

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.2 แนวทางการพิจารณาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
 - 2.2 หลักการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.3 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.4 การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.5 ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. หลักการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
5. การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีความแตกต่างในแง่ของความหมายการดูแล และแนวทางในการพิจารณาผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายหรือไม่ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต คือผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง การทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ มีแนวโน้มว่าไม่สามารถรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยได้ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น (Cook, Rocker, Giacomini, Sinuff, & Heyland, 2006) ซึ่งการบำบัดรักษาที่ให้ในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ ซึ่งแพทย์จะมีข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย และพยากรณ์การดำเนินของโรคได้ว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตในที่สุด (Aslakson & Pronovost, 2011) ซึ่งสามารถแบ่งผู้ป่วยตามอาการและความรุนแรงของการดำเนินโรคออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคเฉียบพลัน คือ อาการเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น เช่น ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกแบบกะทันหัน และผู้ป่วยที่มีลักษณะการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและแยลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นต้น (จิตราวดี จิตจันทร์, 2550) เมื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีโอกาสรอดน้อย ไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาแม้จะรักษาอย่างเต็มที่แล้ว 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง เช่น ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตลดต่ำลงเป็นระยะเวลานาน หัวใจเต้นช้าลง (อรพรรณ ไชยเพชร และคณะ, 2554) เป็นต้น จากการอธิบายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถฟื้นฟูให้หายจากโรค มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง มีโอกาสรอดชีวิตน้อย และสามารถพยากรณ์การดำเนินของโรคได้ว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตในที่สุด

แนวทางการพิจารณาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะคุกคามของโรค ซึ่งจะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่อาจเยียวยารักษาให้มีชีวิตรอดได้และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องปรับการดูแลรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะต้องผ่านการประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการพิจารณาเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา คือ งดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต (withholding of life-sustaining treatment) และถอนการรักษาที่ได้รับ (withdrawal of life-sustaining treatment) โดยสามารถสรุปเกณฑ์ในการพิจารณา (ฉันทชาย สิทธิพันธ์, 2553; เอกรินทร์ ภูมิเชษฐ, 2551) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย (brain death) ตามเกณฑ์ของ แพทยสภา (2554) ดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกตัว โดยจะต้องแน่ใจว่าไม่ได้เกิดจาก พิษของยา ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก และภาวะช็อก (shock)
 - 1.2 ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากไม่หายใจ และต้องแน่ใจว่าสาเหตุของการที่ไม่หายใจนั้นไม่ได้เกิดจากยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาอื่น ๆ
 - 1.3 จะต้องมิใช่วินิจฉัยถึงสาเหตุของการไม่รู้สึกตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยนั้น โดยต้องทราบแน่ชัดว่าสถานะของผู้ป่วยนั้นเกิดจากสมองเสียหายโดยไม่มีหนทางเยียวยาได้อีกแล้ว
 - 1.4 ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ครบตามเงื่อนไขแล้ว จะต้องทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตาย คือ ต้องไม่มีการเคลื่อนไหวได้เอง ต้องไม่มีรีเฟล็กซ์ของแกนสมอง และไม่สามารถหายใจได้เอง
 - 1.5 สถานะที่ตรวจพบทั้งหมด จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จึงจะถือว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองตาย
2. แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยว่าการเจ็บป่วยนั้นมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับมามีคุณภาพชีวิตตามที่ต้องการได้ โดยมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ดังนี้
 - 2.1 ลักษณะอาการทางคลินิก ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ระดับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย
 - 2.2 ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยใช้ข้อมูลทางสถิติจากตัวชี้วัดต่าง ๆ มาคาดคะเนการพยากรณ์โรค และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เช่น การใช้เครื่องมือประเมินอัตราการรอดชีวิต ได้แก่ Palliative Prognostic Score (PaP) และ Palliative Performance Index (PPI) หรือการวินิจฉัยจากระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะเฉียบพลันทางสรีรวิทยาประยุกต์ (The Simplified Acute Physiology Score II [SAPS II]) และแบบประเมินสรีรวิทยาเฉียบพลันและสุขภาพเรื้อรัง II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II [APACHE II]) ที่ประเมินความเสี่ยงในการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต (สุราณี ชาญฤทธิ์วัฒนะ, 2553)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต สิ่งสำคัญสิ่งแรกคือ การประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ เพื่อบ่งชี้ให้ทีมผู้ดูแลเริ่มวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (สุราณี ชาญฤทธิ์วัฒนะ, 2553) ดังนั้น ในการประเมินผู้ป่วยจะมีเกณฑ์การพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งลักษณะอาการทางคลินิกรวมกับการใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยเพื่อที่จะวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ลดความทุกข์ทรมานจากการรักษา โดยไม่มีการเหนี่ยวรั้งชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกระบวนการเสียชีวิตอย่างสงบ (good dead) (Cox, Handy, & Blay, 2012)

