

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะท้ายที่ตัดสินใจยุติการรักษา: กรณีศึกษา*

กิตติกร นิลมานัต Ph.D.(Nursing)**

ทัศนีย์ ขาว Ph.D.(Nursing)****

ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล Ph.D.(Nursing)*****

กัลยา แซ่ซัด พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)*****

พฤกษพร ธรรมโชติ พ.บ.ว.*****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจยุติการรักษา

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาแบบกรณีศึกษา

การดำเนินการวิจัย คัดเลือกพยาบาลผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

1) มีประสบการณ์ดูแลครอบครัวในกระบวนการยุติการรักษาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ราย และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกกับพยาบาล 10 คน และการสนทนากลุ่ม 1 ครั้งกับพยาบาล 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของอิลและคินแกส ใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของกุกาและลินคอร์น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 – พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ผลการการวิจัย พบว่า

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายแบ่งออกได้ เป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะก่อนตัดสินใจ ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ 2) ให้ข้อมูลอย่าง

ต่อเนื่อง และ 3) ประสานงานเพื่อการประชุมครอบครัว และระยะหลังการตัดสินใจยุติการรักษา ประกอบด้วย

1) สื่อสารการตัดสินใจ 2) พಿತักษสิทธิผู้ป่วย 3) ควบคุมความทุกข์ทรมานจากอาการ 4) ประสานงานการดูแล

อย่างต่อเนื่อง 5) ดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และ 6) ประคับประคองจิตใจญาติ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล

ระยะเปลี่ยนผ่านในสถานการณ์ยุติการรักษา แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านระบบการดูแล ประกอบด้วย

1) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรก 2) การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวอย่างเพียงพอ 3) การสนับสนุนจาก

ทีมการดูแลแบบประคับประคอง 4) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การยอมรับ

การตัดสินใจร่วมกันในครอบครัว และ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น 1) ได้

ท่าบุญ 2) ผิดบาปในใจ 3) ซัดแย้งในใจ

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

ในครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย และปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

อย่างราบรื่น ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลแบบประคับประคอง

อย่างราบรื่นและช่วยส่งเสริมคุณภาพการตายของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายและคุณภาพชีวิตของครอบครัว

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 42-57

คำสำคัญ: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน/ การวิจัยเชิงคุณภาพ/ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย/ ตัดสินใจ

ยุติการรักษา/ พยาบาล

วันที่ได้รับ 3 พ.ย. 64 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 ธ.ค. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ธ.ค. 64

*ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*****พยาบาลวิชาชีพ เกษียณอายุราชการ

*****แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

Nurses' Experience in Providing Transitional Care in Families of Critically and Terminally Ill Patients Deciding to Terminate Treatment: A Case Study*

Kittikorn Nilmanat Ph.D.(Nursing)**

Tusanee Khaw Ph.D.(Nursing)****

Shutiwan Purinthrapibal.(Nursing)****

Kalaya Sae-chit M.N.S. (Adult Nursing)****

Pruksaporn Thammachote M.D. (Family Medicine)*****

Abstract:

Objective: To explore the experience of nurses who provided transitional care in the families of critically and terminally ill patients who decided to terminate treatment

Design: Descriptive qualitative case study

Methodology: A total of 16 nurses were selected by means of purposive sampling to be the study informants, based on these criteria: 1) prior experience in caring for at least one family who had decided to terminate treatment, in accord with the hospital's guideline; and 2) willingness to participate in the study. Data were collected between August 2019 and May 2020, via in-depth interviews with 10 of the nurses and via one focus group discussion with the other six. Elo and Kyngäs's content analysis method was employed for data analysis. Trustworthiness of the study was established using Lincoln and Guba's guideline.

Results: According to the study, the participating nurses' experience was divided into two stages: before and after the patients' treatment termination decisions. Before treatment termination decisions, the nurses: 1) build a good rapport and confidence; 2) regularly provide information; and 3) coordinate meetings for family members. After treatment termination decisions, nursing care included: 1) communicating the patients' decisions; 2) protecting the patients' rights; 3) controlling the patients' distressful symptoms; 4) coordinating ongoing care; 5) helping the patients to die peacefully; and 6) providing psychological support for the patients' relatives. Two types of factors were found to affect the nurses' transitional care in the treatment termination situation. The care-system-related factors were: 1) initial preparation of the patients and their families; 2) provision of sufficient information for the families; 3) support by the palliative care teams; and 4) presence of a clear guideline. The main family-related factor concerned mutual consent by family members. Finally, the nurses' feelings arising from caring for these patients were: 1) delight in having made some merits; 2) moral guilt; and 3) moral conflict.

Recommendations: The study findings could increase an understanding of the role of nurses in providing transitional care in the families of critically and terminally ill patients who have made a decision to terminate life-sustaining treatment and of main factors facilitating a smooth transition. These findings can promote development of smooth transitional palliative care, in order to raise the quality of death in terminal patients and improve the quality of life amongst family members.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(1) 42-57

Keywords: transitional care; qualitative study; families of critically and terminally ill patients; treatment termination decision; nurses

Received 3 November 2021, Revised 8 December 2021, Accepted 23 December 2021

*A project was supported by faculty of nursing' research funds, Prince of Songkla university

** correspondence author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university, E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

*** Senior lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university

***** Retired Registered Nurse

***** family Medicine Doctor, Social Medicine Department, Songkhla hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิตมักได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ การบำบัดทดแทนไต การแทงเส้นเข้าสู่หลอดเลือดดำกลาง เป็นต้น เพื่อบำบัดรักษาความผิดปกติของการทำหน้าที่ของร่างกายและพยุงชีวิตให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อถึง ณ จุดหนึ่ง ที่การรักษาไม่สามารถช่วยให้ฟื้นหาย แต่กลับเป็นการรักษาเพื่อยื้อชีวิตและเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย จึงมีการประชุมปรึกษาถึงกระบวนการตัดสินใจยุติหรือถอนการรักษาเพื่อพยุงชีวิต ทั้งนี้หออภิบาลผู้ป่วยหนักควรมีการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติในการถอดเครื่องช่วยหายใจและยุติการรักษาเพื่อพุงชีพ¹

