

บทความวิจัย

**ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วม
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า***
**The Experience of Registered Nurses in Engaging
in Advance Care Planning**

นงลักษณ์ อนันตอาจ** นันทิยา วัฒนายุ*** ศิริรัช ศิริตันดิวัฒน์**
 Nongluck Ananta-ard Nantiya Watthayu Sirirush Siritantiwat
 ศิริภาพร วุฒิสีลานนท์** วาสิณี วิเศษฤทธิ์***
 Siripaporn Wotthisirionon Wasinee Wisesrith

*งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมพยาบาลแบบประคับประคอง

*This research was funded by Thai Palliative Care Nurses Association (TPNA)

**โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ 10330

**King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok, 10330 Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

***Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330 Thailand

Corresponding author: Nantiya Watthayu; E-mail: nantiya.w@chula.ac.th

Received: January 11, 2025; Revised: April 11, 2025; Accepted: April 18, 2025

บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลแบบประคับประคอง แต่ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีจำกัด การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 20 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) กระบวนการปฏิบัติ (3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นริเริ่มก่อนพูดคุย ขั้นพูดคุย และขั้นหลังการพูดคุย) 3) ความท้าทายในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (เกิดจากการรับรู้ตนเองของพยาบาล บริบทของโรงพยาบาล และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว) และ 4) การเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (เน้นย้ำความจำเป็นของความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง การทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร และทัศนคติการเป็นผู้รักษาสีชีวิตให้ผู้ป่วย) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ ความเข้าใจความหมายของการวางแผน

การดูแลล่วงหน้า ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ดังนั้น องค์กรควรสนับสนุนนโยบายให้ความรู้ ฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า พยาบาลวิชาชีพ การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Advance care planning (ACP) is an essential process of care in which nurses play a pivotal role within the healthcare team in providing palliative care. However, there is limited understanding about experiences of nurses engaging ACP in their practice. This descriptive qualitative research aimed to describe the experiences of nurses participating in advance care planning. A total of twenty informants who were professional nurses, with the majority working in medical wards were recruited by purposive sampling. The data were collected using semi-structure through in-depth individual interviews. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed four main themes as follows: 1) meaning of advance care planning, 2) process of practice (involving three stages: initiation, conversation, and follow-up), 3) challenges in implementing advance care planning (arising from nurses' self-perceptions, hospital contexts, and the culture of patients and families), and 4) enhancing capacity and collaboration in advance care planning (highlighting the need for palliative care knowledge, teamwork, communication skills, and advocacy mindset for patients' rights). The findings of this study indicated the importance of knowledge, understanding of the meaning of advance care planning, attitudes towards the role and responsibilities, and communication skills to ensure confidence in practice. Therefore, organizations should implement policies to provide knowledge and training to practitioners as well as develop nursing practice guidelines for implementation advance care planning.

Keywords: Advance care planning, Registered nurse, Palliative care

บทนำ

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในการวินิจฉัยที่เป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย และหรือมีภาวะจำกัดการมีชีวิต เป็นการดูแลคุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาโรค¹ เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่

การเจ็บป่วยระยะท้าย และหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น มีประสบการณ์ของความทุกข์ทรมานจากอาการที่เพิ่มมากขึ้น²⁻³ ครอบครัวผู้ป่วยมีความยากลำบากในการพูดคุย และตัดสินใจเลือกการรักษาในช่วงวาระสุดท้าย³⁻⁵ พยาบาลที่ปฏิบัติงานเคยมี

ประสบการณ์ให้การดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ต้องได้รับความทุกข์ทรมานกับการรักษาที่ยื้อชีวิตต่าง ๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์⁶ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสบอกสิ่งที่มีความสำคัญ และให้คุณค่าในการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น รวมไปถึงระบุชื่อของญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิด เพื่อบอกหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนสำหรับช่วงเวลาที่ต้องการการรักษากรณีี่เร่งด่วน ซึ่งช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถกำหนดแนวทางในการดูแลให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ⁴