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤตนั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต และประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึงการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย โดยมีการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการสนับสนุนญาติและครอบครัวของผู้ป่วย (Davy & Ellis, 2000) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยให้การดูแลด้านร่างกายร่วมกับจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความตายว่าเป็นกระบวนการปกติของชีวิต ไม่เร่งรัดการตายหรือยืดชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งมีระบบส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยสนับสนุนให้ญาติสามารถทำใจยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (ดุสิต สถาวร, 2554; สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2550) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ให้คำนิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นการป้องกันและการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่น ๆ ทางด้านร่างกาย ให้การสนับสนุนทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีระบบสนับสนุนครอบครัวเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย เป็นการให้บริการร่วมกับการดูแลรักษาโรคตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจนกระทั่งวาระสุดท้ายและหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตรวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

การให้คำนิยามการดูแลแบบประคับประคองในระยะแรกนั้นเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรง ต่อมาได้นำหลักการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคอื่น ๆ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามของชีวิต คือ ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยวิกฤต เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วย โดยมีความเกี่ยวข้องกับการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต และการถอนการรักษาที่ได้รับ (ดุสิต สถาวร, 2554) โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (Mularski et al., 2009) การประคับประคองอาการ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม

เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตายอย่างสมศักดิ์ศรี คือมีความสงบและไม่ทุกข์ทรมาน (ทองทิพย์ พรหมสร, 2551; Curtis & Rubenfeld, 2001)

หลักการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณภาพต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวครอบคลุมองค์รวม การศึกษาของสแตนลีย์ และ โซลท-ดอร์ฟแมน (Stanley & Zoloth-Dorfman, 2006) พบว่า หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 1) เคารพเป้าหมาย ความชอบ และทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือก 2) ตระหนักถึงอารมณ์ สังคม และความต้องการด้านจิตวิญญาณ 3) สนับสนุนตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) ช่วยเหลือและประเมินความต้องการของทีมสุขภาพเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 5) มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปหลักการของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (communication) ระหว่างทุกฝ่ายที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย (ฉันทชาย สิทธิพันธ์, 2553) เนื่องจากการสื่อสารที่ดีช่วยสร้างสัมพันธภาพ เกิดความศรัทธาและความไว้วางใจ ทำให้ได้ข้อมูลความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำมาประกอบการวางแผนในการบำบัดรักษา (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)
2. การดูแลโดยมีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง (patient and family center) เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ที่อยากระบาย และให้การดูแลที่คำนึงถึงการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2553) ควรเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะที่ดี ต้องเอื้อให้ผู้ป่วยเลือกแผนการรักษาด้วยตนเอง (Dawson, 2008)
3. การดูแลแบบองค์รวมในทุกด้าน (comprehensive) เป็นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลระยะสุดท้าย ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเสียชีวิตอย่างสงบ (ฉันทชาย สิทธิพันธ์, 2553)
4. การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (coordination) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการร่วมกันดูแลผู้ป่วย มีการให้คำปรึกษาทางจริยธรรม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการในระยะสุดท้ายอย่างแท้จริง (ฉันทชาย สิทธิพันธ์, 2553; เดิมศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2551)

5. การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอน ของการดูแลแบบประคับประคอง (continuous) โดยเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตหรือกลับบ้าน รวมทั้งการดูแลครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (ฉันทาย สิทธิพันธ์, 2553)

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และมีการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (ฉันทาย สิทธิพันธ์, 2553; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552; Ahrens, Yancey, & Kollef, 2003)

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีการประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบประคับประคองมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลสอดคล้องกับความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแนวคิดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตามหลักการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต มี 2 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการให้คำปรึกษา (consultative model) ซึ่งเน้นการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะเสนอข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินแล้วว่าอยู่ในระยะสุดท้ายแก่ทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อที่ผู้เชี่ยวชาญจะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดการให้คำปรึกษาจะมุ่งเน้นผลลัพธ์เกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของการให้คำปรึกษา คือ อัตราการให้คำปรึกษา จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษา เป็นต้น (พรเลิศ นัทรแก้ว, 2551; Nelson et al., 2010)

2. รูปแบบการบูรณาการ (integrative model) โดยประยุกต์หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาปรับใช้เป็นงานประจำของทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เน้นการนำหลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้าไปอยู่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยส่งเสริมให้พยาบาลหรือทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตบูรณาการหลักการการดูแลแบบประคับประคองมาให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยไม่เน้นการให้คำปรึกษาจากทีมอื่น ซึ่งเชื่อว่าทีมผู้ดูแลจะมีการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต (พรเลิศ นัทรแก้ว, 2551; Nelson et al., 2010)

