\_17\\_Dec\\_final.pdf](http://www.thailivingwill.in.th/sites/.../annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf)  
[8 มิถุนายน 2557]
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). **คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนว  
ทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). **สรุปสถิติสำคัญ 2556**.  
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [bps.ops.moph.go.th/.../สรุปสถิติที่สำคัญ%20  
พ.ศ.%202556.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/.../สรุปสถิติที่สำคัญ%20พ.ศ.%202556.pdf) Retrieved [June 20 2014]
- สิริมาศ ปิยวัฒน์พงศ์. (2552). **การพัฒนาการดูแลแบบครบวงจรสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง  
ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี  
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุปรียา ดิยั้ง. (2554). **ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะ  
สุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัสรา ชูช่อ. (2554). **ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรानी ชาญฤทธิ์วัฒน์. (2553). **การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมร สุวรรณนิมิตร. (2553). **การบริหารการพยาบาล**. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.

- อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). **ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรวรรณ คล้ายพยัคฆ์. (2549). **การศึกษาองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย  
วิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2555). เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง **วิทยาการ  
ก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Best Practice for Cancer care)**. วันที่ 20-21  
กุมภาพันธ์ 2555 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. Arbour, R. B., & Wiegand, D. L.  
(2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients  
and their families: a phenomenological study. **Intensive Crit Care Nurs** 30(4):  
211-218. doi: 10.1016/j.iccn.2013.12.002
- Bloomer, M. J Endacott, R., O'Connor, M., and Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of  
dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A  
qualitative observational study. **Palliat Med** 27(8): 757-764. doi:  
10.1177/0269216313477176
- Cheung, M. C., et al. (2015). Impact of aggressive management and palliative care on  
cancer costs in the final month of life. **Cancer** 121(18): 3307-3315. doi:  
10.1002/cncr.29485
- Clarke, A., & Ross, H. (2013). Influences on nurses' communications with older  
people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in  
palliative care and general medicine. **International Journal of Older People  
Nursing** 1: 34-43.
- Corner, Jessica. (2003). Nursing management in palliative care. **European Journal  
of Oncology Nursing** 7(2): 83-90. doi: 10.1016/s1462-3889(02)00052-2
- Duke, G., & Thompson, S. (2007). Knowledge, attitudes and practices of nursing  
personnel regarding advance directives. **International Journal of Palliative  
Nursing** 13(3): 109-111.



- Grohar, M. E., & Dicroce, H. R. (1992). **Leadership and Management in Nursing**. The United State of America: Prentice Hall.
- Hodo, A., & Buller, L. (2012). Managing care at the end of life. **Nursing management** 43: 28-33.
- Horn, R., & Meulen, R. (2014). The Use of Advance Directives in the Context of Limited Resources for Healthcare. **International Library of Ethics, Law, and the New Medicine** 54: 181-192.
- Hospice and Palliative Nurses Association. (2004). HPNA position paper: value of the professional nurse in end-of-life care. **Journal of Hospice & Palliative Nursing** 6(1): 65-66.
- Huber, D. L. (2010). **Leadership and Nursing Care Management**. The United State of America: Elsevier.
- Jezewski, M. A., & Feng, J. Y. (2007). Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. **Appl Nurs Res** 20(3): 132-139. doi: 10.1016/j.apnr.2006.05.003
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. **Intensive Crit Care Nurs** 33: 30-38. doi: 10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. **Oncology Nursing Forum** 35(6): 955-959.
- Mak, Y. W., Chiang, V. C. L., & Chi, W. T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. **International Journal of Palliative Nursing** 19(9): 423-431.
- McCourt, Roisin, Power, John James, & Glackin, Marie. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. **International journal of palliative nursing** 19(10): 510-516
- Palliative Care South Australia (Cartographer). (2016). **History of palliative care**[online] Available from: <http://www.pallcare.asn.au/about/history-of-palliative-care/hospice-12th-to-late-20th-centuries> [June 18 2016]

- Pattison et al. (2013). 'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. **J Clin Nurs** 22(9-10): 1442-1454. doi: 10.1111/jocn.12095
- Sasahara et al. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. **Palliative Medicine** 17: 520-526.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D.R. (2011). **Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative**. . 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams.
- Thacker, K. S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. **Nursing Ethics** 15(2): 175-185.
- Valiee, S., Negarandeh, R., & Dehghan Nayeri, N. (2012). Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. **Nurs Crit Care** 17(6): 309-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00523.x
- Van Manen, M. (1990). **Research Lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. London: The Althouse Press.
- Wolf, L. A., et al. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. **J Emerg Nurs** 41(5): 23-33. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.018
- World Health Organization. (2014a). **First ever global atlas identifies unmet need for palliative care**[online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/> Retrieved [August 20 2014]
- World Health Organization. (2014b). **Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive care throughout the Life Course**[online]. Available from: [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/.../A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/.../A67_R19-en.pdf) Retrieved [June 20 2014]
- World Health Organization. (2014c). Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. **Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy** 28 : 130-134.

Wu, H., and Volker, D. L., & Volker, D. L. . (2009). Living With Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. **Oncology Nursing Forum** 36(5): 578-584.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

เอกสารใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย  
และไปยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
 สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย  
 บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700  
 โทร. 0 2419 2680

ที่ ศธ 0517.07/ **07443**

วันที่ ๑๑ พฤษภาคม 2558

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ 0512.11/0137 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2558

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุธารัตน์ กุลรัตนมาศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดีอนุมัติให้ นางสาวสุธารัตน์ กุลรัตนมาศ เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2558

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุเรนดีวงศ์)  
 รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช  
 ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๕ ถนนวังหลัง บางกอกน้อย  
กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72  
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 204/2015

ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

รหัสโครงการ : 064/2558(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด: นางสาวสุธารัตน์ กุลรัตนมาศ / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบบันทึกภาคสนาม
6. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
7. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์
8. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 10 เมษายน 2558