การปฏิบัติตามแผนการดูแลล่วงหน้า ถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง⁵ จากรายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลของการดูแลล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาของตนเอง ลดการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เช่น ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการทำให้เหตุการณ์ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์⁶⁻⁷ แต่การริเริ่มพูดคุยอาจก่อให้เกิดประสบการณ์ในด้านที่ส่งผลกระทบในด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้ เช่น ทำให้หมดหวังต่อการรักษา เกิดความวิตกกังวล กลัวความตายที่จะมาถึง ผู้ป่วยบางคนไม่พร้อม และรู้สึกไม่สบายใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงญาติไม่พร้อมที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งช่วยให้สามารถผ่อนคลายครั้งสุดท้ายหรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยส่วนใหญ่ต้องการให้พูดคุยอย่างเปิดเผยกับตนเอง⁸⁻⁹

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพรับรู้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง รับทราบเป้าหมายของ

การรักษา และทำให้มีเวลาเตรียมพร้อมด้านสภาวะอารมณ์ แต่การริเริ่มการพูดคุยเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากเป็นการพูดคุยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความตาย¹⁰ การพูดคุยมีอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ขาดทักษะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การมีทัศนคติด้านความกลัวว่าการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าจะกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ขาดประสบการณ์ของการฝึกปฏิบัติในการวางแผนล่วงหน้า ไม่มีเวลาในการพูดคุย¹¹⁻¹² ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ เอกสารบันทึกไม่ต่อเนื่อง และขาดการสนับสนุนในการทำงาน¹²⁻¹⁴ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาถึงกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย¹⁵ พบว่ามีอุปสรรคในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่ชัดของครอบครัวผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ สำหรับบริบทของโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ กรณีที่มีความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งประเด็นการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีระบบการส่งปรึกษาศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมแพทย์เฉพาะทาง แต่ยังพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีจำนวนจำกัด พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีจำกัด มีการศึกษาเชิงปริมาณของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต¹⁶ ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในแง่ของบทบาท

อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของพยาบาลในกระบวนการดังกล่าว สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ มุ่งเน้นประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยรวม ซึ่งมีความแตกต่างจากประเทศไทย ทั้งในแง่เวชปฏิบัติ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความจำเป็น โดยผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การเสริมสร้างศักยภาพ และการกำหนดนโยบายที่จะสนับสนุนบทบาทพยาบาลให้ริเริ่มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาในครั้งนี้ (qualitative descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและญาติ และหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและญาติ และหรือทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย

1 ครั้ง และ 3) มีความยินดี และเต็มใจให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยแนวคำถามทั้งหมดผ่านการพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพ และการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เช่น “...ช่วยเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะสุดท้ายที่ผ่านมา...” , “...ท่านให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร กรุณายกตัวอย่าง...” หรือ “...มีปัญหายุ่งยากอะไรบ้าง...” เป็นต้น โดยมีการจดบันทึกข้อมูลในประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม เพื่อให้มีความละเอียดครบถ้วนนอกเหนือจากแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้

3. ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกันในทีมผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ที่ 787/64) และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง

ที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยจนผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ ให้ความในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งในการสัมภาษณ์ก็ได้หรือเลือกที่จะให้หยุดการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ก็ได้เช่นกัน อีกทั้งมีสิทธิ์ที่จะขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือมีผลกระทบต่อหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ไว้ก่อนหน้านี้ จะไม่นำมาใช้ในการศึกษาโครงการวิจัยนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาในการให้ข้อมูล โดยจะมีการปกปิดชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล มีระบบการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์โดยใช้รหัสผ่าน การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอรายชื่อพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์การเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผ่านโปรแกรม Zoom meetings โดยจะสัมภาษณ์เชิงลึก รายละ 1 ครั้ง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 40 - 60 นาทีต่อราย ซึ่งผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ และในช่วงระยะเวลาการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลให้บุคคลอื่นทำการถอดเทป ในกรณีที่มีข้อสงสัยผู้วิจัยหลักจะซักถามผู้ให้ข้อมูลจนเข้าใจตรงกันก่อน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในทีมผู้วิจัย เพื่อหาประเด็นในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป รวมถึงเป็นการทบทวนความเพียงพอของข้อมูล และสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัว

โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตามหลักของ Lincoln and Guba¹⁶ มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริง และตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแต่ละท่านจะอ่านบทสัมภาษณ์แล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน จากนั้นจึงมีการประชุมอภิปรายถึงผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้น เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด และอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีความลำเอียงหรือมีความอคติของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ตามแนวคิดของ Miles and Huberman¹⁷ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การลดข้อมูล (data reduction) โดยการเขียนสรุป ลงรหัส จัดกลุ่ม เพื่อค้นหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับคำถามวิจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์ 2) การจัดรูปข้อมูล (data display) โดยใช้กระบวนการเชื่อมโยง และหาความสัมพันธ์ และ 3) การร่างข้อสรุปและการยืนยัน (conclusion drawing and verification) การทำความเข้าใจ และยืนยันรูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันของข้อมูลที่ได้เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปได้อย่างละเอียดครบถ้วน

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (Mean = 41.05, SD = 7.93) อายุการทำงานระหว่าง 3 - 29 ปี (Mean = 17.40, SD = 7.57) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป จำนวน 6 ราย ในหอผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ จำนวน 3 ราย ศูนย์ดูแลระดับประคอง จำนวน 3 ราย หอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 3 ราย ศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 ราย อุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย และหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 - 20 ราย ต่อปี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแบ่งประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) วิธีการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) ความท้าทายในการวางแผนดูแลล่วงหน้า และ 4) การเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยอธิบายสาระหลักด้วย 15 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. ประเด็นที่ 1 การให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลมีทัศนะในความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันใน 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 การวางแผนชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางคนให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นผู้วางแผนชีวิตระยะท้ายของตนเอง ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่เริ่มเป็นโรคโดยสามารถระบุเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อาจจะโดยการเขียนหรือบอกกล่าวเพื่อใช้ในการสื่อสารกับญาติหรือทีมสุขภาพไว้เมื่อผู้ป่วยไม่มีสติรู้ตัวแล้ว

“...การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การที่ให้คนไข้ได้วางแผนชีวิตตนเอง ถ้าเกิดเข้าสู่ระยะท้ายเขาจะวางแผนชีวิตเขาอย่างไร ต้องการที่ได้รับการดูแลแบบไหนตามความปรารถนาของเขาจริง ๆ

สามารถระบุ มีการวางแผนตั้งแต่เริ่มเป็นโรค ส่วนพี่น้องกรรมชีวิตอาจมีการเขียนลงไป ถ้าเขียนลงไปก็จะดี ถ้าเขาไม่รู้สีกตัวในอนาคตก็จะเป็นการสื่อสารกับทีมหรือญาติ บางคนไม่ถนัดเขียนก็อาจจะบอกญาติไว้...” (P_11)

1.2 กระบวนการที่ทีมสุขภาพจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เน้นไปที่กระบวนการของทีมสุขภาพเป็นผู้วางแผนดูแลให้กับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยทีมสุขภาพจะประสานให้มีการประชุมครอบครัว แพทย์จะเป็นผู้แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบเกี่ยวกับสถานะของโรค รวมถึงการรักษาที่ต้องเปลี่ยนเป้าหมายเป็นการมุ่งเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตแทนการรักษาให้หายขาด เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญ และให้คุณค่ากับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ช่วยให้อุปการะเข้าใจการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ส่งเสริมการดูแลกันตามศักยภาพ

“...การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ การวางแผนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลคนไข้ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ดูแลกันได้ตามศักยภาพของตัวเองของครอบครัว...” (P_04)

1.3 หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

“...เข้าใจว่า ACP และ Living will ไม่ต่างกัน Living will เป็นเจตนาสุดท้ายของผู้ป่วย...” (P_06)

2. ประเด็นที่ 2 วิธีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงวิธีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นริเริ่มการพูดคุย เริ่มต้นด้วยผู้ให้ข้อมูลรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ร่วมกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สามารถระบุผู้ป่วยที่ควรเริ่มทำ

ACP สอบถามแพทย์ถึงสภาวะโรคของผู้ป่วยก่อนเริ่ม ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประสาน ระหว่างแพทย์เจ้าของไข้ และทีมเฉพาะทางการดูแล แบบประคับประคองของโรงพยาบาลมาช่วยพูดคุย ACP