ในปัจจุบันการใช้แนวคิดแบบบูรณาการหลักการการดูแลแบบประคับประคองเริ่มได้รับการยอมรับมากขึ้น เนื่องจากการดูแลได้มีการผสมผสานกับระบบงานที่ใช้ในการปฏิบัติประจำ และเป็น

การดูแลโดยทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตเอง (กันทนา หมอกเจริญพงศ์, 2553; พรเลิศ จัทรแก้ว, 2551; Nelson et al., 2010) ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตให้ดียิ่งขึ้น

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง มีการบูรณาการความรู้คู่กับการปฏิบัติตามมาตรฐานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ (Clark et al., 2003) ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยเสียชีวิตและการดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งการปฏิบัติต้องสามารถตอบสนองความต้องการของญาติและผู้ป่วยสอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยรวมทั้งบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปวิธีการปฏิบัติแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ดังนี้

1. วิธีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะมีส่วนร่วมในการวางแผน ส่งต่อและประเมินผลลัพธ์ของการดูแล (Tonetta-Stanker, 2009) โดยทีมผู้ดูแลจะจัดประชุมร่วมกันกำหนดแผนการรักษา และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เมื่อทีมผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยมีความเห็นตรงกันว่าควรปรับเปลี่ยนมาเป็นการรักษาตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง จะมีการทบทวนแผนการรักษาซ้ำ เพื่อพิจารณาวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายว่าจะจัดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตหรือถอนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ วัตถุประสงค์ คือ ความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานของสมาชิกในครอบครัวลดลง มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้นลง (Kryworuchko et al., 2012)

2. วิธีพัฒนาการสื่อสารในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ไม่สามารถสื่อสารและตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเองได้ (Curtis & Rubenfeld, 2001) ดังนั้นจึงต้องกำหนดผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวระบุผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบาก ต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้แทนผู้ป่วย รวมทั้งจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารให้ครอบครัวมีความเข้าใจรวมทั้งมีความพึงพอใจกับแผนการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การแนะนำข้อมูลเบื้องต้น การแจกแผ่นพับและการให้ข้อมูลล่าสุดของผู้ป่วยแก่ญาติอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Medland & Ferrans, 1998) จากการศึกษาของ อรัญญา ศรีคำขาว (2548) ได้ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า

สมาชิกที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่า การสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ข้อมูลที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เข้ามาช่วยสื่อสารเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษา ลดความขัดแย้งและความวิตกกังวลของครอบครัว

3. การจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งการจัดการอาการไม่สุขสบายเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แต่การประเมินอาการของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่พร้อมการรับรู้ ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือได้รับยาจากระบบประสาท (Puntillo, 2003) ซึ่งอาการสำคัญที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ อาการปวด ซึ่งเน้นการจัดการอาการโดยใช้ยาแก้ปวด โดยจะให้ยาแก้ปวดทั่วไปในกรณีที่ความปวดไม่รุนแรง ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะเจ็บปวดจากอวัยวะภายในและเนื้อเยื่อ ซึ่งตอบสนองได้ดีกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เช่น มอร์ฟีน (morphine) หากผู้ป่วยรับประทานได้ ควรให้ยารับประทาน ส่วนในระยะหลังที่ผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ ควรให้ยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา (Kaye, 2003) จะเห็นได้ว่าการจัดการอาการปวดโดยใช้ยาแก้ปวดเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการบำบัดรักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต (จิตราวดี จิตจันทร์, 2550)

4. การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษา ร่วมกัน โดยมีการจัดการประชุมร่วมกับครอบครัว โดยมีทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะ หาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ (คุสิต สถาวร, 2551; Clarke et al., 2003) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวอันเป็นที่รัก การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบควรเงียบ มีความเป็นส่วนตัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีช่วงเวลาในการเปิดใจ แสดงความรักและบอกต่อกันเป็นครั้งสุดท้าย อีกทั้งควรส่งเสริมให้มีการดูแลและบำบัดโดยใช้การรักษาทางเลือก เช่น เสียงเพลง (music) การจินตนาการ (imagery) และการนวด (massage) โดยมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับความชอบของผู้ป่วย (Rushton, Williams, & Sabatier, 2002)