วันหมดอายุ : 9 เมษายน 2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจางุพิมพ์ สูงสว่าง)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

20 เม.ย. 2558

วันที่

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)  
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

21 เม.ย. 2558

วันที่

**ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตาม  
ระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้**

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินการระบุนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ



เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร  
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หรือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาว สุธาร์ตน์ กุลรัตนมาศ และผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ

สถานที่วิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ตึกสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ 081-1317-006 (ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน  ไม่มี  มี ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้พยาบาลทั้งระดับปฏิบัติและผู้บริหารพยาบาลนำข้อค้นพบจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 10-15 ราย

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 18 สิงหาคม 2557

1



ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตาม  
มาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ นางสาว สุธาร์ตน์ กุลรัตนมาศ

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยครั้งนี้  
แต่ผู้วิจัยหวังว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะสะท้อนให้เห็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการ  
การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเป็นการสะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์  
รวม (Holistic care) ทั้งนี้ พยาบาลทั้งระดับปฏิบัติและผู้บริหารพยาบาลสามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาไป  
เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และพัฒนาคุณภาพการดูแล  
ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป รวมถึงผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยใน  
วาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิต คือ ผู้ป่วยเกิดการตายดี ผู้ป่วย  
ครอบครัว และญาติของผู้ป่วยสามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่ร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม โดยครอบครัว  
สามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้อย่างสงบ อีกทั้ง บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนา  
ในการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวได้รับ  
การดูแลและมีการประสานงานอย่างเหมาะสมที่สุด

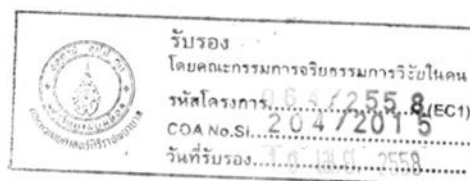
ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ จากการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย  
รวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อ  
สาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร  
เป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย  
สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น  
โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ  
ล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ  
การปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ

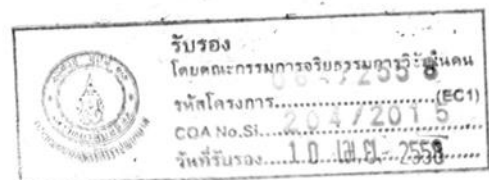


หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร  
(.....)  
วันที่.....

เอกสารหมายเลข 3ก วันที่ 18 สิงหาคม 2557

4



เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

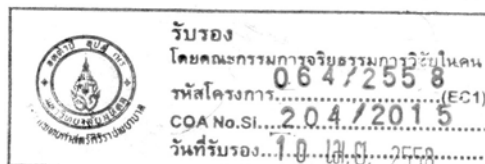
หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาว สุธารัตน์ กุลรัตนมาศ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ตึกสกลากินแบ่งรัฐบาล ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-1317-006 ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

เอกสารหมายเลข 3ข วันที่ 18 สิงหาคม 2557

1




ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารที่แจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอม  
นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....  
(.....)

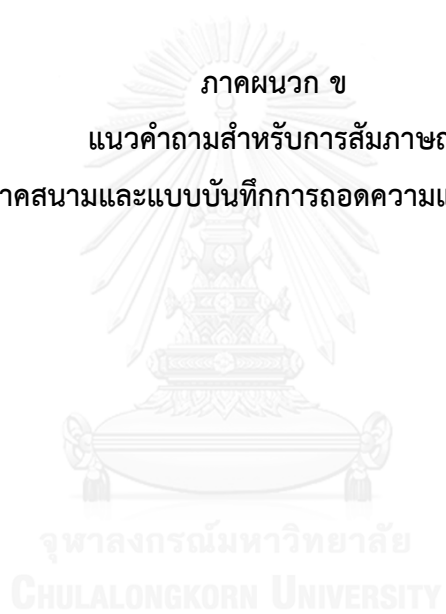
ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....  
(.....)

เอกสารหมายเลข 3๗ วันที่ 18 สิงหาคม 2557

2

	รับรอง
	โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
	รหัสโครงการ 084/2558 (EC1)
	COA No. Si. 204/2015
	วันที่รับรอง 10 ต.ค. 2558

ภาคผนวก ข  
แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์  
แบบบันทึกภาคสนามและแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น



## แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

### 1. คำถามเปิดการสนทนา

- 1.1 แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
- 1.2 พุดคุยซักถามถึงการทำงานทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทปสัมภาษณ์

### 2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

- 2.1 อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา
- 2.2 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
- 2.3 ท่านเคยผ่านการอบรมหลักสูตรใด ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

### 3. คำถามเกริ่น

- 3.1 ขณะนี้สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร

### 4. คำถามเข้าสู่ประเด็นที่ศึกษา

- 1) จากประสบการณ์ของท่าน ที่ท่านเคยดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไรบ้าง
- 2) การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามความคิดและประสบการณ์ของท่านหมายถึงอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง โปรดอธิบาย
- 3) เป้าหมายสำหรับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของท่านคืออย่างไร

### 5. คำถามเจาะลึก

- 1) เมื่อท่านได้บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตท่านมีความคิดเห็นอย่างไร
- 2) ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อต้องให้การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต มีเหตุการณ์ใดที่ทำให้ท่านรู้สึกประทับใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลนั้นๆ เหตุการณ์นั้นเป็นอย่างไร ช่วยเล่าให้ฟังด้วยค่ะ
- 3) ท่านมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ เช่น การจัดการด้านค่าใช้จ่าย การจัดการด้านการประสานงาน การจัดการด้านการสื่อสาร เป็นต้น สำหรับท่านแล้วถ้าให้มาเล่าการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร จะอธิบายว่าอย่างไรคะ