“...เราต้องคุยกับทีมแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยคนนี้ ก่อนที่จะถามหมอว่าตอนนี้ถึงขั้นไหน เราก็คงรู้แล้วว่า ตอนนี้ยาไม่ตอบสนองแล้ว ทีนี้ก็ต้องเริ่มคุยแล้ว คนไข้ ก็ยังสบายดีอยู่แต่ต่อไปจะเป็น palliative chemo แล้วก็เลยต้องนัดญาติมาคุยว่าคนไข้รู้แค่นี้ บางที แพทย์เขาก็คุยเป็นบางส่วนแล้ว...” (P_02)

“...พยาบาลเรามีส่วนสำคัญที่จะประสาน ให้กับทีม primary และหมอ palliative ที่เข้ามาช่วย ถ้าเราไม่ได้ให้ข้อมูล เขาก็ไม่ทราบ และก็ไม่ได้ส่ง ปรัชญาทีมเฉพาะทาง palliative มาช่วยพูดคุย ACP...” (P_01)

2.2 ขั้นพูดคุย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็น คล้ายกันว่า การพูดคุยต้องใช้ศิลปะในการสื่อสาร มีการใช้เทคนิคการสื่อสารหลากหลายวิธี ได้แก่ ใช้หลักการถามกว้าง ๆ เพื่อสำรวจความคิดเห็น ความรู้สึก และการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติไว้ก่อน สร้างความสัมพันธ์กับญาติ เพื่อค้นหาบุคคลที่มีความสำคัญในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย รู้จังหวะเวลาที่เหมาะสมในการพูดคุย ผู้ให้ข้อมูลบางคนใช้แนวทาง ของ SPIKES model ของ Robert Buckman¹⁸ จะทำให้ สามารถรับรู้การยอมรับของผู้ป่วยได้ว่า สภาวะอารมณ์ อยู่ในระยะใดในแนวคิดของ 5 stage of grief ของ Elisabeth Kübler-Ross¹⁹ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะที่ยอมรับ ความตายได้

“...ส่วนใหญ่ก็จะทำ small talk ก่อน ดูสภาวะอารมณ์ ดูปฏิกิริยาว่าเขาพร้อมจะคุยกับเรามาก แค่ไหน ถ้าเขาตอบเปิดเราก็จะคุยเรื่อง perception กับเรื่องโรค ส่วนใหญ่เราก็จะใช้ Spikes Model เป็น หลัก ถ้าสมมติว่าหมอบอกแล้วว่าตอนนี้โรคค่อนข้าง ยากนะแผนการรักษาเป็นแบบดูแลตามอาการ เราก็คงถามว่าเขาคิดยังไง เราก็คงรู้แล้วว่าเขาอยู่ในระยะ ไหนของ Elisabeth Kübler-Ross...” (P_18)

2.3 หลังการพูดคุย หลังผู้ให้ข้อมูลได้เข้าร่วม พูดคุย ACP กับผู้ป่วย และทีมการรักษา ทำให้ทราบถึง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จะสนับสนุนช่วยเหลือให้เป็นไปตามความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว

“...ถ้าเคสที่เขาบอกว่าอยากกลับบ้าน อยากเสียชีวิตที่บ้าน ก็จะพยายามทำให้ ประสานให้เขา ตามความต้องการที่ได้แสดงความจำนงค์ไว้ แต่ถ้าญาติ เขาไม่พร้อม เราก็ support เขา ถ้าต้องอยู่ในโรงพยาบาล พอทำอะไรให้ได้ที่เป็นเหมือนที่บ้านเราก็คงทำให้ ส่วนมาก...” (P_05)

3. ประเด็นที่ 3 ความท้าทายในการวางแผน ดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงความท้าทายในการ ตัดสินใจพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย ว่าเกิดจากหลายสาเหตุที่แตกต่างกัน ดังนี้

3.1 ขาดทักษะด้านการสื่อสาร ผู้ให้ข้อมูล บางส่วนได้เล่าถึงสถานการณ์ที่เกิดความรู้สึกลำบากใจ ในการพูดคุย ACP กับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากตนเอง ขาดทักษะการสื่อสาร ต้องมีประสบการณ์

“...ค่อนข้างลำบากใจนะ คือ ต้องมีเทคนิค มันต้องใช้ประสบการณ์ มันต้องอาศัยชั้นเชิงในการคุย เราจะเข้าไปคุยกับเขาตรง ๆ มันไม่ได้ มันเป็นเรื่อง sensitive...” (P_14)