การตัดสินใจยุติการรักษา หรือการถอดถอนการรักษาเป็นการตัดสินใจหยุดรักษาผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น² เพื่อถอนการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นการยืดกระบวนการตายในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย³ ทั้งนี้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการในประเด็นถอดถอนการรักษาพุงชีพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายว่า “จะเกิดขึ้นเมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพุงชีพนั้น ผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต และก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เองภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน”^{4 หน้า 16} การตัดสินใจยุติการรักษาจึงเป็นจุดเปลี่ยนที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อนและต้องการทีมการดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด โดยบรรเทาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น จัดการควบคุมอาการอย่างเหมาะสมจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวตั้งแต่วะแรกและต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อให้

ญาติสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก รวมทั้งมีการบันทึกที่ถูกกฎหมาย¹

การเปลี่ยนผ่านจากการรักษาเพื่อการฟื้นหายเป็นการดูแลแบบประคับประคองเป็นช่วงเวลาที่เกิดขึ้นเมื่อทีมการรักษาพิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ช่วยให้หายจากโรค หรือทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต⁵ อย่างไรก็ตามช่วงเวลาดังกล่าวจัดเป็นสถานการณ์ก่อให้เกิดปัญหาและมีความคลุมเครือมากที่สุดใ่วิถีความเจ็บป่วยระยะท้ายของชีวิต มักสร้างความรู้สึกกลัว ไม่มั่นคงและไม่แน่นอนกับผู้ป่วย และครอบครัว⁶ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านนี้⁷ ในการริเริ่มกระบวนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และสนับสนุนทางอารมณ์ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวและสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว⁷

ในต่างประเทศ พยาบาลให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีการตัดสินใจยุติการรักษา โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างทีม ประสานงานระหว่างทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องรวมทั้งให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยก่อนและระหว่างการถอดท่อช่วยหายใจ^{8,9} มีการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วย สื่อสารให้ครอบครัวได้เห็นภาวะสุขภาพที่แย่งลงของผู้ป่วย พิจารณาลิขสิทธิ์ของผู้ป่วยและครอบครัว¹⁰ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยและปกป้องครอบครัว⁹ พยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลและสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในกระบวนการตายของผู้ป่วย⁸ ให้กำลังใจและสนับสนุนครอบครัวให้อยู่กับผู้ป่วย และสร้างความทรงจำที่ดีให้ครอบครัว⁹ จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์การยุติการรักษาของพยาบาลไอซียูพบว่า

พยาบาลจะเป็นผู้นำในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและจัดการกับชดเชยที่เกิดจากการตัดสินใจยุติการรักษาระหว่างพยาบาลกับทีมการดูแลและครอบครัว ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต สนับสนุนทางอารมณ์แก่ครอบครัว โดยการอยู่กับครอบครัวและให้ข้อมูล และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติการรักษา¹¹

สำหรับประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต^{12,13} และการตัดสินใจของพยาบาลช่วงเปลี่ยนผ่านจากการช่วยชีวิตด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงสู่การดูแลแบบประคับประคอง¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้ให้คำตอบที่ไม่เฉพาะเจาะจงปรากฏการณ์การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจยุติการรักษา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษาจะรู้สึกเป็นภาระ มีความขัดแย้งในการตัดสินใจและรู้สึกผิด¹⁵ ครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลจากพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของแก้วมะไฟ และปิยะวัฒน์พงศ์¹⁶ พบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาในระยะท้ายและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตัดสินใจ และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจการยุติการรักษา

การยุติการรักษา จะต้องบูรณาการให้สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลให้คุณค่าภายใต้บริบททางวัฒนธรรมนั้น และบุคลากรสุขภาพต้องมีความละเอียดอ่อนในการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านหลังการถอดท่อช่วยหายใจและ

ยุติการรักษา¹⁷ ดังนั้นการเข้าใจถึงประสบการณ์การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ยุติการรักษาของพยาบาลมีความสำคัญ ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพนำไปพัฒนาการปฏิบัติการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจยุติการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจยุติการรักษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาแบบกรณีศึกษา ทั้งนี้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา¹⁸ เหมาะสมและสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในคลินิกในบริบทการดูแลแบบประคับประคอง¹⁹

สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้ที่มีการใช้แนวปฏิบัติในการยุติการรักษา มาตั้งแต่ปี 2558 โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่ถอดถอนเครื่องพยุงชีพจำนวน 61 ราย 46 ราย และ 62 ราย ตามลำดับ แนวปฏิบัติประกอบด้วย 1) การประชุมครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่รับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและรับผิดชอบด้านการดูแลแบบประคับประคอง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) การลงชื่อยินยอมให้ถอดถอนเครื่องพยุงชีพ และ 3) การปฏิบัติตามบันทึกสั่งการรักษาในการยุติการรักษา (standing order treatment termination) เพื่อบรรเทาและควบคุมอาการไม่สบายต่างๆที่เกิดขึ้นหลังการยุติการรักษา²⁰ ทั้งนี้ทีมที่เข้าไปดูแลหลังการ