5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ (end of life system) มีเป้าหมายเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งตามหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น คือ ต้องมีการดูแลที่เน้นการหายของโรคควบคู่กับการดูแลคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ จิตราวดี จิตจันทร์ (2550) โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยถึงวิกฤตอายุรกรรม พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวของ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับระบบของการดูแล ซึ่งใช้แนวคิดหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่แรกเริ่ม จากนั้นมีการประชุมเชิงรุกร่วมกับครอบครัว (proactive family meeting) ภายใน 72 ชั่วโมง โดยมีการสื่อสารวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการในเรื่องเป้าหมายของการดูแลรักษา ความสุขสบายทางด้านร่างกาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยากรณ์โรค และมีการประเมินผลลัพธ์ คือ คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010)

วิธีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การส่งเสริมการตัดสินใจวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว การพัฒนาการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการอาการ การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ครอบครัว และสุดท้ายคือการดูแลเชิงระบบ ซึ่งวิธีการต่าง ๆ ที่ได้มีการศึกษานั้นค่อนข้างหลากหลายทั้งวิธีการและการวัดผลลัพธ์ และยังมีผู้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ หลักเวชจริยศาสตร์ สิทธิผู้ป่วย การให้ความยินยอมในการรักษา หนังสือแสดงเจตนา การงดเว้นทำการกู้ชีวิต การงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตและถอนการรักษาที่ได้รับ สามารถอธิบายหลักการทางจริยธรรมและการนำหลักการมาปรับใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ดังนี้

1. หลักเวชจริยศาสตร์ เป็นหลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ที่ใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วย สามารถนำหลักการนี้มาปรับใช้กับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งมี 4 ข้อ (คุลิตสถาวร, 2551) ดังนี้

1.1 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) คือ การกระทำหรือการรักษาใด ๆ ต้องเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย

1.2 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) คือการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต้องไตร่ตรองอย่างรอบคอบ โดยป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.3 หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy) คือ ยอมรับความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละรายเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกคิดและการเลือกปฏิบัติ โดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ความจริง หรือรับทราบข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับตัวเองและผู้ป่วยมีเสรีภาพในการเลือกการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา

1.4 หลักความเป็นธรรม (Justice) คือ บุคคลควรได้รับการพิจารณาอย่างเท่าเทียมกัน โดยได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีความลำเอียงในการดูแลหรือการให้บริการต่าง ๆ

การนำหลักเวชจริยศาสตร์มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การให้ญาติตัดสินใจขณะที่ญาติกำลังเผชิญกับภาวะสูญเสีย แม้ว่าตามหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย จะให้การตัดสินใจดังกล่าวเป็นของผู้ป่วยและญาติ แต่ในสภาวะที่ญาติกำลังสูญเสียอาจเป็นการสร้างภาระให้กับญาติ อันเป็นการทำสิ่งที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลควรมีการช่วยเหลือให้ญาติมีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม โดยปราศจากอคติ โดยยึดหลักประโยชน์สูงสุดของครอบครัว โดยต้องไม่คิดเห็นถึงประโยชน์หรือผลด้านอื่น ๆ เช่น การลดการใช้เตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต การลดค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น (พรเลิศ จัตรแก้ว, 2551)

2. สิทธิผู้ป่วย ซึ่งตามหลักสิทธิมนุษยชน บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจของตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ซึ่งในต่างประเทศได้นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย ส่วนในประเทศไทยไม่ได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและได้มีผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง คือ สภาการพยาบาล (2555) ได้ประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิรับรู้ถึงการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์การดำเนินของโรค การบำบัดรักษา และมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกแผนการบำบัดรักษาด้วยตนเองได้ รวมทั้งมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองก่อนที่จะตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะสื่อสารความต้องการได้เนื่องจากมีระดับการรู้สติลดลง การดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องตระหนักในสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น โดยคำนึงถึงการบำบัดรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ผู้แทนของผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของการบำบัดรักษา เลือกชนิดของการบำบัดรักษา ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตควรให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก (สถาพร สีสานันทกิจ, 2555)

3. การให้ความยินยอมในการรักษา โดยการขอให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมในการรักษา เนื่องจากการรักษาที่ให้อาจไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย มีองค์ประกอบที่สำคัญ (American Heart Association [AHA], 1997) ดังต่อไปนี้

3.1 ความสามารถในการตัดสินใจ โดยประเมินว่าผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าใจสิ่งที่อธิบายได้หรือไม่ สื่อสารกับผู้อื่นได้หรือไม่ อธิบายและตีความหมายได้ถูกต้องหรือไม่

3.2 การตัดสินใจโดยปราศจากความกดดัน คือ ผู้ป่วยต้องไม่ตัดสินใจโดยที่ได้รับความกดดันทั้งภายนอกและภายใน เช่น กดดันจากญาติพี่น้อง กดดันด้านปัญหาทางการเงิน เป็นต้น