3.2 ไม่แน่ใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ และมีความคิดเห็น คล้ายกันว่า การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้ากับผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์เป็นผู้เริ่มก่อน

“...คิดว่าบทบาทของพยาบาลไม่สามารถเข้าถึง ตรงนั้นได้ เพราะบางทีอาจจะต้องเป็นแพทย์นำก่อน...” (P_04)

3.3 ด้านบริบทของโรงพยาบาลระดับใหญ่ มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ผู้ให้ข้อมูลแสดง ความคิดเห็นว่า การที่เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ที่มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขามาร่วมดูแลผู้ป่วย ในบางครั้งมีความเห็นแตกต่างกัน ทำให้ต้องนัดหมาย ทีมแพทย์แต่ละสาขามาร่วมปรึกษาร่วมกัน เพื่อหารือถึง เป้าหมายในการดูแลรักษาให้ไปในทิศทางเดียวกัน

“...โรงพยาบาลใหญ่มี specialist เยอะค่ะ แต่ระบบอาจจะมองภาพคนไข้ไม่ตรงกัน ทำให้เวลาดูแลอาจจะไม่ได้ไปทางเดียวกัน พอเห็นแบบนี้เราจะต้องประสานให้มีการนัดประชุมครอบครัว เพื่อจะได้มองภาพเดียวกัน...” (P_09)

3.4 ด้านระบบบันทึกเอกสารที่ยังไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน และไม่ต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลได้ยกตัวอย่างเกี่ยวกับการบันทึกการพูดคุยเกี่ยวกับ ACP ในทางปฏิบัติว่ายังไม่มีระบบบันทึกที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่ทราบถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยก่อนหน้านี้

“...เกี่ยวกับแบบฟอร์ม ยังไม่มีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง รับคนไข้มาถ้าเกิดมีเอกสารที่เราสามารถส่งต่อไปหรือเรียนรู้ได้ก็จะทำให้รู้ว่า ได้คุยอะไรกันบ้างแล้ว...” (P_04)

3.5 ด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัวที่ยังไม่พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยชาวไทยมีวัฒนธรรมที่ไม่กล้าพูดคุยหรือบอกความต้องการเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง รวมถึงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ญาติมีความกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแล และญาติไม่กล้าตัดสินใจพูดคุยเรื่องนี้

“...เกี่ยวกับวัฒนธรรมของคนไทยด้วยค่ะ advance care plan ก็จะไม่เข้าใจว่าทำแล้วจะไม่ได้รับการดูแลหรือเขาสามารถบอกได้หรือไม่ว่าเขาอยากได้อะไร ตัวญาติเขาก็คงจะไม่แน่ใจ เป็นยังไม่มั่นใจยากเกินไปที่เขาตัดสินใจค่ะ...” (P_09)

4. ประเด็นที่ 4 การเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือในการทำ ACP ได้แก่ การมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทำงานเป็นทีมเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร และสร้างทัศนคติที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การทำงานด้วยการมีองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลบางส่วน

ให้ข้อมูลว่า หลังจากที่ได้เรียนจบหลักสูตรการพยาบาลแบบประคับประคอง ทำให้มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

“...เรียนเฉพาะทางด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง ทำให้เรารู้จังหวะในการคุยมากขึ้น เราจะหา key person ในการคุย...” (P_10)

4.2 การทำ ACP ต้องมีการทำงานเป็นทีม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การทำ ACP ให้สำเร็จต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งจะช่วยลดการเกิดความขัดแย้งระหว่างกันได้

“...การที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้มันต้องไปพร้อมกันทั้งทีม...” (PCN06)

4.3 เรียนรู้ทักษะการสื่อสารทำให้ความมั่นใจในการพูดคุย ACP ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นตรงกันว่า พยาบาลทุกคนควรต้องเรียนรู้ทักษะการสื่อสารจะทำให้เกิดความมั่นใจในการพูดคุย ACP

“...เสนอให้มีการจัดอบรมด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเข้าไปพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย พยาบาลทุกคนควรได้รับการอบรมช่วยเพิ่มความมั่นใจ...” (P_07)