- 4) ท่านมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมอย่างไร กรุณายกตัวอย่างประกอบด้วยค่ะ
- 5) ท่านคำนึงถึงอะไรบ้างในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต
- 6) ถ้าจะพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตท่านจะ  
ทำอย่างไร
- 7) ในหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานมีการวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต  
อย่างไร
- 8) เมื่อท่านดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ท่านคิดว่าพึงพอใจในการบริหารจัดการการ  
ดูแลนั้นหรือไม่/เพราะเหตุใด
- 9) สำหรับท่านแล้วจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเงื่อนไขอย่างไร  
บ้างที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการการดูแล เพราะเหตุใด

#### 6. คำถามอื่นๆ ที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์เพื่อต้องการเจาะลึก หรือให้เกิดความกระจ่าง

- 1) จากที่ท่านเล่าว่า..... ท่านช่วยอธิบายรายละเอียดหรือยกตัวอย่างในสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริง  
กับผู้ป่วยให้ฟังหน่อยค่ะ
- 2) ที่ท่านพูดถึง..... นั้นหมายความว่าอย่างไร หรือที่ท่านพูดถึง.....หมายถึง.....หรือ  
หมายความว่า.....ใช่หรือไม่
- 3) นอกจาก.....ที่ท่านพูดถึง แล้วยังมีเหตุการณ์อื่นอะไรอีกบ้าง

#### 7. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัย  
ทำการกล่าวขอบคุณ และขออนุญาตสัมภาษณ์เพิ่มเติม ในรายละเอียดบางประเด็นที่ยังขาดความ  
ชัดเจนกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง





### แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น.ถึงเวลา.....น.

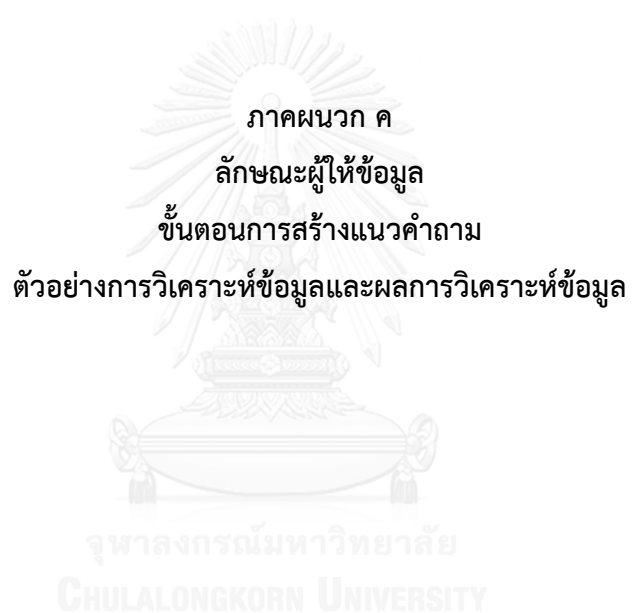
สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น.ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....



ตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=13)

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ (ปี)	ศาสนา	สถานภาพ	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)
1	หญิง	37	พุทธ	โสด	16
2	หญิง	35	พุทธ	สมรส	13
3	หญิง	42	พุทธ	โสด	19
4	หญิง	41	พุทธ	โสด	19
5	หญิง	53	พุทธ	โสด	30
6	หญิง	38	พุทธ	สมรส	16
7	หญิง	44	พุทธ	โสด	22
8	หญิง	41	พุทธ	สมรส	16
9	หญิง	39	พุทธ	สมรส	16
10	หญิง	33	พุทธ	สมรส	10
11	หญิง	39	พุทธ	สมรส	16
12	หญิง	35	พุทธ	โสด	11
13	หญิง	36	พุทธ	โสด	15

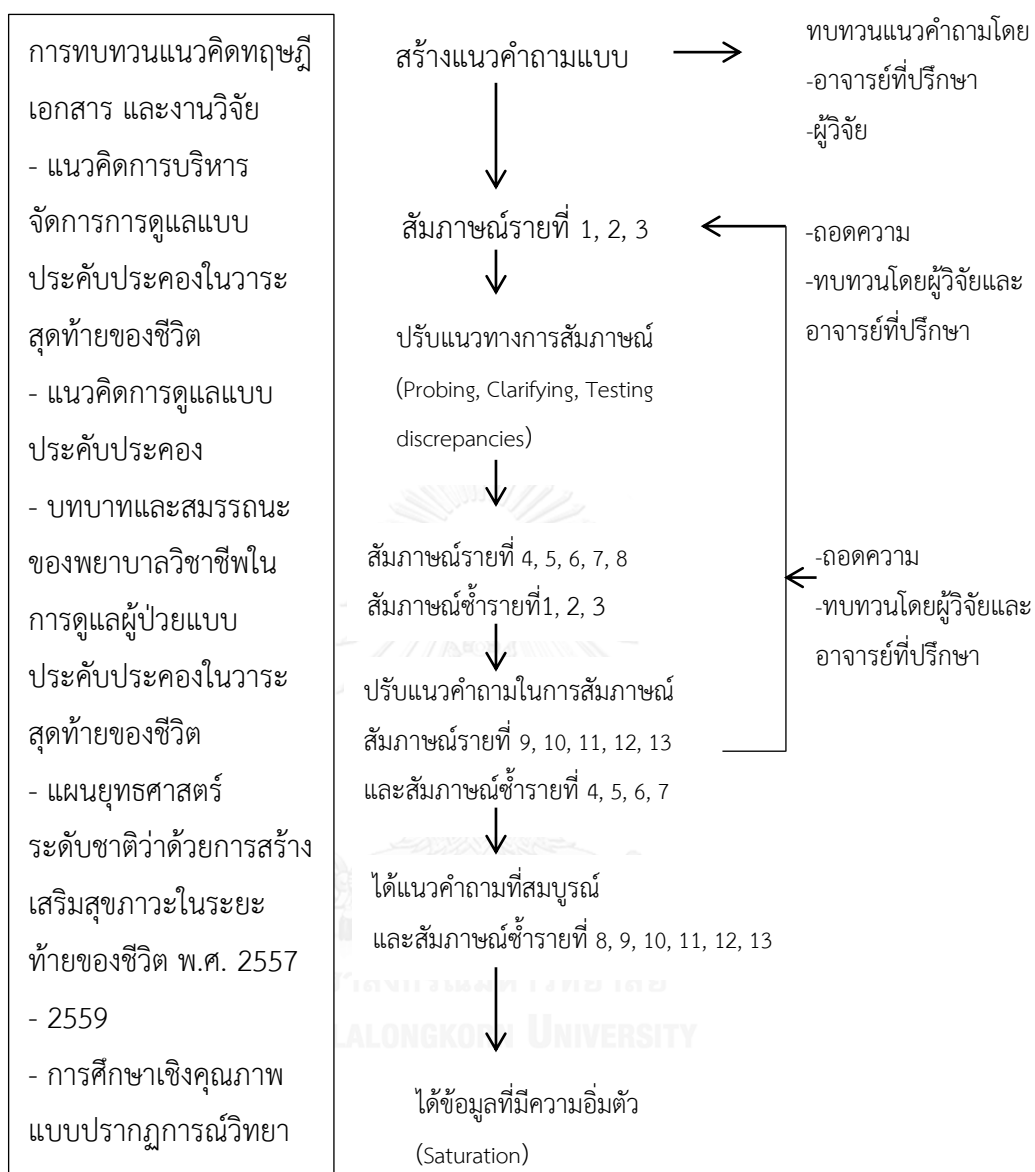
ตารางที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=13)