ถอดถอนเครื่องพยุงชีพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล
ประจำศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เกสัชกร
และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นที่พยาบาลที่มีประสบการณ์
ในกระบวนการยุติการรักษา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะ
เจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) มีประสบการณ์ใน
การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมกระบวนการ
ยุติการรักษาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล อย่างน้อย
1 ราย และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอ
และคุณภาพของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่มีความ
สอดคล้องและตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์ โดยผู้วิจัย
ยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) คือ
ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นข้อมูลที่ซ้ำ ๆ กับข้อมูลเดิมและข้อมูล
เดิมได้รับการยืนยันหรือตรวจสอบแล้ว²¹ ในการศึกษา
ครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูล 16 ราย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก
(in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม และเครื่องมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูล
ส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา
ประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจ
ยุติการรักษา 2) แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์และ
การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามเดียวกัน ประกอบด้วย
คำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ได้แก่
“ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติรักษาอย่างไร”
“ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับกระบวนการที่เกิดขึ้น”
“ท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร” “ท่าน
ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร” 3) แบบบันทึก
ภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกสิ่งแวดล้อมและ
บรรยากาศในการสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล
ในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออก

ของผู้ให้ข้อมูล และ 4) อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย
เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 1 เครื่อง สมุดบันทึก ดินสอ
ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรม ศูนย์จริยธรรมในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
หมายเลข PSU IRD 2017 – NL 012 และคณะกรรมการ
จริยธรรมของโรงพยาบาลที่ศึกษาหมายเลข 316/10/61
ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์
รายละเอียดของโครงการ การดำเนินการวิจัย การบันทึก
เสียง การจดบันทึกและการนำเสนอผลการวิจัย รวมทั้ง
แจ้งสิทธิในการยุติหรือออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ
นอกจากนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีคำถามใด
ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระ
ที่จะไม่ตอบ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในระหว่าง
การสัมภาษณ์ หากผู้วิจัยสังเกตว่าคำถามของการสัมภาษณ์
กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ผู้วิจัยทำการหยุด
สัมภาษณ์และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก
โดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ
ข้อมูลที่สามารถทำให้ทราบถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เทปบันทึกเสียง
บันทึกภาคสนาม บันทึกประจำวัน และการวิเคราะห์
ทุกอย่างใช้รหัสแทนและเก็บในตู้ที่ล็อคและผู้วิจัยหลัก
เก็บกุญแจไว้แต่เพียงผู้เดียว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล
ทั้งหมดหลังสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยลำดับที่ 4 ประสานงาน
กับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีการใช้แนวปฏิบัติการยุติการรักษา
ของโรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อให้เชิญชวนพยาบาลที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์และสนใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อมีผู้สนใจ
เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยนัดหมายเวลา
และสถานที่เพื่อสัมภาษณ์ ซึ่งสถานที่การสัมภาษณ์และ
การสนทนากลุ่มคือห้องประชุมเล็กของศูนย์การดูแล

แบบประทับประคอง ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทำการบันทึกเทปเสียงสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) การสนทนากลุ่มกับพยาบาล 6 คน 1 ครั้งโดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 ใช้เวลา 50 นาที เริ่มจากให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแนะนำตัวและประสบการณ์การทำงานจากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ของตนตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ก่อนสิ้นสุดการสนทนากลุ่มผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ได้ และ 2) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยลำดับที่ 2 และ 3 โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 5 คน เริ่มจากแนะนำตัว พูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล อธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ จากนั้นพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการในเรื่องทั่วไป ตามด้วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ของตนตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ และเพิ่มเติมโดยให้ผู้ให้ข้อมูลขยายความหรือยกตัวอย่างประกอบ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึกกับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล 10 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 – 60 นาทีต่อครั้ง การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อผู้วิจัยได้รับฟังเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ไม่มีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นข้อมูลใหม่จากข้อมูลที่มีอยู่ได้อีก ทั้งนี้ผู้วิจัยลำดับที่ 1 – 3 เป็นผู้สัมภาษณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแต่ละท่านทำการบันทึกภาคสนามระหว่างและหลังการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของลินคอล์นและคูบ²² 1) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ประกอบด้วย การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

ให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2) ความสามารถไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) โดยผู้วิจัยแต่ละท่านจะอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน จากนั้นจึงมีการประชุมอภิปรายถึงผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้น เพื่อตรวจสอบยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา 3) ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) โดยผู้วิจัยอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด (thick description) ตลอดจนอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุม และ 4) ความสามารถยืนยันความถูกต้อง (confirmability) โดยทุกขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความลำเอียงและอคติของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของอโลและโกนกา²³ โดยผู้วิจัยถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์คำต่อคำ และอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดซ้ำไปมาอย่างละเอียด เพื่อทำความเข้าใจทุกประโยคหรือกลุ่มคำ จากนั้นพิจารณาว่าประโยคหรือกลุ่มคำที่สำคัญดังกล่าว สามารถที่จะอธิบายปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างไร แล้วจึงรวบรวมกลุ่มคำหลักสำคัญของผู้ให้ข้อมูลทุกรายการมาจัดหมวดหมู่ของคำหลักสำคัญ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และสร้างเป็นข้อสรุปของข้อมูลที่ได้ ร่วมกับการทบทวนตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการ

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย
ที่ตัดสินใจยุติการรักษา: กรณีศึกษา

ศึกษาเพื่อไม่ให้เกิดความลำเอียง ขั้นสุดท้ายคือการบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งยกตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประกอบ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 25 – 54 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 7 คน ช่วงอายุ 20 – 30 ปี, 31 – 40 ปี, และ 51 – 60 ปี กระจายกลุ่มละ 3 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 14 คน และ 2 คนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คนเคยเข้าอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง (8 คน) พินัยกรรมชีวิต (1 คน) และการจัดการอาการ (1 คน) ส่วนใหญ่จำนวน 10 คนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษาอยู่ในช่วง 1-5 ราย ผู้ให้ข้อมูลอีก 6 คนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษามากกว่า 5 รายขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแบ่งประสบการณ์ของพยาบาลออกเป็น 3 ประเด็นได้แก่ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจการยุติการรักษา ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแล

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ตัดสินใจการยุติการรักษา

สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะก่อนการตัดสินใจยุติการรักษา และระยะหลังการตัดสินใจยุติการรักษา

ระยะก่อนการตัดสินใจยุติการรักษา

เป็นระยะตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย จนถึงช่วงเวลาของการประชุมครอบครัว เพื่อ

ตัดสินใจ ทั้งนี้การดูแลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยและญาติประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และ 3) ประสานงานเพื่อการประชุมครอบครัว

1) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า การตัดสินใจยุติการรักษาหรือการถอดท่อช่วยหายใจมักพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและไม่มีโอกาสจะดีขึ้น เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยภาวะหมดสติ ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจได้ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย พยาบาลสามารถจะคาดการณ์ได้ว่าโอกาสฟื้นหายหรือกลับมาสู่ภาวะปกติมีน้อย ดังนั้นพยาบาลจะเตรียมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกเริ่ม โดยสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย และเอาใจใส่กับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยความต้องการการดูแลกับพยาบาล

“เราสร้างสัมพันธภาพ พัฒนาความไว้วางใจ เชื่อใจ จะมีผลต่อคุณภาพการดูแล PC (palliative care) เพราะเขาจะบอกข้อมูลจริง ๆ กับคนที่เขาไว้วางใจ... ต้องอบอุ่น น่าเชื่อถือ ดูน่าไว้วางใจ”

ID11FGD

นอกจากนี้ในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลจะประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ สอบถามถึงการแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนาของผู้ป่วยก่อนหน้าที่จะมีการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดขึ้น

“ที่หอผู้ป่วย เรา(พยาบาล)ก็ทำตั้งแต่สร้างสัมพันธภาพ เข้าไปคุย ชักถาม คุยกับญาติ ลูกสาว ให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย ส่วนมากจะทำเคสที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ทำตั้งแต่แรกเริ่ม...มีการพูดคุยการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ถามแต่แรกว่าถ้าเหนื่อยใส่ท่อหรือดูแลให้เจ็บน้อยที่สุดมั้ย” ID1IdI

2) ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติได้มีการเตรียมจิตใจ ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเพิ่มเติม พยาบาลเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการแยลง และเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจยุติการรักษา ญาติสามารถตัดสินใจได้อย่างไม่ลังเล

“จะให้ข้อมูลเรื่อย ๆ ให้ญาติมีเวลาในการคิด การเตรียมใจ พอเกิดขึ้นจริงก็ถามอีกครั้งว่าเอาแบบเดิมที่เคยคุยกันมาก่อนมั้ย” ID3IdI

ส่วนใหญ่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและญาติได้ หากข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการดำเนินของโรคเชิงลึก หรือการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลระดับประคับประคองที่ซับซ้อนขึ้น จะต้องส่งต่อให้พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น พยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง แพทย์เจ้าของไข้ เป็นต้น จะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลดังกล่าว

“กรณีเราได้เคสหนัก เราเข้าไปประเมินการรับรู้ของญาติ อธิบายการรักษา ถ้าญาติต้องการข้อมูลมากกว่านั้น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเชิงลึก หมอก็จะเข้ามาคุยตอนหลังอีกครั้ง อธิบายตัวโรค การใส่ท่อ การให้ยา เหมือนเค้าเข้าใจสภาวะคนไข้มากกว่า” ID2IdI

3) ประสานงานในการประชุมครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการแยลง หรือไม่มีโอกาสรักษาได้ แพทย์เจ้าของไข้จะเขียนคำสั่งการรักษาส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะประสานกับพยาบาลจากศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อจัดให้มีการประชุมครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยได้อภิปรายเกี่ยวกับการตัดสินใจวาระสุดท้ายของ

ชีวิต พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการประชุมครอบครัวทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการยอมรับและมีแนวโน้มยุติการรักษามากขึ้น

“การทำ family meeting ให้เห็นมากขึ้น ซึ่งเราได้คอยติดตามผลการปฏิบัตินี้ กรณีที่ครอบครัวได้ทำ family meeting ทำให้ญาติยอมยุติการรักษา ... การทำ family meeting นัดมาหมด ทำให้ญาติมีแนวโน้มยุติการรักษามากขึ้น” ID8IdI

ระยะหลังการตัดสินใจยุติการรักษา

เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจยุติการรักษา โดยพยาบาลให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งประกอบด้วย 1) สื่อสารการตัดสินใจ 2) พึงกษัตริย์ผู้ป่วย 3) ควบคุมความทุกข์ทรมานจากอาการ 4) ประสานงานการดูแลต่อเนืองที่บ้าน 5) ดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และ 6) ประคับประคองจิตใจญาติ

1) สื่อสารการตัดสินใจ

ภายหลังการประชุมครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะมีการสื่อสารการตัดสินใจการยุติการรักษาให้กับทีมที่ให้การดูแลรับทราบทั้งในรูปแบบเอกสาร และการสื่อสารทางวาจา พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการประชุมครอบครัวที่ดีควรมีแพทย์เจ้าของไข้มาร่วมด้วยเพื่อให้เป้าหมายการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน แต่ถ้าหากแพทย์เจ้าของไข้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ เมื่อได้ข้อสรุปจากการประชุมครอบครัว พยาบาลต้องสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบผลทันทีเพื่อให้การดูแลตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว

“พอพี่ (พยาบาลศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง) คุยทางเลือกว่า 1. Refer back 2. Off tube ที่เรา เมื่อญาติตัดสินใจเลือก off tube เพราะไม่อยากให้แม่เขาทรมาน เราก็แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบ เพื่อให้การดูแลตามทางเลือกที่ญาติตกลงใจ” ID12FGD

‘พ้อออกมาจากตกหลุมดำ’ คือบางสิ่งบางอย่าง เราตัดสินใจบนสถานการณ์ที่ดีที่สุดสำหรับ คนไข้เรา ต้องคอยให้ข้อมูลเพิ่มเติม จนกระทั่ง ‘เค้าทำใจได้” ID11IdI

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านอย่างราบรื่น

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านอย่างราบรื่น ในสถานการณ์ยุติการรักษ แบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบการดูแล และ ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านระบบการดูแล ประกอบด้วย 1) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรก 2) การให้ ข้อมูลอย่างเพียงพอ 3) การสนับสนุนจากทีมการดูแล แบบประคับประคอง 4) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

1) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรก

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการเตรียมผู้ป่วย และครอบครัว มีผลทำให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นไปอย่างราบรื่น

“การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการยุติการ รักษา เป็นเรื่องยาก ยากที่สุดคือการเริ่มต้นพูดคุย กับญาติ แต่เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ควรเริ่มต้น เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก็จะมีผลดีที่สุด หากเราเริ่ม พูดคุยกับญาติตั้งแต่ต้น มันจะเป็น good start ขึ้นตอนอื่น ๆ จะไม่ยาก” ID14FGD

พยาบาลได้ยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับผู้ป่วย และครอบครัวที่ไม่ได้รับการพูดคุยเรื่องการดูแลแบบ ประคับประคองมาก่อน จะมีความยุ่งยากในการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านมากกว่า

“มีอยู่เคสหนึ่ง เขาอยู่ห้องแยก ร้องไห้ตลอด เราก็ ไม่เคยกล้าคุยกันเรื่อง PC จนสุดท้ายที่เขากำลัง เข้าสู่ระยะท้ายแล้วก็ยังไม่ได้มีการคุยกัน ทำให้ พอจะตัดสินใจในระยะเวลาสั้น ๆ นั้น อาจเกิดการ

ลังเลเปลี่ยนใจ และกลายเป็นต้องแก้ปัญหา เฉพาะหน้าไปก่อนอะไรทำนองนี้” ID12FGD

2) การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการให้ข้อมูลอย่าง ต่อเนื่องและเพียงพอจะช่วยให้ญาติเข้าใจในภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นจริงและทราบถึงผลที่จะตามมา ทำให้สามารถญาติไม่ลังเลในการตัดสินใจระยะท้าย

“น้องจะให้ข้อมูลทุกอย่างกับญาติ ทุกครั้ง และ เมื่อเวลาตัดสินใจเขาจะพร้อม” ID13FGD

3) การสนับสนุนจากทีมการดูแลแบบประคับ ประคอง

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าทีมการดูแลแบบ ประคับประคองมีส่วนช่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย สามารถให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยและ ครอบครัวที่เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจระยะท้ายได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการข้อมูล เชิงลึก หรือการดูแลจัดการอาการหลังยุติการรักษา เนื่องจากทีมการดูแลแบบประคับประคอง มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า

“ในกรณีที่เคสอยู่ยาก จะให้พี่...(จากศูนย์การ ดูแลแบบประคับประคอง) คุย เช่น เคสที่ญาติ ลังเล สองจิตสองใจ จำเป็นต้องให้พี่ (จากศูนย์การ ดูแลแบบประคับประคอง)...มาช่วย โดยประมาณ 50/50 เหตุผลที่ต้องตามพี่(จากศูนย์การดูแล แบบประคับประคอง) เพราะพี่มีทั้งความรู้และ ประสบการณ์ มีวิธีการสื่อสาร” ID12FDG

4) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็น คล้ายกันว่า การที่โรงพยาบาลมีการกำหนดแนวปฏิบัติ การยุติการรักษา ที่ชัดเจนและมีบันทึกคำสั่งการรักษา

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย
ที่ตัดสินใจยุติการรักษา: กรณีศึกษา

ของแพทย์รองรับ ทำให้ทีมการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมาย การดูแลตรงกัน พยาบาลสามารถปฏิบัติการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างมั่นใจ พยาบาลผู้ให้ข้อมูล เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเพื่อยุติการรักษาและการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันดีกว่าในอดีต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในวาระท้ายที่ดีกว่าเดิม เพราะมีแนวปฏิบัติและแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน นอกจากนี้การมีปฏิบัติทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยปราศจากความรู้สึกขัดแย้งทางในการดูแล

“เมื่อก่อนมันยากเพราะมันไม่มียา ไม่มีการเตรียม ความพร้อม...การปฏิบัติปัจจุบันมีแนวทางชัดเจน ดีกว่าในอดีต ...แนวทางการดูแลที่ช่วยบรรเทา ความทุกข์ทรมาน ทำให้เรารู้ว่าเราจะทำอะไรให้ คนไข้ได้บ้าง ปัจจุบันที่เรามี PC guideline ทำให้ เราทำงานไม่ยาก ทั้งทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ แนวทางไปในทางเดียวกัน รายงาน assessment score ก็เข้าใจตรงกัน พอมี guideline ชัดเจน มี standing order และมีแพทย์ palliative care ที่ ช่วยยกไลน์กรอง order อีกชั้น เราก็จะสามารถ ทำตามได้เลย ก็ช่วยได้เยอะค่ะ” ID16FGD

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การยอมรับการตัดสินใจร่วมกันของครอบครัว