4.4 สร้างทัศนคติว่าการพูดคุย ACP เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า ควรสร้างทัศนคติให้กับพยาบาลวิชาชีพว่า การพูดคุย ACP ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย

“...ต้องสร้างทัศนคติกับน้อง ๆ ก่อนว่าเรามีบทบาทอิสระนะที่เราจะเป็นนักเจรจาต่อรองให้คนไข้ให้เขาได้คุย Advance care plan เพราะว่าเขากำลังจะตาย เวลาเขาเหลือน้อยเขากำลังจะถูกละเมิดสิทธิ...” (P_18)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการดังกล่าว ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าครั้งนี้ สะท้อนให้เห็น

ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ความหมายของการวางแผน การดูแลล่วงหน้า 2) กระบวนการปฏิบัติ 3) ความท้าทาย ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 4) การเสริมสร้าง ศักยภาพและความร่วมมือในการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความหมายที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการ ปฏิบัติได้ ส่งผลให้ต่อมาในปี 2565 คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ⁴ ได้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของ คำว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ให้เป็นไปใน แนวทางเดียวกัน ไว้ว่าเน้นที่กระบวนการพูดคุยมากกว่า การทำเอกสาร และเริ่มพูดคุยได้โดยไม่จำกัดกรอบ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเท่านั้น ซึ่งพยาบาล สามารถสนับสนุนให้บุคคลควรเริ่มพูดคุยในเรื่องนี้กับ ครอบครัว และหรือคนสนิทที่บ้านได้ตั้งแต่มิเริ่ม มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรงหรือใกล้เสียชีวิต

2. กระบวนการปฏิบัติ จากข้อค้นพบ สะท้อนให้เห็นวิธีการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ในขั้นริเริ่มก่อน การพูดคุย มีการใช้ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของ ตนเองจากการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อระบุว่าผู้ป่วยคนใดควรมีการพูดคุย ACP มีการใช้ สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อช่วยเอื้ออำนวย ประสานให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือมีการประชุมครอบครัว รวมถึงส่งต่อทีมเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยพูดคุย ACP กับผู้ป่วย และญาติ 2) ในขั้นพูดคุย ให้พิจารณาถึงจังหวะในการ พูดคุยให้เหมาะสม ประเมินผู้ป่วยระหว่างพูดคุย ใช้ศิลปะการสื่อสาร สามารถนำหลักของ SPIKES Model ของ Robert Buckman²⁰ มาใช้ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ตามบริบท ของสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง (setting) 2) การประเมินการรับรู้ (perception) 3) การประเมิน สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม (invitation) 4) การให้ความรู้หรือข้อมูล (knowledge) 5) การให้ การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ (empathy) และ

6) การสรุปผล และวางแผนการรักษา (strategy and summary) ร่วมกับการประเมินสภาวะอารมณ์ว่า อยู่ในระยะใดในแนวคิดของ 5 stage of grief ของ Elisabeth Kübler-Ross¹⁹ ได้แก่ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะที่ยอมรับ ความตายได้ 3) หลังการพูดคุย ผู้ให้ข้อมูลจะสนับสนุน ช่วยเหลือให้เป็นไปตามแผนที่ผู้ป่วยแสดงความจำนงไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fahner และคณะ²¹ ที่พบว่า รูปแบบหลักในการทำ ACP ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมก่อนการ สนทนา (preparation) คือ ขั้นการพิจารณาหรือ ระบุว่าผู้ป่วยคนใดควรมีการพูดคุย ACP 2) ขั้นริเริ่ม การสนทนา (initiation) คือ ขั้นการใช้เทคนิคที่ แตกต่างกันไปให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อนการพูดคุย 3) ขั้นสำรวจมุมมองของผู้ป่วย (exploration) และ 4) ขั้นปฏิบัติ (action) คือ ขั้นตอนการจัดพื้นที่ และ กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการสรุปแผน ที่ได้พูดคุยร่วมกัน และมีขั้นตอนการติดตามผล