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล	ประวัติการศึกษา	หน้าที่ความรับผิดชอบ	หน่วยงานที่ปฏิบัติ
1	ปริญญาตรี	รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญอายุรศาสตร์ฯ
2	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญอายุรศาสตร์ฯ
3	กำลังศึกษาต่อ ป. โท	รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญศัลยศาสตร์ฯ
4	ปริญญาโท	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยไอซียูศัลยศาสตร์ฯ
5	ปริญญาโท	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าเวร	หน่วยการพยาบาลดูแลต่อเนื่อง
6	ปริญญาโท	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญศัลยศาสตร์ฯ
7	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยไอซียูศัลยศาสตร์ฯ
8	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยไอซียูอายุรศาสตร์ฯ
9	ปริญญาโท	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยไอซียูอายุรศาสตร์ฯ
10	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญอายุรศาสตร์ฯ
11	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญอายุรศาสตร์ฯ
12	ปริญญาตรี	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยสามัญศัลยศาสตร์ฯ
13	กำลังศึกษาต่อ ป. โท	หัวหน้าเวร	หอผู้ป่วยไอซียูอายุรศาสตร์ฯ

ตารางที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=13)

หมายเลข ผู้ให้ข้อมูล	กรรมการในหน่วยงาน	ประวัติการอบรม palliative care	จำนวนผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ดูแล (ราย/เดือน)
1	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 4 เดือน	2-3
2	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 1 วัน	2-3
3	อนุกรรมการ สุขศึกษา	หลักสูตร 5 วัน	2-3
4	Nurse educator	หลักสูตร 1 วัน	1-2
5	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 3 วัน	1-2
6	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 6 สัปดาห์	1-2
7	-	หลักสูตร 3 วัน	1-2
8	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 3 วัน	2-3
9	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 7 วัน	2-3
10	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 5 วันและ 3วัน	2-3
11	Preceptor นักศึกษาพยาบาลปี 2	หลักสูตร 1/2 วัน	2-3
12	อนุกรรมการ discharge planning	หลักสูตร 1/2 วัน	1-2
13	อนุกรรมการ palliative care	หลักสูตร 3 วัน	3-4

### แผนภาพแสดงขั้นตอนการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์



### ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretive phenomenology) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามขั้นตอนของ van Manen (1990) โดยผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูล จากการอ่านคำสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกภาคสนาม แล้วนำคำสำคัญ ข้อความสำคัญ รวมถึงประโยคที่มีข้อความสำคัญมาทำการขีดเส้นใต้ไว้ พร้อมทั้งเขียนคำสำคัญไว้ทางซ้ายมือของแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยจึงนำคำสำคัญที่ได้มาวิเคราะห์คุณลักษณะเพื่อจัดหมวดหมู่กลุ่มคำในแต่ละเรื่อง โดยแสดงตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

### แสดงตัวอย่างการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ข้อความ	การถอดรหัส
การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามความคิดและประสบการณ์ของท่านหมายถึงอย่างไร ประกอบด้วยอะไรบ้างโปรดอธิบาย	ความหมาย: ช่วยด้วยใจใส่ใจทำให้ดีที่สุด
“ก็แค่รู้สึกว่าการช่วยเหลือเขาให้มากที่สุดเท่านั้นเอง ก็คือช่วยเหลือเต็มที่เท่าที่ช่วยได้ แล้วก็ให้เขาผ่านพ้นเรื่องของปัญหาไปได้ด้วยดีเท่าที่จะทำได้ให้มากที่สุด จุดจบสุดท้ายก็อยากให้เขาจากไปอย่างสงบหรือกลับไปบ้านใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างมีความสุขเท่าที่เขาจะมีได้” (ID3-1)	- ต้องการช่วยเหลือให้มากที่สุด - ช่วยเต็มที่ - ทำให้ได้มากที่สุด - อยากให้จากไปอย่างสงบ
“....คิดว่าเขาก็เป็นคนหนึ่งคน เราคิดว่าเราต้องการแบบไหน อยากได้แบบไหน เราก็จะเสิร์ฟเขาแบบนั้น เราอยากให้คนมาพูดดี ๆ กับเราเราก็พูดดี ๆ กับเขา พูดดี ๆ กับญาติ เราคิดว่านอนทาน้ำมันคงไม่สบายนะ เราก็ไปจัดชะหน่อย ว่านอนทาน้ำมันอาจจะดีขึ้น หรือว่าถ้าเหนื่อยแล้ว หัวสูงกว่าน้ำมันไม่พอ ก็ไปจัดให้มันดีขึ้น เราก็ดูแลแบบองค์รวมที่ยืดหยุ่นจะเป็น 2 อย่าง เรื่องหัวใจความเป็นมนุษย์ ทำให้เขาด้วยใจ เราคิดว่าเราทำให้เขาด้วยใจ.... ทุก	- ทำด้วยใจ - อยากให้สบาย - อยากทำสิ่งที่ดีที่สุดให้ - ทำแบบใส่ใจ - หวังว่าจะดีขึ้น - อยากช่วยให้สบาย



ข้อความ	การถอดรหัส
<p>คนต้องเท่ากัน หรือว่าเป็นมาตรฐานวิชาชีพ..... ....ก็เอาให้มันได้มาตรฐาน เรา แต่ก็ทำให้แบบที่เราอยากให้เราสบาย คิดว่าเป็นเรา เราก็อยากได้สิ่งที่ดีที่สุด เราก็อยากทำสิ่งที่ดีที่สุดให้คนไข้ ...จริง ๆ มันรู้สึกยาก แต่เวลาที่เราทำด้วยใจ เราก็คิดว่าเราเต็มที่แล้ว เราก็คิดว่าบางทีมันมีปัญหาเราก็แก้ แก้เอาเท่าที่ความสามารถของเรา มีเคสเราก็คิดว่าเราเข้าเคสได้เต็มที่ แต่เราไม่ได้คิดว่าถ้าทำแล้วญาติจะต้องชื่นชมเรา เราคิดว่าเราทำใจด้วยใจ คนไข้มาอย่างนี้ ญาติมาอย่างนี้ เราช่วยอย่างนี้ ....คิดว่าเราใส่ใจแล้วเวลาที่ทำก็อธิบายด้วย.... ....และมันก็ต้องทำแบบใส่ใจ ไม่ได้ทำ เพราะว่ามันเป็นหน้าที่ ทำเพราะว่าฉันอยากทำให้คุณนะ ฉันทำให้คุณแล้ว คิดว่าคุณจะดีขึ้น หวังว่าคุณจะดีขึ้น และก็อยากให้คุณดีขึ้นด้วย ญาติกับคนไข้เขาก็ไว้วางใจ ....มันน่าจะอยู่โหมดแรกใจ ใจคนจะทำ อยากทำหรือเปล่า ถ้าคุณอยากทำนะถึงคุณจะพูดธรรมดา แต่คนที่เขาฟังเขารู้นะว่าคุณจริงจังใจที่จะดูแลญาติเขา เหมือนใจมันต้องมาก่อน คือเขาไม่สบายนะเขาอาจจะเสียชีวิตตอนไหนก็ได้ เราคิดว่าเราอยากช่วยให้เขาไปสบาย อยากช่วยให้ญาติเขารับกับเหตุการณ์ตรงนี้ได้ ใจของเจ้าหน้าที่ที่สำคัญ ....คือเราว่ารู้สึกว่ามันต้องเน้นเป็นพิเศษ มันต้องมีการประคับประคองใจมากเป็นพิเศษ แต่ถามว่าถ้าทั่วไปเราก็ทำให้เขาเต็มที่อยู่แล้ว แต่ถ้ามาเข้าเคสแบบนี้ บางทีอย่างที่คุณบอกว่าคุณต้องมีใจที่จะทำ ต้องเสียเวลาทำนะ เราคิดว่าถ้าเราจะทำให้เขาแบบเขาอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว ทำยังไงมันถึงจะดีที่สุด ทั้งของคนไข้ ทั้งของญาติ”(ID11-1)</p>	
<p>“...นี่เราช่วยคนไข้แบบใจรัก เราช่วยคนไข้เพราะเราอยากช่วย เพราะเรารู้สึกที่ดีช่วย ...ใช่ไม่ใช่แต่เราทำ ไม่แน่ใจ ทำเพราะรักที่จะทำ แต่ว่าก็รู้ว่าบางส่วนเราทำถูก แต่ไม่รู้ว่ามันครบถ้วนเปล่า อยากให้มันครบถ้วน ให้มันดีที่สุด เราไม่รู้ว่ามันบกพร่องตรงไหน ว่ามีอะไรที่เราทำไม่สมบูรณ์ แนะนำเราก็ได้ เราจะได้ช่วยถูก เราอาจจะมองไม่เห็นแต่เรามีใจ” (ID6-1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยแบบใจรัก</li> <li>- ช่วยเพราะอยากช่วย</li> <li>- ทำเพราะรักที่จะทำ</li> <li>- เรามีใจ</li> </ul>