การยอมรับการตัดสินใจร่วมกันของครอบครัว เป็นปัจจัยที่พยาบาลส่วนหนึ่งเห็นว่าส่งผลต่อการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านอย่างราบรื่น โดยพยาบาลจะเริ่ม ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการยุติการรักษาเมื่อมีการ บันทึกรายการตัดสินใจ เนื่องจากมีหลายครั้งที่พบว่ามี ความขัดแย้งในการตัดสินใจระยะท้ายภายในครอบครัว ระหว่างการรักษาเพื่อยื้อชีวิตและการยุติการรักษา

“ก่อนที่จะทำ (ยุติการรักษา) เขา (ครอบครัว) ตกกลางกันแล้ว ตกกลางชัดเจนแล้ว เราถึงทำเพราะ บทบาทตรงนี้เป็นบทบาทของเราแล้ว เพราะ ถ้าเขายังตกลงใจไม่ชัดเจน เราไม่ทำ” ID12FGD

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแล

เมื่อสอบถามความรู้สึกของการมีส่วนร่วมใน การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านแก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่ ยุติการรักษา สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น 1) ได้ทำบุญ 2) ผิดบาปในใจ 3) ขัดแย้งในใจ

1) ได้ทำบุญ

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเป็นบุญที่ได้ทำตาม ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ได้จัดการสิ่งที่ค้างค้ำใจ ให้ผู้ป่วย และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้รู้สึกผิดบาป หรือ ขัดแย้งทางจิตใจ

“เรารู้สึกดีทุกเคสนะ มีความสุขที่ได้ส่งเขาไปอย่าง ที่เขาต้องการ ญาติก็มีมาขอบคุณเรา เราคิดว่า มันไม่ใช่เรื่องบังเอิญ ทุกอย่างมันเป็นเหตุเป็นผล ที่ได้มาดูแลกัน เราก็คือเป็นบุญที่ได้ดูแลเขา เขาก็ขอบคุณเรา เราเลยรู้สึกว่ามันไม่ผิดนะ เพราะเขา พร้อมแล้ว” ID13FGD

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าเดิมเคยมีความรู้สึกผิด เมื่อต้องเป็นผู้ถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยภายหลังที่ ครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจาก ในช่วงปีแรก ที่มาทำงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลอย่างชัดเจน รวมทั้งไม่ได้อบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง ต่อมาเมื่อศูนย์การดูแลแบบประคับประคองได้มี แนวปฏิบัติและจัดประชุมให้ความรู้กับบุคลากรใน การใช้แนวปฏิบัติมากขึ้น ทำให้พยาบาลรู้สึกยอมรับกับ กระบวนการตัดสินใจระยะท้ายและการยุติการรักษา มากขึ้น สิ่งที่ทำให้ไม่รู้สึกผิดคือการมีรูปแบบในการ ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างที่ช่วยยุติการรักษาที่ชัดเจน และครอบคลุม

“มีบ้างที่รู้สึกผิดเหมือนมีส่วนร่วมนิดหนึ่ง... โดยเฉพาะเคสแรก ๆ ที่เราทำ รู้สึกล้มเหลวนิดหน่อย เพราะตอนนั้นสัญญาณชีพเค้ายังดีอยู่เพราะ

ยาช่วยอยู่ พอดคิดว่าช่วยให้เค้าไปสบายไม่ทุกข์
ทรมาน ก็ทำให้เราดีขึ้น เคสหลัง ๆ ไม่รู้สึกผิด
เพราะเป็นกระบวนการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องทำ
ตอนนี้ไม่เป็นไรไม่รู้สึกผิดแล้ว” ID2IdI

2) ชัดแย้งในใจ

พยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง ยอมรับว่ายังมี
ความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ เมื่อให้การดูแลครอบครัว
ที่ตัดสินใจยุติการรักษา ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลมี
ความคิดเห็นที่แตกต่างจากการตัดสินใจของครอบครัว
ผู้ป่วย ทำให้รู้สึกติดค้างในใจ เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วย
มีโอกาสฟื้นหายได้

“ในบางเคส เราไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ
ญาติ คือเราว่าคุณลุงยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้แต่
ต้องการคนดูแล แต่ลูก ๆ สรุปรุ่ยยุติการรักษา...
อะไอย่างเนี่ย เคสนี้เรารู้สึกไม่ดีมาก ตกเองตัวเอง
ไม่ทำให้คนอื่นทำ เป็นเคสที่รู้สึกไม่โอเคกับการ
ยุติการรักษา” ID14FGD

3) ผิดบาปในใจ

พยาบาลผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่มีประสบการณ์ใน
การทำงานเพียง 2 ปี เล่าว่า รู้สึกผิดบาปในใจ แม้ว่า
จะมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจยุติการรักษา และ
การดูแลหลังยุติการรักษา โดยยอมรับว่าไม่สามารถที่จะ
เป็นผู้ปลดเอาท่อช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยเนื่องจาก
เห็นว่าเป็นการกระทำที่มีผลต่ออารมณ์ที่สุดชีวิตของผู้ป่วย

“เป็นเคสแรกของฉัน ตอนนั้นน้องเป็นคน release
cup แล้วให้ญาติ off tube เพราะน้องยังรู้สึกไม่
ดีที่จะทำ ถ้าน้อง off tube ยังรู้สึกว่าเขา “ทำ” เขา ...
เพราะยังรู้สึกกับไม่ได้ที่เขา death ไปต่อหน้า
ต่อตาเรา... แต่ถ้าไม่ต้องทำเองได้ก็จะดีกว่า น่าจะ
สบายใจกว่า ความไม่สบายใจนั้นก็ยังคงมาจาก
รู้สึกบาป ถึงแม้ว่าจะเข้าใจก็ตามว่ามันเป็นตาม
แผนการรักษา” ID2IdI