3. ความท้าทายในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากข้อค้นพบในการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึง ความท้าทายในหลายประเด็น ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ที่ขาดทักษะการสื่อสาร ไม่แน่ใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ บริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระบบการบันทึก ที่ไม่ต่อเนื่อง และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในบางส่วนของ Zhu และคณะ¹² ที่กล่าวถึงอุปสรรคของทีมสุขภาพ ได้แก่ การที่มีเวลาจำกัด การบันทึกในระบบไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดความมั่นใจในการพูดคุยเรื่องการวางแผน การดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว และจากการศึกษา ของ Blackwood และคณะ¹¹ พบอุปสรรคใหญ่ที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การขาดการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผน การดูแลล่วงหน้า และไม่มีเวลาเพียงพอ ส่วนในประเด็น เกี่ยวกับพยาบาล คือ ไม่แน่ใจในบทบาทและหน้าที่ ซึ่งจากการวิจัยของ Ke และคณะ²² ได้ยืนยันว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประเมิน ริเริ่ม ให้ข้อมูล ให้ความรู้ เป็นผู้สื่อสาร และเป็นผู้เอื้ออำนวย ผู้สนับสนุน รวมถึงเป็นผู้จัดการให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากการศึกษาของ Whitehead และคณะ²³ ยืนยันว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพเปรียบเสมือน “สะพานที่เชื่อมการสื่อสาร” (a bridge of communication) ระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ สำหรับประเด็นด้านวัฒนธรรมจากการศึกษาประสบการณ์ ACP ในประเทศไทยของ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ²⁴ พบความสอดคล้องเกี่ยวกับวัฒนธรรมของคนไทยที่ครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจทำ ACP บางครอบครัวมีวัฒนธรรมที่ญาติไม่ยอมให้ทีมสุขภาพบอกข่าวร้ายเกี่ยวกับการรักษากับผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการที่พยาบาลจะตัดสินใจเริ่มพูดคุย ACP กับผู้ป่วย

4. การเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นความสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพ และความร่วมมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับพยาบาลใน 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ และคณะ²⁵ พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) มีการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rogers และคณะ²⁶ พบว่า การสร้างสัมพันธภาพในทีม และการทำงานเป็นทีมช่วยให้พยาบาลทำ ACP ประสบความสำเร็จ 3) เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Whitehead และคณะ²³ พบว่า การจัดโมเดลการเรียนรู้ด้านการสื่อสาร ACP ให้กับพยาบาล ช่วยเสริมสร้างศักยภาพให้พยาบาลเป็นผู้นำทางคลินิกในการทำ ACP และ 4) การปลูกฝังทัศนคติของพยาบาลที่จะเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้ ACP มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsuruwaka และคณะ²⁷ ที่พบว่า การคำนึงความต้องการ และเคารพเอกลัทธิ

ของผู้ป่วยจะช่วยให้สามารถเข้าไปพูดคุย ACP กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ตามที่ได้มีการกำหนดมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประเทศไทย ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ตรงกัน มีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ นำวิธีการมาปรับใช้ในกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ก้าวข้ามสิ่งที่ท้าทายต่าง ๆ และมีทัศนคติในการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษา พยาบาลวิชาชีพควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลแบบประคับประคอง และศาสตร์ด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสาร มีความจำเป็นที่จะต้องฝึกฝนเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