ข้อความ	การถอดรหัส
<p>สำหรับท่านแล้วจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตมีเงื่อนไขอย่างไรบ้าง ที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการการดูแล เพราะเหตุใด</p>	<p>ประสบการณ์:</p>
<p>“อาจจะไม่ได้ทั้งหมดด้วยภาระงานที่มันจะค่อนข้างหนักพอสมควร สำหรับหอบผู้ป่วยนี้จริง ๆ แล้วถ้ามีเวลาได้เข้าไป approach ได้คุยกับญาติ ได้มีเวลาคุยกับเค้าให้เค้าได้ระบายความรู้สึก ซึ่งบางครั้งมันต้องใช้เวลา แล้วบางที ทีม 1 มี 2 คน บางทีต้องทำงานช่วยกัน เร็วให้ทันเวลา บางทีเวลาก็เป็นอุปสรรคในการทำงาน ทำให้บางที approach คนไข้ยังไม่ได้ หรือว่ายังไม่มีเวลาเต็มที่ ให้ญาติได้ระบายหรือว่าคนไข้ได้ระบายออกมา มันเหมือนทำในลักษณะ รีบ ๆ ซะมากกว่า.... ....เราอยากมีเวลามากกว่านี้นะ อยากดูแลเค้า อยากดูแลให้ได้มากกว่านี้ แต่มันคุยแบบรีบ ๆ มันทำให้รู้สึกท้อ ทำให้ได้ข้อมูลจากเค้าไม่เต็มที่เท่าไร เค้าเรียกว่า ทำให้เหมือนงานอย่างอื่นเราจะต้องซ้ำต่อไป ถ้าเราจะต้องมาคุยตรงนี้ อะไรแบบนี้คะ ในส่วนถ้าวันไหนยุ่งนะคะ เต็มที่แล้ว ถ้าคุยกับญาติแล้วเราออกมาไม่ได้ก็ต้องคุยต่อก็ต้องปล่อยให้้องทำงานไปแต่บางทีก็มีกังวลบ้าง ผู้ร่วมงานจะรู้สึกยังไงก็มีบ้าง” (ID2-1)</p>	<p>เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำไม่ได้หมดภาระงานหนัก</li> <li>- เวลาเป็นอุปสรรคในการทำงาน</li> <li>- อยากมีเวลามากกว่านี้</li> </ul>
<p>“ICU บางทีมันยุ่งมันก็ไม่พอ นะคะ ของเรามันมีทั้ง acute ทั้ง chronic ใจเราจะมีเวลาที่คุยกับญาติน้อย บางทีเราอยากจะคุยกับญาติ อยากอธิบาย แต่ก็ต้องมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ถามว่ามันมีอุปสรรคไหม มันก็มีอุปสรรค อย่างบางทีเคสโน้นกำลัง bleed เราก็ต้องวิ่งไป อีกเคสญาติมาถามว่าวันนี้เป็นยังไง ถ้ามีเวลาถ้ามีโอกาสทำมันก็น่าจะได้ดีกว่านี้ แต่มันก็มีข้อจำกัดอย่างที่บอก” (ID12-1)</p>	<p>เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยุ่ง</li> <li>- มีเวลาน้อย</li> <li>- มีข้อจำกัดของเวลา</li> <li>- มีอุปสรรค</li> </ul>
<p>“...จุดหลักเลยน่าจะเป็นความรู้และประสบการณ์มากกว่า เพราะว่ามีน้องบอกว่าไม่กล้าเข้าไป ไม่มีประสบการณ์ ไม่กล้าพูด ไม่รู้จะพูดประโยคอะไร พอเขาพูดมาอย่างนี้ ๆ ก็ไม่รู้จะพูดต่อว่ายังไง อย่างเหตุการณ์ที่จะเข้าไปแจ้งข่าวร้ายกับคนไข้ น้องเข้าไปยินเฉย ๆ หรือบางรายก็มาขึ้นเป็นเพื่อน พอหมอพูดเสร็จน้องก็เดินกลับมา แต่คนไข้รับรู้ตัวเองเป็นมะเร็ง หรือ</p>	<p>ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่กล้าเข้าไป</li> <li>- ไม่มีประสบการณ์</li> </ul>

ข้อความ	การถอดรหัส
<p>ญาติรับรู้ว่าเขาใกล้จะตายแต่น้องบางราย คือ <u>ไม่รู้ว่าจะจริง ๆ เราควรต้องยืนอยู่เป็นเพื่อนเขา คอยดูปฏิกิริยาเขา หรือความต้องการเขาเป็นยังไง</u> การช่วย support จิตใจเขาในขั้นตอนต่อไปมัน คืออะไร น้องไม่รู้ พอราวด์พร้อมหมอเสร็จน้องก็เดินออกมาเลย แล้วก็ปล่อยให้คนไข้จมอยู่ใน <u>ความคิดว่า ฉันใกล้จะตายแล้วใช่ไหม</u> น้องบอกว่าน้องไม่รู้ว่าจะจริง ๆ ควร <u>ต้องทำยังไง</u> น้องไม่รู้ว่าจะ หรือบางทีคนไข้ก็ร้องไห้ <u>ไม่รู้จะทำยังไงดีก็เดินออกมา</u> เพราะว่าคนไข้ไม่พูดอะไรก็หันหน้าหนึ่ง เราก็อธิบายน้องไปว่าสิ่งที่เราทำได้บางทีแค่นั่งอยู่เป็นเพื่อนเขาสักพักแล้วถึงจะถามเขาว่า <u>รู้สึกยังไงบ้างคะ</u> อันนั้นเขาก็โอเคแล้วสำหรับคนไข้บางคน <u>แต่น้องไม่รู้</u>น้องก็เดินออกมาเลย <u>น้องบอกว่าไม่รู้จะยืนอยู่ทำไม</u> เพราะคนไข้แยะแล้ว หรือแบบนั่งเงียบไม่พูดไม่จา <u>น้องไม่รู้จะช่วยยังไง</u>” (ID3-1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่กล้าพูด</li> <li>- ไม่รู้จะพูดประโยคอะไร</li> <li>- ไม่รู้ต้องทำอะไร</li> <li>- ปล่อยผู้ป่วยไว้ เดินออกมา</li> <li>- ไม่รู้จะช่วยอย่างไร</li> </ul>
<p>“อย่างอันดับ 1 ปัญหาของเรา คือ <u>เรายังไม่เข้าใจว่าคนไข้</u> พยาบาลเรายัง <u>ขาดความรู้ความเข้าใจ</u>เกี่ยวกับว่าคนไข้แบบไหนที่ต้องการการดูแลแบบ <u>ประคับประคอง</u> เพราะว่าอย่างงานศัลยกรรมไม่เหมือน med มันหลากหลาย ward ก็ลักษณะหนึ่ง แล้วเราต้องเอาไปตีความแต่ละ ward ให้ match กับ ward เรา อย่างปัญหาข้อที่ 1 ก็คือ <u>ความรู้ความเข้าใจของเรา ... ความรู้ยังไม่พอ</u> เราไม่รู้ว่าจะ ลักษณะไหน 2 <u>เราไม่รู้ว่าจะบทบาทเราจะ add อะไรได้บ้าง... ..ความรู้ของแพทย์กับทีมผู้รักษาสำคัญ</u> คือ ทีมผู้รักษา <u>ต้องมีความรู้</u>ว่าเราช่วยอะไรคนไข้ระยะท้ายได้บ้าง ยาอะไรบ้าง เช่น <u>หมอยกให้มีความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้าย</u>บางคนไม่กล้าสั่ง fentanyl push ด้วยซ้ำ ซึ่งการไปเรียนมาขอนแก่นเขาให้ยาแรง ๆ เลย อย่างมอร์ฟีนแรง high dose เน้นสุขสบาย เขาไม่กลัวคนไข้ตายแบบที่เรา <u>หมอยกกลัวว่าเขาส่งไปแล้ว</u> คนไข้หยุดหายใจ หายใจชักเกินไป BP drop กลัวว่า fentanyl กับมอร์ฟีน <u>สั่งแล้ว BP drop</u> คือ ยกให้หมอเจ้าของไข้ เข้าใจ palliative care แล้วก็มีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจจริง ๆ <u>เขาจะ</u> <u>ได้รู้ว่า</u> ถึงเขาสั่งยาแรง ๆ มันไม่ได้เป็นการเร่งตายคนไข้ เพราะหมอยก <u>ไม่ได้อยู่กับคนไข้ตลอดเวลา</u> แต่เราเห็นตลอดเวลา <u>แต่เราทำอะไรไม่ได้</u> ถ้า</p>	<p><b>ทักษะ ความรู้ และ ศักยภาพของผู้ให้การดูแล ยังไม่เพียงพอ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เรา (พยาบาล) ยังไม่เข้าใจคนไข้</li> <li>- เรา (พยาบาล) ยังขาดความรู้ความเข้าใจ</li> <li>- ความรู้ความเข้าใจของเรา (พยาบาล) ไม่พอ</li> <li>- เรา (พยาบาล) ไม่รู้ว่าจะบทบาทจะ add อะไรได้บ้าง</li> <li>- (แพทย์) กลัว ไม่กล้าสั่งการรักษา</li> <li>- (แพทย์) รู้ไม่พอ</li> <li>- เรา (พยาบาล) ทำอะไร</li> </ul>