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายที่มีการตัดสินใจยุติ
การรักษาเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย โดยพยาบาล
จะสร้างสัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วยเพื่อให้เกิด
ความไว้วางใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ
การรักษาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติเข้าใจ
ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้เมื่อการรักษา
ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคได้ จึงเป็น
จุดเปลี่ยนสู่การดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย
แพทย์ผู้รักษาได้ส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับ
ประคอง ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะทำหน้าที่
ประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยได้แก่สมาชิก
ครอบครัว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมการดูแล
แบบประคับประคองในการประชุมครอบครัว เพื่อ
กำหนดเป้าหมายการดูแล ซึ่งนำมาสู่การยอมรับความ
เจ็บป่วยของผู้ป่วย และการตัดสินใจยุติการรักษา
สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลจะใช้
ประสบการณ์ในการคาดการณ์ถึงวิถีความเจ็บป่วย
ของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ให้ข้อมูลกับญาติเป็นระยะ ๆ
เพื่อให้ญาติได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการของ
ผู้ป่วยและเตรียมญาติสำหรับการประชุมครอบครัว^{10,14,16}
ซึ่งการพยาบาลระยะนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการ
ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่
ให้ความสำคัญกับการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง
เข้ากับการดูแลรักษาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม โดยจะบูรณาการ
การดูแลแบบองค์รวม การสื่อสารเกี่ยวกับเป้าหมาย
การดูแล การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
ช่วงเปลี่ยนผ่าน²⁴

ภายหลังครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษา พยาบาล
ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยสื่อสารการตัดสินใจ
ยุติการรักษา กับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งทางวาจาและเอกสาร

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^{10,14} นอกจากนี้ พยาบาลยังให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องการบริหารยา เพื่อจัดการควบคุมอาการผู้ป่วย และการส่งเสริมความสุขสบาย และการดูแลตามความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ หรือกรณีที่ต้องจัดการให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยพยาบาลจะให้การดูแลประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามเยี่ยม รวมทั้งทีมการดูแลแบบประคับประคองจะโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการถนอมการรักษาเพื่อยืดชีวิตระดับสากล¹ ที่ระบุว่าทีมการดูแลจะต้องบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ กำจัดความไม่สบายที่เกิดจากการถอดท่อช่วยหายใจ และจัดการควบคุมอาการอย่างเหมาะสมจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ รวมทั้งพยาบาลให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจของญาติ เนื่องจากพยาบาลเข้าใจถึงผลกระทบทางจิตใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตท้าย และเห็นว่าญาติคือบุคคลสำคัญที่ต้องการการดูแลจากพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย¹¹

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติที่พยาบาลเห็นว่ามีผลต่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านอย่างราบรื่นประกอบด้วย ญาติด้านระบบการดูแล ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรก การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ การสนับสนุนจากทีมการดูแลแบบประคับประคอง การมีแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลไอซียูต้องการการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพในกระบวนการยุติการรักษา²⁵ และ ญาติด้านครอบครัว การยอมรับการตัดสินใจร่วมกันของครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การตัดสินใจ

ของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคและความท้าทายในการดูแลแบบประคับประคองในการส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบในหอผู้ป่วยไอซียูสำหรับพยาบาล^{13,26} ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนการวิเคราะห์แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่พบว่าการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสมต้องอาศัยหลายปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพและด้านสนับสนุนทางสังคม²⁷

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลระยะท้ายในครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษาพบว่าพยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกผิด รู้สึกเป็นบุญที่ได้ทำตามสนองความต้องการของผู้ป่วย และญาติ ได้ทำสิ่งที่ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยต้องการในระยะท้ายของชีวิต ได้จัดการสิ่งที่ค้างค้างคาใจให้ผู้ป่วย ความรู้สึกนี้มักพบในพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีอายุมากกว่า 30 ปี และมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติการรักษาในผู้ป่วยมากกว่า 5 ราย พยาบาลผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าส่วนหนึ่งเกิดจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้รู้สึกว่าได้ปฏิบัติตามหน้าที่และช่วยให้ผู้ป่วยได้สุขสบายก่อนเสียชีวิต สนับสนุนข้อค้นพบที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลรู้สึกสะทอนใจในการถอดเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยเห็นว่าการดูแลดังกล่าวช่วยส่งเสริมคุณภาพการตายของผู้ป่วย และประสบการณ์ของครอบครัวต่อการตายและความตาย²⁸ อย่างไรก็ตามมีพยาบาลผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งรู้สึกผิดและขัดแย้งในจิตใจ เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการยุติการรักษา ซึ่งจะพบในพยาบาลผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 5 ปี และยังไม่ได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง และเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการยุติการรักษาเป็นความล้มเหลว และรู้สึกผิดที่ไม่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁵ ที่พบว่าพยาบาลจะรู้สึกถึงเครียด

และมีความขัดแย้งในใจเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ยุติ
การรักษา

สรุป

พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลระยะเปลี่ยน
ผ่านสู่การดูแลระยะท้ายของชีวิตในครอบครัวที่ตัดสินใจ
ยุติการรักษา โดยการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านแบ่งออกเป็น
2 ระยะได้แก่ระยะก่อนการตัดสินใจ และระยะหลัง
การตัดสินใจยุติการรักษา โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดูแล
ระยะเปลี่ยนผ่านจากรักษาเพื่อการฟื้นหายเป็นการดูแล
แบบประคับประคองระยะท้ายอย่างราบรื่นประกอบด้วย
ปัจจัยด้านระบบการดูแล และปัจจัยด้านครอบครัว
นอกจากนี้การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะเปลี่ยน
ผ่านส่งผลให้พยาบาลมีความรู้สึกทั้งด้านบวก และ
ด้านลบ ได้แก่ รู้สึกได้ทำบุญ รู้สึกขัดแย้งและ รู้สึกผิด
บาปในใจ

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลควรจัดให้มีการพัฒนาแนว
ปฏิบัติดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลแบบประ
คับประคองในผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจยุติ
การรักษา

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแล
แบบประคับประคองแก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน
ในหอผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรู้สึก
ไม่มั่นใจในการสื่อสารข้อมูลและรู้สึกขัดแย้งต่อการ
ตัดสินใจยุติการรักษาและเสริมสร้างความเข้มแข็งใน
การทำงานเป็นที่ระหว่างพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
และทีมการดูแลแบบประคับประคอง

3. ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแล
ผู้ป่วยและครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษาต่อความรู้
คุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง และศึกษา
คุณภาพชีวิตของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
และครอบครัวที่ตัดสินใจยุติการรักษา

References

1. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med.* 2016;42(6):1003-17. doi: 10.1007/s00134-016-4330-7.
2. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;190(8):855-66. doi: 10.1164/rccm.201403-0593CC.
3. Lobo SM, De Simoni FHB, Jakob SM, Estella A, Vadi S, Bluethgen A, et al. Decision-making on withholding or withdrawing life support in the ICU: a worldwide perspective. *Chest.* 2017;152(2):321-9. doi: 10.1016/j.chest.2017.04.176.
4. National Health Broad. Operational definition on palliative care for Thais 2020. Bangkok: Royal Gazette; 2020. (in Thai)
5. Ferrell BR. Transitions. *J Hosp Palliat Nurs.* 2021;23(2):109-10. doi: 10.1097/NJH.0000000000000740.
6. Fringer A, Hechinger M, Schnepf W. Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families - a qualitative meta-synthesis. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):22. doi: 10.1186/s12904-018-0275-7.
7. Kirby E, Broom A, Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ open.* 2014;4(9):e006026. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006026.
8. Ransie K, Bloomer M, Coombs M, Endacott R. Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: a survey of information provided to families by Australasian critical care nurses. *Aust Crit Care.* 2016;29(4):210-6. doi: 10.1016/j.aucc.2016.08.006.

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย
ที่ตัดสินใจยุติการรักษา: กรณีศึกษา

9. Arbour RB, Wiegand DL. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(4):211-8. doi: 10.1016/j.iccn.2013.12.002.
10. Peden-McAlpine C, Liaschenko J, Traudt T, Gilmore-Szott E. Constructing the story: how nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU – a narrative study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(7): 1146-56. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.015.
11. Vanderspank-Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: a systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Stud.* 2018;77:15-26. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012.
12. Nupinit W, Nilmanat K, Mutchim Y. Selective factors related to intensive care units' registered nurses' competency in caring for terminally ill patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2017;32(4):94-109. (in Thai)
13. Maeroh N, Kongsuwan W, Yodchai K. Barriers in providing palliative care in intensive care units: nurses' experiences. *Songklanagarind Journal of Nursing.* 2017;37(3):74-82. (in Thai)
14. Peerakavee N, Udchumpisai M. Decision making experiences of critical care nurses during transition from advanced life support to end-of-life care. *Journal of Nursing Science & Health.* 2020;43(2): 13-24. (in Thai)
15. Miller JJ, Morris P, Files DC, Gower E, Young M. Decision conflict and regret among surrogate decision makers in the medical intensive care unit. *J Crit Care.* 2016;32:79-84. doi: 10.1016/j.jcnc.2015.11.023.
16. Kaewmafai J, Piyawattanapong S. Development of supporting guidelines for surrogate decision makers on end-of-life treatment for older people admitted at medical unit in a tertiary care hospital. *Journal of Nursing and Health Care.* 2014;32(1): 127-36. (in Thai)
17. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2015; 41(9):1572-85. doi:10.1007/s00134-015-3810-5.
18. Yin RK. *Case study research: design and methods.* Los Angeles, CA: Sage; 2014.
19. Brogan P, Hasson F, McIlpatrick S. Lessons learnt: examining the use of case study methodology for nursing research in the context of palliative care. *J Res Nurs.* 2019;24(6):446-59. doi: 10.1177/1744987119867737.
20. Thammachote P, Nilmanat K, Khaw T, Chuaytaen T, Sae-chit K. Clinical situation of withdrawal treatment in palliative care patients Songkhla: Songkhla hospital; 2021 [September]. Available from: <https://www.skhospital.go.th/wp-content/uploads/2021/01/journal-20210129.pdf>. (in Thai)
21. Morse JM. *Strategies for sampling. Qualitative nursing research: A contemporary dialogue,* Rev ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1991. p. 127-45.
22. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills, Calif: Sage Publications; 1985.
23. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
24. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, van Dusseldorp I, Bensemmane S, et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients – a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2019;8(1): 148. doi: 10.1186/s13643-019-1064-y.
25. Taylor IHF, Dihle A, Hofso K, Steindal SA. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020; 56:102768. doi: 10.1016/j.iccn.2019.102768.
26. Brooks LA, Manias E, Nicholson P. Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Aust Crit Care.* 2017; 30(3):161-6. doi:10.1016/j.aucc.2016.08.001.

27. Shahsavari H, Zarei M, Aliheydari Mamaghani J. Transitional care: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Int J Nurs Stud.* 2019;99:103387. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103387.
28. Hayes M, Oakjones-Burgess K, Subhas S, Checkley W, Brower R. Nursing perceptions and satisfaction with terminal extubation in the medical intensive care unit: phase I of a quality improvement project. *Chest.* 2014;146:726A