3. ด้านนโยบาย สถานพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับทุกสหสาขาวิชาชีพ สร้างทัศนคติว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะต้องพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย ฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร สร้างระบบการบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปศึกษาวิจัยต่อยอด เช่น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และพัฒนาโปรแกรมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และสมาคมพยาบาลแบบประคับประคองที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014;47(1):e2-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009.
2. Kim YS. Experiences of life-sustaining treatment decisions among patients with terminal cancer. *Journal of Hospice and Palliative Care* 2021;24(2):97-108. doi: 10.14475/jhpc.2021.24.2.97.
3. Walker W, Efstathiou N, Jones J, Collins P, Jennens H. Family experiences of in-hospital end-of-life care for adults: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing* 2022;32(9-10):2252-69. doi: 10.1111/jocn.16268.
4. National Health Commission Office. Operational definition on palliative care for Thais 2020 [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 1]. Available from: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Operational_definition_Palliative_care.pdf (in Thai)
5. Sudore RL, Heyland DK, Lum HD, Rietjens JAC, Korfage IJ, Ritchie CS, et al. Outcomes that define successful advance care planning: a delphi panel consensus. *Journal of Pain and Symptom Management* 2018;55(2):245-255.e8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.025.
6. Sritharathikun P, Nethipoomkun S. Impact of advance care planning on the end-of-life care in Maesot palliative care clinic, Tak province, Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2021;4(1):97-111. (in Thai)
7. Cooper A, Dains JE. Advanced care planning and end-of-life outcomes in hematopoietic stem cell transplant patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2021;38(8):995-1003. doi: 10.1177/1049909120971566.
8. Goswami P. Impact of advance care planning and end-of-life conversations on patients with cancer: an integrative review of literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2023;55(1):272-90. doi: 10.1111/jnu.12804.
9. Miller H, Tan J, Clayton JM, Meller A, Hermiz O, Zwar N, et al. Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. *BioMed Central Palliative Care* 2019;18(1):25. doi: 10.1186/s12904-019-0411-z.
10. Khairuddin NNB, Lau ST, Ang WHD, Tan PH, Goh ZWD, Ang NKE, et al. Implementing advance care planning: a qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges. *Journal of Nursing Management* 2020;28(5):1080-7. doi: 10.1111/jonm.13056.
11. Blackwood DH, Walker D, Mythen MG, Taylor RM, Vindrola-Padros C. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2019;28(23-24):4276-97. doi: 10.1111/jocn.15049.
12. Zhu N, Yang L, Wang X, Tuo J, Chen L, Deng R, et al. Experiences and perspectives of healthcare professionals implementing advance care planning for people suffering from life-limiting illness: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *BioMed Central Palliative Care* 2023;22(1):55. doi: 10.1186/s12904-023-01176-7.

13. Nagarajan SV, Lewis V, Halcomb E, Rhee J, Morton RL, Mitchell GK, et al. Barriers and facilitators to nurse-led advance care planning and palliative care practice change in primary healthcare: a qualitative study. *Australian Journal of Primary Health* 2022;28(2):151-7. doi: 10.1071/PY21081.
14. Gazarian PK, Cronin J, Baker KM, Friel BJ. Patient and nurse perspectives on advance care planning in acute care. *Applied Nursing Research* 2019;50:151203. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151203.
15. Rotpenpian P, Bunnug P, Tengrunsun S. Knowledge, experiences and barriers in advance care plan for terminal cancer patients of family medicine residents. *Srinagarind Medical Journal* 2021;36(4):460-8. (in Thai)
16. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
17. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
18. Kumar V, Sarkhel S. Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian Journal of Psychiatry* 2023;65(2):238-44. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22.
19. Saracino RM, Rosenfeld B, Breitbart W, Chochinov HM. Psychotherapy at the end of life. *The American Journal of Bioethics* 2019;19(12):19-28. doi: 10.1080/15265161.2019.1674552.
20. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
21. Fahner JC, Beunders AJM, van der Heide A, Rietjens JAC, Vanderschuren MM, van Delden JJM, et al. Interventions guiding advance care planning conversations: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019;20(3):227-48. doi: 10.1016/j.jamda.2018.09.014.
22. Ke LS, Huang X, O'Connor M, Lee S. Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24(15-16):2057-73. doi: 10.1111/jocn.12853.
23. Whitehead P, Frechman E, Johnstone-Petty M, Kates J, Tay DL, DeSanto K, et al. A scoping review of nurse-led advance care planning. *Nursing Outlook* 2022;70(1):96-118. doi: 10.1016/j.outlook.2021.08.002.
24. Pairojkul S, Raksataya A, Sorasit C, Horatanaruang D, Jarusomboon W. Thailand's experience in advance care planning. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2023;180:85-9. doi: 10.1016/j.zefq.2023.05.010.
25. Sahaworapan T, Nilmanat K, Thasaneesuwan S. Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2023;10(3):e258128. (in Thai)

26. Rogers J, Goldsmith C, Sinclair C, Auret K. The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation. *Australian Journal of Primary Health* 2019;25(6):564-9. doi: 10.1071/PY19010.
27. Tsuruwaka M, Ikeguchi Y, Nakamura M. When do physicians and nurses start communication about advance care planning? A qualitative study at an acute care hospital in Japan. *Asian Bioethics Review* 2020;12(3):289-305. doi: 10.1007/s41649-020-00135-1.