ข้อความ	การถอดรหัส
<p>เรื่องของการช่วยด้วยยา สมมติเขาสั่ง push ใช้ใหม่ เป็น drip เลยก็ยังได้ drip แล้วสั่งเป็น order ที่ purge titrate ขึ้นได้ บางคนเขาไม่กล้า ให้สั่งเป็น push เอา แล้ว notify เป็นรอบ ๆ คือ เหมือนแบบมันยังไม่สุด ซึ่งเป็นเพราะว่าหมอรู้ไม่พอ เขากลัว ....เรา nurse เราไม่รู้ที่เราต้อง notify เพราะอะไร เราเห็นเขานอนหายใจหอบอย่างนี้ เราคิดว่าเราดูแลดีที่สุด ถ้าเรามีความรู้จริง ๆ มีอะไรเราทำได้มากกว่านั้น คือ หอบ มี ventilation น้อยคิดว่า คือ พอแล้ว คือ ดีที่สุดของคนไข้ มันเป็นธรรมชาติว่าคนไข้ใกล้เสียชีวิต คนไข้ระยะท้ายคนไข้มีไข้ก็ต้องอย่างนี้แหละ เราอยากให้ nurse มีความรู้ที่หอบเรามียาแก้หอบช่วยได้ด้วยยา คลื่นไส้อาเจียนมันก็มียาช่วยแล้วแผลมีกลิ่นมันก็มียาช่วย คือ อยากให้ nurse มีความรู้พอ เรื่อง nurse มีความรู้ไม่พอด้วย เพราะว่าเราไม่ได้ขึ้นทุกวัน อยู่ในมือของ RN คนไหนก็ได้ ถ้าเขารู้ได้เท่า ๆ เรา หรือรู้มากกว่าเราก็ยิ่งดีจะได้ช่วยคนไข้ได้มากขึ้น”</p> <p>(ID6-1)</p>	<p>ไม่ได้</p>



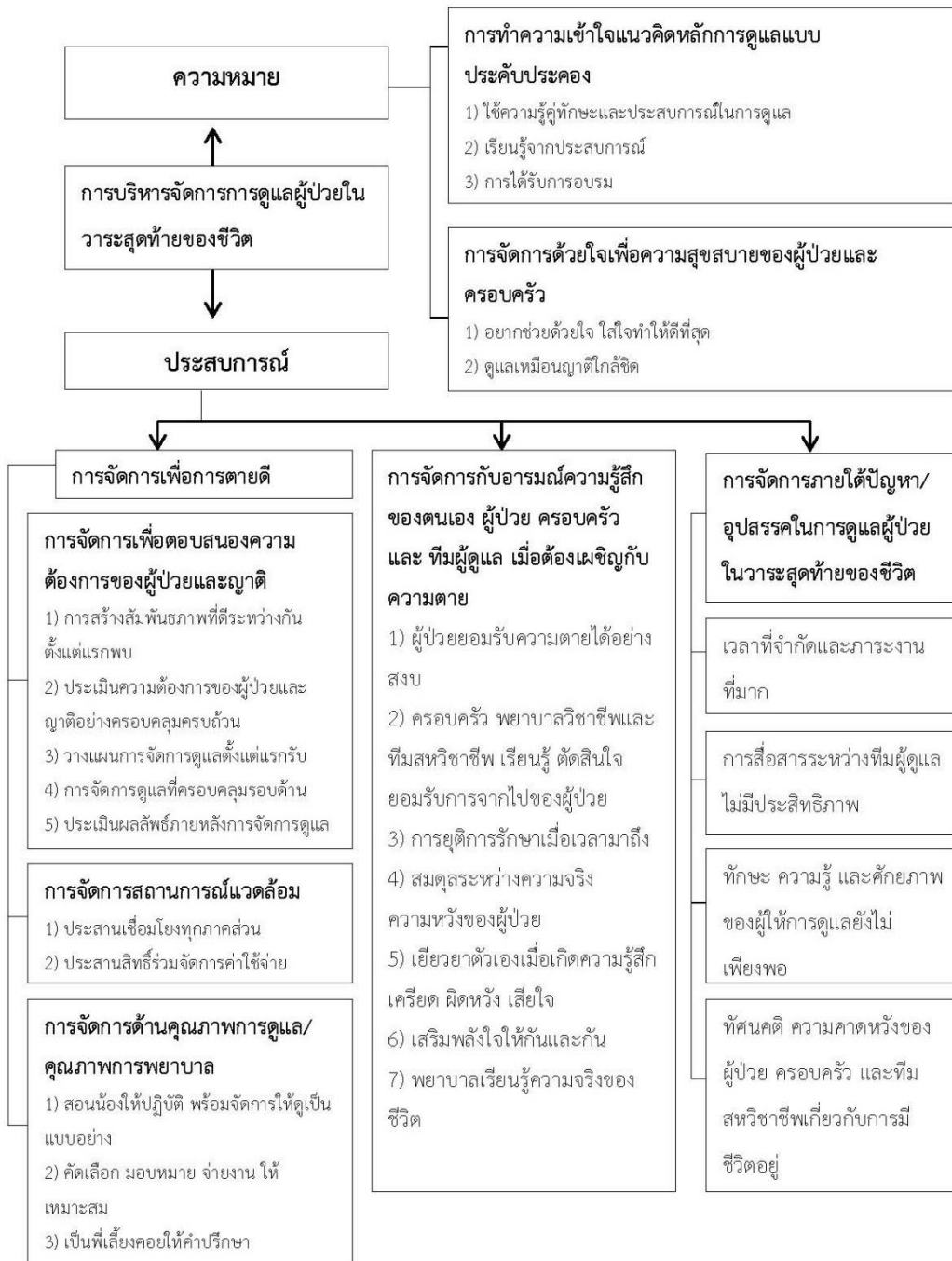
## แสดงตัวอย่างการจัดกลุ่มคำ

ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

รหัส	กลุ่มคำ/ข้อมูล
<p><b>ความหมาย</b>  <b>การจัดการด้วยใจเพื่อความสบายของผู้ป่วย</b>  <b>และครอบครัว:</b>            ช่วยด้วยใจใส่ใจทำให้ดีที่สุด</p>	<p><b>ช่วยด้วยใจใส่ใจทำให้ดีที่สุด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องการช่วยเหลือให้มากที่สุด</li> <li>- ช่วยเต็มที่</li> <li>- ทำให้ได้มากที่สุด</li> <li>- อยากรู้จากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทำด้วยใจ</li> <li>- อยากรู้สบาย</li> <li>- อยากรู้สิ่งที่ดีที่สุดให้</li> <li>- ทำแบบใส่ใจ</li> <li>- หวังว่าจะดีขึ้น</li> <li>- อยากรู้ช่วยให้สบาย</li> <li>- ช่วยแบบใจรัก</li> <li>- ช่วยเพราะอยากช่วย</li> <li>- ทำเพราะรักที่จะทำ</li> <li>- เรามีใจ</li> </ul>
<p><b>ประสบการณ์</b>  <b>การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใน</b>  <b>วาระสุดท้ายของชีวิต:</b>            เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก</p>	<p><b>เวลาที่จำกัดและภาระงานที่มาก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำไม่ได้หมด ภาระงานหนัก</li> <li>- เวลาเป็นอุปสรรคในการทำงาน</li> <li>- อยากรู้เวลามากกว่านี้</li> <li>- ยุ่ง</li> <li>- มีเวลาน้อย</li> <li>- มีข้อจำกัดของเวลา</li> <li>- มีอุปสรรค</li> </ul>

รหัส	กลุ่มคำ/ข้อมูล
<p><u>ประสบการณ์</u></p> <p>การจัดการปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต:</p> <p>ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ</p>	<p><b>ทักษะ ความรู้ และศักยภาพของผู้ให้การดูแลยังไม่เพียงพอ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่กล้าเข้าไป</li> <li>- ไม่มีประสบการณ์</li> <li>- ไม่กล้าพูด</li> <li>- ไม่รู้จะพูดประโยคอะไร</li> <li>- ไม่รู้ต้องทำอะไร</li> <li>- ปลอ่ยผู้ป่วยไว้ เดินออกมา</li> <li>- ไม่รู้จะช่วยอย่างไร</li> <li>- เรา (พยาบาล) ยังไม่เข้าใจคนไข้</li> <li>- เรา (พยาบาล) ยังขาดความรู้ความเข้าใจ</li> <li>- ความรู้ความเข้าใจของเรา(พยาบาล) ไม่พอ</li> <li>- เรา (พยาบาล) ไม่รู้ว่าบทบาทจะ add อะไรได้บ้าง</li> <li>- (แพทย์) กลัว ไม่กล้า</li> </ul> <p>สังการรรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (แพทย์) รู้ไม่พอ</li> <li>- เรา (พยาบาล) ทำอะไรไม่ได้</li> </ul>

แผนผังผลการวิเคราะห์ข้อมูล



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว สุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ เกิดเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2519 ที่อำเภอ เมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย มหิดล เมื่อ ปี พ.ศ. 2541 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลาราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2555

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง งาน การพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