3.3 ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งทีมสุขภาพต้องเปิดเผยข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการรักษา ข้อดี ข้อเสีย และผลที่เกิดขึ้นตามมา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจอย่างถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยว่าให้การยินยอมในการรักษานั้นประเมินจากความสามารถในการตัดสินใจได้โดยปราศจากความกดดัน โดยต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและถูกต้องแล้ว การแสดงความยินยอมของผู้ป่วยมีหลายวิธีคือ การยินยอมด้วยวาจา การยินยอมด้วยการแสดงออก และการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (คูสิต สถาวร, 2551) ซึ่งเป็นการยินยอมโดยผู้ป่วยลงลายมือชื่อหลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา และมีพยานลงชื่อกำกับด้วย ซึ่งใช้ในกรณีที่ต้องผ่าตัดหรือต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง โดยการให้การยินยอมนั้นทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจนแก่ผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างเหมาะสม (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2555)

4. หนังสือแสดงเจตนา ในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มักมีความพร่องในการตัดสินใจ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาจึงเป็นเรื่องของแพทย์และครอบครัว ด้วยเหตุนี้ การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลในระยะสุดท้ายจึงมีความยากลำบาก เนื่องจากไม่ทราบเจตจำนงที่แท้จริงของผู้ป่วย และมักเกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ปัญหาดังกล่าวได้มีการศึกษาเพิ่มขึ้น และนำแนวคิดของการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาในอนาคตที่เรียกว่า หนังสือแสดงเจตนา (advance directive) มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2551) เพื่อลดความขัดแย้งและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

แนวทางการใช้กฎหมายเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาเริ่มแรกในสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2533 ออกกฎหมายที่เรียกว่า Patient Self-Determination Act เพื่อรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์และออกนโยบายเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้า โดยผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจและแสดงเจตจำนงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตของตนเองไว้ล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้ว (Stark, Vig, & Pearlman, 2007) สำหรับประเทศไทยได้มี

การออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปีพ.ศ 2550 มาตรา 12 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เป็นกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ขยายสิทธิในการเลือกการรักษาของบุคคลครอบคลุมในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีกฎหมายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ก่อนที่จะมีอาการป่วยหนักและสื่อสารความต้องการของตนเองไม่ได้ จากการศึกษาของ คาร์เลท และคณะ (Carlet et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 5 เท่านั้นที่จะมีความสามารถในการตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ดังนั้นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จึงไม่สามารถระบุความต้องการของตนได้ การกำหนดหนังสือแสดงเจตนาจึงมีความสำคัญในแง่ของการสื่อสารและลดความขัดแย้งในการดูแล (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2551) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการกำหนดหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า การกำหนดหนังสือแสดงเจตนาทำให้มีการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) ซึ่งในการกำหนดหนังสือแสดงเจตนา นั้น จะมีประเด็นในการรักษาที่เกี่ยวข้อง คือ การงดเว้นทำการกู้ชีวิต และการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตและถอนการรักษาที่ได้รับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การงดเว้นทำการกู้ชีวิตหรืองดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do not resuscitation [DNR]) หมายถึงการงดปฏิบัติการเพื่อช่วยฟื้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดที่หยุดทำงานอย่างกะทันหัน ซึ่งผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ และมีความสามารถในการตัดสินใจ มีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะปฏิเสธการกู้ชีวิตแม้มีข้อบ่งชี้ (AHA, 1997; Kapp, 2001) ซึ่งเจตจำนงนี้ต้องสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตรับทราบด้วย เพื่อที่จะปรึกษากับครอบครัวและญาติในการตัดสินใจ ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทีมผู้ดูแลอาจต้องมีการสื่อสารต่อรองและประเมินท่าทีของครอบครัวซ้ำ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยใกล้ที่จะเสียชีวิต ควรมีการพูดคุยและถามย้ำกับครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ที่ตัดสินใจแทน เพื่อให้เกิดข้อตกลงในการรักษาร่วมกันและต้องมีการลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอีกด้วย (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2555) ซึ่งจากการศึกษาของ สไนเดอร์แมน และ

กิลเมอร์ (Schneiderman & Gilmer, 2000) ใช้วิธีการให้คำปรึกษาทางจริยธรรม นำโดยพยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแล ระบุผู้ป่วยหรือญาติที่มีข้อขัดแย้งในการรักษา เช่น มีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น ซึ่งจะมีการให้คำปรึกษาทางด้านจริยธรรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ คือ ลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในหอผู้ป่วยวิกฤตอีกด้วย

2. การงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตและถอนการรักษาที่ได้รับ ซึ่งสมาคมนานาชาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice & Palliative Care) ได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตหรือถอนการรักษาที่ได้รับ ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง คือ การรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยไม่เร่งรัดหรือยื้อการตายของผู้ป่วยออกไป การพิจารณาว่าการงดการรักษาหรือถอนการรักษาที่ดำเนินการไปแล้วเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา (Hinkka, Kosunen, Metsänoja, Lammi, & Kellokumpu-Lehtinen, 2002; Toboada & Bioetica, 2013) โดยพิจารณาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น เช่น การรักษาโดยการให้ยาปฎิชีวนะ หากพิจารณาว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การใช้ยาปฎิชีวนะมีผลเพียงแค่ยืดการตายออกไปเท่านั้นก็จะไม่ให้เกิดการรักษาใด ๆ แต่หากใช้นั้นเพื่อควบคุมอาการเจ็บปวดและอาการไม่สบายต่าง ๆ เช่น อาการไข้สูง ในกรณีนี้ก็อาจจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย สามารถที่จะตัดสินใจให้ยาปฎิชีวนะได้ (ไพศาล ลิ้มสฤติย์, 2556) ดังนั้น ในการพิจารณาการรักษาวouldถอนการรักษาที่เคยได้รับหรืองดการรักษาใด ๆ ที่เพียงเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ควรต้องนำหลักการทางจริยธรรมเข้ามาร่วมพิจารณา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

หลักการทางจริยธรรมนั้นสามารถนำมาเป็นเกณฑ์ที่ช่วยในการพิจารณาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้ง สามารถใช้วิธีการจัดการปัญหาทางจริยธรรม ร่วมกับการปรึกษากับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามหลักการทางจริยธรรมดังกล่าวไม่ใช่กฎตายตัว สำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่าง แต่โดยภาพรวมการให้การพยาบาลควรที่จะสอดคล้องตามหลักจริยธรรม เพื่อที่จะลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างทีมบุคลากรผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (ไพศาล ลิ้มสฤติย์, 2556; สถาพร ลีลานันท์กิจ, 2555)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีบริบทที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่น ๆ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้าย ได้มีผู้ศึกษาและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจในการดูแล ความต่อเนื่องในการดูแล การจัดการอาการปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน กระบวนการเสียชีวิตตามธรรมชาติและการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Clarke, 2003; Curtis & Rubenfeld, 2001; Mularski, 2006; Nelson, Mulkerin, Adams, & Pronovost, 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การวัดผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีหลากหลาย เช่น การวัดผลลัพธ์ของการดูแลแบบองค์รวม คือ ประเมินผลลัพธ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ปนัดดา สุวรรณ และคณะ, 2556) การวัดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งสามารถสรุปการวัดผลลัพธ์ทั้ง 2 แบบ ดังนี้

1. การวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม เป็นการประเมินติดตามคุณภาพของการดูแลในหอผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินระดับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale [POS]) (ปนัดดา สุวรรณ และคณะ, 2556; Hearn & Higgenson, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 1) การควบคุมอาการปวด 2) การควบคุมอาการรบกวน 3) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว 4) การให้ข้อมูล 5) ระดับของการดูแลสนับสนุนคุณค่าของชีวิต 6) ความมีคุณค่าของตนเอง 7) การสิ้นเปลืองเวลา และ 8) สถานการณ์ตามความเป็นจริง ใช้วัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่เฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. การวัดผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

- 2.1 ผลลัพธ์เชิงโครงสร้าง เป็นการบริหารจัดการองค์กรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยตัวชี้วัดคุณภาพเชิงโครงสร้างในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Clarke et al., 2003; Mularski, 2006) คือ มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมของครอบครัว การจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษา การจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนานุเคราะห์ในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอ รวมทั้งมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ เป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (สุราณี ชาญฤทธิ์วัณนะ, 2553) ตัวชี้วัดคุณภาพเชิงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดและอาการหายใจลำบาก และกิจกรรมการพยาบาล 2) จำนวนตัวแทนผู้ป่วยที่ร่วมตัดสินใจและวางแผนการรักษาพร้อมกับทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) การบันทึกเป้าหมายของการบำบัดรักษาลงในบันทึกทางการแพทย์ 4) บันทึกการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการปรึกษา 6) จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการประเมินความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และได้รับการดูแลประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Clarke et al., 2003; Mularski, 2006)

2.3 ผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (สุราณี ชาญฤทธิ์วัณนะ, 2553; Donabedian, 2003) มีดังนี้

2.3.1 ผลลัพธ์ด้านกายภาพ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการควบคุมอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ ระดับของอาการปวด ระดับของอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2.3.2 ผลลัพธ์ด้านจิตใจ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล ระดับความเครียด ความเศร้าโศก ความทุกข์ทรมาน และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

2.3.3 ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ความพร้อมของผู้ป่วยในการเผชิญความตายและความพร้อมของครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย ความขัดแย้งในการดูแลระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล

2.3.4 ผลลัพธ์ด้านผลจากการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยและในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตตามหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะประเมินครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ ทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนในการประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพจะมีการประเมินผลลัพธ์เชิงโครงสร้าง ผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าวยังมีความหลากหลายตามวิธีการปฏิบัติที่ส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ รูปแบบการวิจัยชนิดหนึ่ง ที่ใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์ในการสังเคราะห์ข้อค้นพบจากการวิจัยปฐมภูมิตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไป โดยใช้กระบวนการที่เป็นระบบในการสืบค้น การคัดเลือก การประเมินคุณภาพ และการสกัดข้อมูลจากรายงานการวิจัย เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานที่ถูกคัดเลือกให้ได้เป็นข้อสรุปถึงประสิทธิภาพการ จัดกระทำในเรื่องที่สนใจหรือหาข้อสรุปของหลักฐานความรู้ที่ดีที่สุด หากผลลัพธ์จากงานวิจัยปฐมภูมิลำต้นสามารถนำมาคำนวณรวมกันในเชิงปริมาณ (quantitative) ได้ สามารถใช้การวิเคราะห์ทางสถิติที่เรียกว่า การวิเคราะห์เมตาหรือการวิเคราะห์อภิปราบ (meta-analysis) ซึ่งในปัจจุบันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้รับการยอมรับว่าเป็นงานวิจัยที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากที่สุดเทียบกับงานวิจัยชนิดอื่นๆ ทำให้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถูกอ้างอิงเพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยบ่งบอกถึงทิศทางความต้องการการวิจัยต่อไปในอนาคต (JBI, 2011)

รูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถทำได้ 4 รูปแบบ ตามชนิดของงานวิจัยปฐมภูมิดังนี้ (Pearson, Field, & Jordan, 2009)

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) คือ การสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงปริมาณที่มีลักษณะข้อมูลแบบตัวเลข (numerical data) โดยใช้การวิเคราะห์เมตาในการสังเคราะห์ข้อมูล เมื่องานวิจัยปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือกมีความสมบูรณ์ของสถิติ แต่หากมีข้อมูลทางสถิติไม่เพียงพอ สามารถวิเคราะห์สรุปผลโดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา
2. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นกระบวนการที่ผสมผสานข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงคุณภาพที่ได้จากการสืบค้น และการสร้างบทสรุปของข้อมูลที่สามารถอธิบายสาระสำคัญของแนวคิดนั้นได้อย่างชัดเจน
3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและหนังสือ (expert opinion and text) คือ กระบวนการพยายามที่จะหาข้อสรุปที่สำคัญในข้อความ หรือความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ความน่าเชื่อถือ เพื่อสังเคราะห์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแม้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

ที่จัดอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก็ยังให้การยอมรับ และเห็นความสำคัญของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ (economic analysis) คือการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์มาวิเคราะห์ร่วมด้วย เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในทางปฏิบัติ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างในแต่ละรูปแบบมีขั้นตอนและเครื่องมือในการทบทวนที่แตกต่างกัน ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ ในการสังเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ และคำถามการทบทวน ควรระบุปัญหาหรือหัวข้อ และวัตถุประสงค์ในการทบทวนอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้สามารถกำหนดคำถามการทบทวนที่ชัดเจนแน่นอน เพื่อให้การทบทวนวรรณกรรมมีทิศทางที่ชัดเจน ให้คำตอบที่ตรงประเด็นและนำไปสู่การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยปฐมภูมิเข้าสู่การทบทวนที่ชัดเจน

2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย โดยควรกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกเอกสารมาศึกษาไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

2.1 รูปแบบของการวิจัย (research design) ที่ศึกษา เช่น การวิจัยเชิงทดลอง และการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นต้น

2.2 ประชากรที่ศึกษา (population) เช่น เพศ กลุ่มอายุ โรค หรือความรุนแรงของโรค เป็นต้น

2.3 การจัดกระทำให้กับกลุ่มตัวอย่าง (intervention) สิ่งที่จะจัดกระทำ แนวคิดที่ศึกษา หรือตัวแปรต้นของการศึกษา

2.4 การวัดผลลัพธ์ของการวิจัย (outcome measures) หรือตัวแปรตามของการศึกษา

3. การสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้อง คือการค้นหางานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย โดยการสืบค้นที่ดีควรมีการวางระบบที่ชัดเจนเพื่อในได้งานวิจัยที่ครบถ้วน โดยนิยมวางระบบการสืบค้นไว้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกของการสืบค้น ซึ่งจะมีการกำหนดฐานข้อมูลที่ควรสืบค้น และคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ควรระบุให้ชัดเจน และกว้างขวาง เพื่อให้ได้งานวิจัยที่ครอบคลุมในเรื่องสนใจ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการสืบค้น โดยทำการสืบค้นข้อมูลตามคำสำคัญที่กำหนดไว้ในฐานข้อมูลต่าง ๆ และใช้เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ในการตัดสินใจเลือกรายงานวิจัยที่จะนำมาศึกษา

ระยะที่ 3 การสืบค้นจากบรรณานุกรม โดยการสืบค้นรายชื่อเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมจากบทความ วารสาร และหนังสือที่เกี่ยวข้อง

การสืบค้นมีหลายวิธี ได้แก่ การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computer searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) การสืบค้นข้อมูลด้วยมือ (hand searching) โดยการหาข้อมูลจากบัตรรายการห้องสมุด เอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม และจากบทคัดย่อ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสืบค้นเอกสารทั้งฉบับ การสืบค้นเอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์ (searching unpublished materials) โดยทำการติดต่อกับผู้วิจัยที่ศึกษาโดยตรง หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้เผยแพร่อาจติดตามจากสถาบันการศึกษาที่เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์

4. การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดูจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับผู้วิจัยร่วม (peer review) เพื่อลดอคติจากผู้วิจัย หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป จะหามติข้อสรุปร่วมกัน ถ้าไม่สามารถตกลงกันได้ จะต้องให้ผู้วิจัยร่วมคนที่ 2 เป็นผู้ลงมติ

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพเข้าสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมต้องอ่านรายงานการวิจัย เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป จะปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน ถ้ายังไม่สามารถตกลงกันได้จะต้องให้ผู้วิจัยร่วมคนที่ 2 เป็นผู้ลงมติ

6. การรวบรวมและสกัดข้อมูลจากงานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมจะสกัดข้อมูลบันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล หากความเห็นในการบันทึกไม่ตรงกันจะทำการตกลงกันเพื่อหาข้อสรุป และถ้าไม่สามารถตกลงกันได้จะต้องให้ผู้วิจัยร่วมคนที่ 2 เป็นผู้ลงมติ

7. การวิเคราะห์ สรุป และสังเคราะห์ข้อมูล โดยรายงานวิจัยที่มีข้อมูลสถิติเพียงพอที่จะวิเคราะห์เมตาได้นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป MASTARI ที่พัฒนาและเสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) โดยหากข้อมูลเป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่อง (dichotomous data) จะใช้สถิติอัตราส่วนออกในการวิเคราะห์ แต่หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) จะใช้สถิติ weighted mean difference (WMD) และ standardized mean difference (SMD) และพิจารณาความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ของรายงานวิจัยจากการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ (chi-square) หรือพิจารณาจากร้อยละของความเป็นเอกพันธ์ (I²) หากข้อมูลสถิติไม่เพียงพอจะวิเคราะห์สรุปผลโดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

8. การอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะ โดยพิจารณาผลของการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษามีข้อจำกัดอะไรบ้างสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นกระบวนการที่อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัย โดยมีการกำหนดเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ตามการจำแนกของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ความเชื่อมั่นระดับที่ 1 รูปแบบการศึกษาแบบเชิงทดลอง (Experimental Design)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 1.a การทบทวนอย่างเป็นระบบของรายงานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 1.b การทบทวนอย่างเป็นระบบของรายงานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs) และรูปแบบการศึกษาอื่น ๆ (other study designs)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 1.c รายงานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCTs)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 1.d รายงานวิจัยเชิงทดลองที่ออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบสลับเปลี่ยนกลุ่ม หรือมีการแบ่งกลุ่มแบบวิธีการอื่น ๆ (Pseudo-RCTs)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 2 รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 2.a การทบทวนอย่างเป็นระบบของรายงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental studies)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 2.b การทบทวนอย่างเป็นระบบของรายงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental studies) และมีรูปแบบระเบียบวิธีวิจัยในระดับที่ต่ำกว่า (other lower studies designs)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 2.c รายงานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Quasi-experimental prospectively controlled studies)

ความเชื่อมั่นระดับที่ 2.d รายงานวิจัยที่มีการวัดผลก่อนและหลัง หรือเป็นการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมและเป็นการศึกษาย้อนกลับ/เชิงประวัติศาสตร์ (Pre-test-Post-test or historic/retrospective control group studies)

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ พ.ศ 2545 ถึง พ.ศ 2555 (ค.ศ 2002 ถึง ค.ศ 2012) มีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาศึกษาตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICO) ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่าง (population) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) การจัดการกระทำ (intervention) เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง 3) การเปรียบเทียบ (comparison) โดยการศึกษาจะต้องมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 4) ผลลัพธ์ (outcome) โดยศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตามที่เสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) ที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการนำเสนอผลการทบทวน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved