



ประสบการณ์ของครอบครัวในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย ประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์: การวิจัยเชิงคุณภาพ

สมัญญา ชันรักษา พย.ม.¹ ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ พย.ม.²

วรศยา แก่นนาคำ พย.บ.¹ ยุภาภรณ์ สายแสน พย.บ.¹

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.³ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พ.บ.,ว.ว.⁴

(วันรับบทความ: 23 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 20 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติอย่างรุนแรง งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยประคับประคอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลหลัก 10 ราย และวิเคราะห์แก่นแท้ของประสบการณ์ด้วยแนวคิดของโคไลซ์ซี ทั้งนี้ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba ครอบคลุมความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอน ความเชื่อมั่นได้ และความยืนยันได้ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเ้าการยืนยันผลกับผู้ให้ข้อมูล และการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ของครอบครัวแบ่งออกเป็น 5 ช่วงสำคัญ ได้แก่ 1) ระยะเผชิญวิกฤต: แม้จะตระหนักและรู้สึกไร้อำนาจต่อรองแต่ยังฝากความหวังไว้กับการรักษา 2) ระยะเผชิญความจริง: เมื่อเห็นความลำบากของผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สายระโยงระยางทำให้เกิดความทุกข์ใจ 3) ระยะหาทางออก: ความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลที่โปร่งใสและแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพ 4) ระยะสิ้นสุดการยื้อ: ความสงบในช่วงลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วยช่วยเยียวยาจิตใจคนข้างหลัง และ 5) ระยะปรับตัว: การดูแลที่มีคุณภาพช่วยให้ข้ามผ่านความเศร้าโศกได้อย่างมั่นคง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงโดยทีมประคับประคอง คือกุญแจสำคัญที่ช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวกและลดบาดแผลทางใจหลังการสูญเสีย

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง การตัดสินใจ ครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย ท่อช่วยหายใจ ประสบการณ์ ปรากฏการณ์วิทยา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

⁴รองศาสตราจารย์ หัวหน้าหน่วยการุณรักษ์ ศูนย์บริการทางการแพทย์ขั้นเลิศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: paripi@kku.ac.th Tel: 081-2566169



Experiences of Families with End-of-Life Extubation Decision-Making within the Palliative Care ward, Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital: A Qualitative Study

Samunya Khanrugsa M.N.S.¹ Varissaya Kannakharn B.N.S.¹

Yupaporn Saysaen B.N.S.¹ Parichart Piasupun M.N.S.²

Bumpenchit Sangchart D.N.S.³ Srivieng Pairojkul M.D.⁴

(Received Date: December 23, 2025, Revised Date: March 4, 2026, Accepted Date: March 20, 2026)

Abstract

Withdrawal of mechanical ventilation in end-of-life patients is a sensitive issue that profoundly impacts families psychologically. This qualitative research aimed to understand family members' experiences during the decision-making process and situations that occur within the palliative care unit at the Karunruk Palliative Care Center of Srinagarind Hospital. Using a phenomenological approach, 10 participants were purposively selected from family members who had been involved in extubation decision-making and received hospital-based palliative care. Data were collected through in-depth interviews until data saturation was reached and analyzed using Colaizzi's method. Trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria, encompassing credibility, transferability, dependability, and confirmability through data triangulation, member checking, and peer debriefing.

Results: The family's journeys were divided into 5 critical phases: 1) Crisis phase: Despite feeling shocked and powerless to negotiate, families still placed hope in treatment; 2) Reality confrontation phase: Witnessing the patient's suffering through being dependent on numerous medical devices caused psychological distress; 3) Solution-seeking phase: Confidence in decision-making emerged when receiving transparent information and support from the healthcare team; 4) Letting go phase: Peacefulness during the patient's final breaths provided healing for those left behind; and 5) Adjustment phase: Quality care helped families navigate through grief with stability. Effective communication and genuine family involvement by the palliative care team are key factors in creating positive experiences and reducing psychological trauma following loss.

Keywords: decision-making, family experiences, mechanical ventilation, palliative care, terminally ill patients, phenomenology

¹Registered Nurse, Professional Level, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

³Associate Professor, Independence Scholar.

⁴Associate Professor, Head of Karunruk Palliative Care Center, Special Medical Center, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

²Corresponding author, E-mail: paripi@kku.ac.th Tel: 081-2566169



บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยเพิ่มคุณภาพชีวิตและรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่¹ การตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation withdrawal) เป็นหนึ่งในประเด็นที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อนที่สุดในกระบวนการตัดสินใจภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง^{2,3} ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะผู้ประเมินความต้องการของครอบครัว ผู้สื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพตลอดกระบวนการตัดสินใจ การตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะท้ายมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้เอง ทำให้ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision-makers)⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจ พบว่า กระบวนการนี้ก่อให้เกิดภาระทางจิตใจอย่างมาก ทั้งความรู้สึกผิด ความสับสน และความทุกข์ทรมานจากการต้องเลือกระหว่างการยืดชีวิตกับการปล่อยให้ผู้ป่วยจากไป^{5,6} นอกจากนี้ การขาดข้อมูล การสื่อสารไม่เพียงพอ และการไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังส่งผลต่อการปรับตัวหลังสูญเสียในระยะยาว^{7,8} ผลจากงานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงรุก การประเมินภาวะจิตใจของครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องภายหลังการสูญเสีย เพื่อลดภาระทางจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมในบริบทของประเทศไทยและเอเชียยังมีจำกัด โดยเฉพาะการทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจตลอดกระบวนการตั้งแต่ก่อนการตัดสินใจจนถึงหลังการสูญเสีย การศึกษาล่าสุดในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ประกอบด้วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การไร้หนทางรักษา การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลแบบประคับประคอง^{5,9} อย่างไรก็ตาม ยังขาดการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์โดยรวมของครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลในระยะท้าย โดยเฉพาะในมิติของพยาบาล ยังขาดข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวในแต่ละช่วงของกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการระบุจุดที่พยาบาลสามารถเข้าไปสนับสนุนได้อย่างตรงจุดและทันเวลา ซึ่งช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวน่าสู่การวิจัยครั้งนี้ที่เลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าถึงความหมายและประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวอย่างลึกซึ้ง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในปัจจุบันเน้นความสำคัญของการดูแลครอบครัวเป็นหน่วยของการดูแล (Family as a unit of care) โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ¹⁰ ในบริบทนี้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลต่อเนื่อง (Care coordinator) ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในแง่การประเมินความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา และการดูแลเฝ้าระวังครอบครัวทั้งก่อนและภายหลังการสูญเสีย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีทีมประคับประคองที่ให้การสนับสนุนอย่างมีคุณภาพตั้งแต่เริ่มต้น ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ และส่งผลดีต่อการปรับตัวหลังสูญเสีย¹¹ นอกจากนี้ ประสบการณ์ "การตายดี" (Good death) สามารถช่วยให้ครอบครัวข้ามผ่านความสูญเสียได้ดีขึ้นและพร้อมแบ่งปันประสบการณ์เชิงบวกแก่ผู้อื่น¹²

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์จัดตั้งเพื่อให้บริการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ (Removal of mechanical ventilator in dying patients) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557¹³ เพื่อปลดปล่อยผู้ป่วยจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และยืดการตาย บริการที่ให้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและทีมสุขภาพ การประชุมครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการติดตามดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย อย่างไรก็ตาม แม้จะมีระบบบริการที่พัฒนาแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบในแง่ของประสบการณ์เชิงลึกของครอบครัวตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า การสนับสนุนจากพยาบาลและทีมการุณรักษ์ในแต่ละช่วงเวลานั้นตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด จากข้อมูลระหว่างกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยมาขอรับ



คำปรึกษาที่ศูนย์การณรักษ์ 129 ราย และมีครอบครัวตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและเลือกรับการดูแลที่หอผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาล 31 ราย (ร้อยละ 48.43) แม้จะมีจำนวนมาก แต่ยังคงขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์โดยรวมของครอบครัว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลครอบครัวอย่างตรงจุด และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล การเสริมสร้างสมรรถนะของทีมสุขภาพ และการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างแท้จริง

งานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แนวทางการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งมุ่งเข้าถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของสมาชิกครอบครัวตามที่พวกเขารับรู้และถ่ายทอดออกมาโดยตรง โดยปราศจากการตีความล่วงหน้าจากผู้วิจัย วิธีการนี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาระบบการตัดสินใจที่มีความหมายเฉพาะบุคคลและมีมิติทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณหรือการทบทวนเอกสารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างสมบูรณ์ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นฐานความรู้เชิงประสบการณ์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารการประเมิน และการสนับสนุนครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการตัดสินใจของครอบครัวในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้แนวทางการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenological approach) ตามแนวคิดของ Husserl ที่มุ่งเข้าถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิตตามที่ผู้มีประสบการณ์รับรู้โดยตรง โดยปราศจากการตีความล่วงหน้าจากผู้วิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Colaizzi วิธีการนี้มีความเหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนทางอารมณ์และจริยธรรม เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะบุคคลและมีมิติทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม และเลือกใช้วิธีศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วระหว่าง 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต และได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลของศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ให้ข้อมูล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลแบบประคับประคองของศูนย์การณรักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ 2) เป็นผู้ตัดสินใจหลักหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้มีส่วนร่วมกับการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลแบบประคับประคองของศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย หรือมีภาวะจิตใจที่ไม่พร้อมสำหรับการสัมภาษณ์ในช่วงเวลานั้น การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในมิติต่าง ๆ ทั้งในส่วนของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศและอายุของผู้ป่วย สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะเวลาการเสียชีวิตภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อใช้เป็นแนวทางการประกอบการเก็บข้อมูล โดยในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จะประกอบด้วยแนวคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานการณ์สุขภาพ โรคประจำตัว ลักษณะนิสัย ความต้องการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจทั้งผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ส่วนแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย แนวคำถามที่สำรวจประสบการณ์ ความนึกคิด ความต้องการ ความคาดหวัง อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาต่างๆ ตลอดกระบวนการดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ช่วงสร้างความไว้วางใจและเก็บข้อมูลพื้นฐาน 2) ช่วงสำรวจประสบการณ์หลักตามกรอบการดำเนินเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนจนถึงภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ และ 3) ช่วงสรุปและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมสิ่งที่ต้องการสื่อสาร ตัวอย่างคำถามหลัก “ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ ครอบครัวท่านรู้สึกอย่างไร และมีความคิดหรือความต้องการอะไรในช่วงนั้น ” คำถามย่อย “ตอนที่หมอแนะนำให้ใส่ท่อช่วยหายใจ มีเวลาคิดไตร่ตรองมากน้อยแค่ไหน” / “ความรู้สึกในตอนนั้นเป็นอย่างไร” เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวคำถามเป็นเครื่องมือวิจัยแต่ผู้วิจัยก็เปิดโอกาสให้มีคำถามหรือการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผลมาจากแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยด้วย

บทบาทของผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลักของการวิจัย ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและตีความข้อมูล ดังนั้นการสะท้อนตนเองและการลดอคติของผู้วิจัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี และผ่านการฝึกอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา และการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทีมผู้วิจัยประกอบด้วยนักวิจัยที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน ทั้งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการอิสระผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งช่วยให้เกิดการตรวจสอบในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึก Reflexive journal ตลอดกระบวนการวิจัยเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึก และอคติส่วนตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อตีความข้อมูล และใช้วิธีการ Bracketing เพื่อแยกประสบการณ์ส่วนตัวออกจากกระบวนการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยนี้ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนามาจากความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาจากการประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยและทีมประคับประคองที่ผ่านการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติมาหลายปี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบถามความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเนื้อหาแล้ว โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Content Validity Index = 0.85)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม พ.ศ. 2566 -ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและรับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล ซึ่งจะผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่กำหนด และใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

2. ผู้วิจัยโทรศัพท์หาผู้ให้ข้อมูลด้วยตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ขั้นตอนและรูปแบบการเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับการเข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจก่อนจะนัดหมายโทรศัพท์สอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งต่อไป



3. ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวันและเวลาสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการนัดหมาย การให้ข้อมูล พร้อมกับเสนอทางเลือกการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีทั้งการโทรศัพท์ การประชุมออนไลน์ หรือการนัดสัมภาษณ์ออนไลน์ที่ห้องประชุมศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยเป็นการตัดสินใจตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่สัมภาษณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการควบคุมคุณภาพข้อมูลโดย 1) ใช้แพลตฟอร์มที่มีระบบบันทึกเสียงในตัวพร้อมบันทึกเสียงสำรองด้วยอุปกรณ์แยกต่างหากอีก 1 เครื่อง 2) ตรวจสอบความชัดเจนของสัญญาณก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และ 3) หากสัญญาณขัดข้องระหว่างสัมภาษณ์ จะหยุดและนัดหมายใหม่ในทันทีจากผู้ให้ข้อมูล 10 ราย มีผู้ให้ข้อมูลที่สัมภาษณ์แบบพบตัว (Onsite) จำนวน 6 ราย และสัมภาษณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ (Online) จำนวน 4 ราย

4. เมื่อถึงวันนัดหมายให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย แจ้งระยะเวลาการสัมภาษณ์ จะใช้เวลา 45-60 นาที การขออนุญาตบันทึกเสียงและการทำลายไฟล์เสียงเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย การปกป้องข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่นำไปสู่การระบุตัวตนได้ และผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้เสมอโดยไม่ผลกระทบบใด ๆ การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัย (ปาริชาติ เพียสุพรรณ) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยการพยาบาลระดับประคองและมีความคุ้นเคยกับบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้วิจัยมีความสัมพันธ์ ทางวิชาชีพกับบางครอบครัวในฐานะพยาบาลผู้ดูแลในทีมการณรักษ์ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Bracketing อย่างเข้มงวดก่อนและระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อแยกบทบาทของพยาบาลออกจากบทบาทของนักวิจัย และมุ่งรับฟังประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเปิดกว้างโดยปราศจากอคติจากความรู้สึกหรือความคาดหวังที่มีต่อกรณีนั้น ๆ ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายวิชาการระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพระดับบัณฑิตศึกษา และมีการฝึกซ้อมการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกหลักจำนวน 1 ครั้ง และมีการติดตามสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์อีก 1-2 ครั้งต่อราย เพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือตรวจสอบความถูกต้องของการตีความเบื้องต้น ทั้งนี้เมื่อเริ่มกระบวนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะจดบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกส่วนตัว และเริ่มคำถามสัมภาษณ์จากคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงเข้าสู่คำถามที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจ เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้สอบถาม พูดคุย หรือแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย และทำการปิดการสัมภาษณ์เมื่อทั้งสองหมดข้อสงสัยหรือคำถามแล้ว นอกจากนี้ เนื่องจากประเด็นการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความตายและความสูญเสียซึ่งมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงเตรียมมาตรการรองรับภาวะอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ การหยุดพักการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการรุนแรง การให้เวลาระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่โดยไม่เร่งรัด และการมีข้อมูลการส่งต่อบริการสุขภาพจิตเตรียมไว้ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะติดตามสอบถามความเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการสัมภาษณ์ทุกราย

5. หลังจากนั้นได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่รับมาเขียนบันทึกสนาม (Fieldnote) เพื่อบันทึกประเด็น ประสบการณ์ และข้อค้นพบสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลที่รับมาแต่ละครั้งและทุกครั้งเพื่อการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

6. เมื่อเก็บข้อมูลจนอิ่มตัว โดยกำหนดว่าข้อมูลอิ่มตัวเมื่อการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ไม่ปรากฏประเด็นความหมาย หรือรูปแบบประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากที่พบก่อนหน้านี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบจุดอิ่มตัวนี้ร่วมกันในทีมผู้วิจัย หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 และ 9 และยืนยันว่าข้อมูลอิ่มตัวหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 หรือได้ข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกันจนไม่มีข้อสรุปที่ต่างออกไปแล้ว ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลรวมของผู้ให้ข้อมูลทุกคน และจัดหมวดหมู่ข้อค้นพบตามประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเขียนรายงานผลการศึกษาต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Colaizzi ผ่านกระบวนการดังนี้ 1) ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและอ่านซ้ำหลายรอบเพื่อซึมซับความหมาย 2) ระบุข้อความที่มีนัยสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การตัดสินใจ 3) แปลงข้อความเหล่านั้นให้เป็นนิยามที่ชัดเจน 4) รวบรวมความหมายที่คล้ายคลึงกันจัดเป็นกลุ่มประเด็น (Theme clusters) 5) บูรณาการประเด็นทั้งหมดเพื่อพรรณนาโครงสร้างของประสบการณ์ให้รอบด้าน 6) กลั่นกรองหัวใจสำคัญของปรากฏการณ์ และ 7) นำผลการวิเคราะห์กลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความถูกต้องแม่นยำ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการด้วยวิธีการวิเคราะห์ด้วยตนเอง (Manual analysis) โดยไม่ใช้โปรแกรมซอฟต์แวร์ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสัมผัสกับข้อมูลได้อย่างใกล้ชิดและลึกซึ้ง กระบวนการสร้างประเด็น (Theme development) มีการบันทึก Decision trail อย่างเป็นระบบใน 3 รุ่น (Version) ได้แก่ รุ่นที่ 1 การระบุข้อความสำคัญและนิยามเบื้องต้น รุ่นที่ 2 การจัดกลุ่มประเด็นและทบทวนร่วมกับทีมผู้วิจัย และรุ่นที่ 3 การยืนยันประเด็นสุดท้ายภายหลังการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยทั้งหมดร่วมกันอภิปรายและตรวจสอบการตีความข้อสรุปและประเด็นที่ค้นพบกับข้อมูลต้นฉบับอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

ความน่าเชื่อถือ การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba^{14,15} โดยครอบคลุม 4 ด้าน ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการหลายประการ ได้แก่ 1) การใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 18 เดือน โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกหลักจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที และมีการติดตามสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์อีก 1-2 ครั้งต่อราย เพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) คือเมื่อการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ไม่ปรากฏประเด็นหรือความหมายใหม่ที่แตกต่างจากที่พบก่อนหน้านี้ 2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ซึ่งครอบคลุมทั้งสามมิติ ได้แก่ มิติแหล่งข้อมูล (Source triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย บันทึกสนาม และเอกสารทางการแพทย์ มิติวิธีการ (Method triangulation) โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกสนามควบคู่กัน และมิติผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยให้ผู้วิจัยหลายคนที่มีภูมิหลังต่างกันทั้งแพทย์และพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์และตีความข้อมูลอย่างอิสระก่อนนำข้อสรุปมาเปรียบเทียบกัน 3) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยคำนึงถึงความหลากหลายของประสบการณ์ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เชิงบวก ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ยังติดขัด และผู้ที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาที่แตกต่างกันภายหลังการถอดท่อนช่วยหายใจ เพื่อป้องกัน Selection bias และให้มั่นใจว่าการตีความสะท้อนความหลากหลายของประสบการณ์อย่างครบถ้วน และ 4) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยนำเสนอกระบวนการวิเคราะห์และผลการศึกษาต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลแบบประคับประคองเพื่อรับข้อเสนอแนะ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยได้อธิบายบริบทการศึกษา ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน รวมทั้งได้เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในด้านอายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประเภทโรคของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล

3. ความเชื่อมั่นได้ (Dependability) ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นได้โดย 1) การบันทึกเส้นทางการตรวจสอบ (Audit trail) อย่างละเอียด ตั้งแต่การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล จนถึงการสรุปผล 2) การประชุมทีมผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนกระบวนการวิจัยและข้อค้นพบ และ 3) การเก็บรักษาข้อมูลดิบ บันทึกสนาม และเอกสารการวิเคราะห์ทั้งหมดอย่างเป็นระบบ



4. ความยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยรักษาความเป็นกลางโดยการตระหนักรู้และสะท้อนคิด (Reflexivity) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกความคิด ความรู้สึก และอคติส่วนตัวที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีความข้อมูลในสมุดบันทึก Reflexive journal ตลอดกระบวนการวิจัย 2) การใช้ผู้วิจัยหลายคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อลดอคติส่วนบุคคล และ 3) การรักษาหลักฐานการตรวจสอบที่ชัดเจน เชื่อมโยงผลการศึกษากับข้อมูลดิบได้ นอกจากนี้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ระบุบทบาทและประสบการณ์ของตนเองในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองไว้อย่างชัดเจน และใช้วิธีการ Bracketing เพื่อแยกประสบการณ์และความเชื่อส่วนตัวออกจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มีความเปราะบางจากประเด็นการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความตายและความสูญเสียของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการปกป้องและคุ้มครองผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยในขั้นตอนก่อนการเก็บข้อมูล จะมีสอบถามความยินยอมของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเสนอทางเลือกการปฏิเสธโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับผู้ให้ข้อมูลหากไม่สะดวก พร้อมชี้แจงรายละเอียดประเด็นคำถามและการสัมภาษณ์ ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการเก็บข้อมูลหลังผู้ให้ข้อมูลยินยอมแล้วนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงและสอบถามรายละเอียดโครงการวิจัย สอบถามความกังวลหรือสิ่งที่ติดขัดก่อนเริ่มการวิจัย รวมทั้งการชี้แจงการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การขออนุญาตบันทึกเสียง และการทำลายข้อมูลบันทึกเสียงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ตลอดจนแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าหากในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือไม่สะดวกแล้ว สามารถหยุดและถอนตัวจากการวิจัยได้อย่างไม่มีเงื่อนไขหรือคำอธิบาย พร้อมกับยืนยันว่าการถอนตัวของผู้ให้ข้อมูลจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะเก็บผลข้อมูลการศึกษาไว้ 3 ปี ภายหลังจากการวิจัยดำเนินการจนเสร็จสิ้นแล้ว โดยเก็บข้อมูลไฟล์เสียง บันทึกสนทนาในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยซึ่งมีรหัสการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และเมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661182 ณ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

บริบทของหอผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ก่อนนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยขออธิบายบริบทของหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย เนื่องจากบริบทดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปรากฏการณ์ที่ค้นพบ หอผู้ป่วยระดับประคองของศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นหน่วยให้บริการเฉพาะทางที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้มหาวิทยาลัยราชภัฏที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยมีแนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมครอบครัวก่อนการถอดท่อนช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) การประชุมครอบครัว (Family meeting) ที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์อย่างครบถ้วน ชี้แจงทางเลือกการดูแล และรับฟังความกังวลของครอบครัว 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาเยี่ยม 3) การให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อและวัฒนธรรมของครอบครัว และ 4) การดูแลต่อเนื่องภายหลังการสูญเสีย บริบทการดูแลเช่นนี้มีผลต่อประสบการณ์ของครอบครัว โดยเฉพาะปรากฏการณ์ "ความสงบภายหลังการถอดท่อนช่วยหายใจ" ที่ค้นพบในการศึกษานี้ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นผลที่เกิดจากบริบทการดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งเอื้อให้ครอบครัวสามารถคืนบทบาทการดูแลและรับการสนับสนุนเชิงจิตวิญญาณ มากกว่าจะเป็นผลโดยตรงจากการถอดท่อนช่วยหายใจเพียงอย่างเดียว

ลักษณะผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจ

ลักษณะผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจทั้ง 10 ราย มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 71.80 ปี (พิสัยอายุ 3 เดือน–88 ปี) โดยผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 60) ส่วนที่เหลือมาจากจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ มหาสารคาม อุตรดิตถ์ และสกลนคร



ด้านสถานการณ์สุขภาพและเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการกู้ชีพ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะหมดสติที่สาเหตุยังไม่ชัดเจนในขณะนำส่งโรงพยาบาล เหตุผลหลักในการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มนี้คือเพื่อรักษาชีวิตในสภาวะฉุกเฉิน และเปิดโอกาสให้การวินิจฉัยและการรักษาดำเนินต่อไปได้ ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระยะท้ายและเข้ารับการรักษายาวต่อเนื่อง โดยเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มนี้เป็นการตอบสนองต่อภาวะทรุดลงเฉียบพลันของโรคเรื้อรัง และเพื่อให้มีเวลาประเมินสถานการณ์และหารือกับครอบครัวเกี่ยวกับทิศทางการรักษา

ด้านความประสงค์ของผู้ป่วยก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการใส่หรือไม่ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ล่วงหน้า ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) มาก่อน ผู้ป่วยร้อยละ 20 เคยแสดงความประสงค์ด้วยวาจากับครอบครัวว่าไม่ต้องการการรักษาเกินจำเป็นหรือไม่ต้องการยืดชีวิตหากโรครักษาไม่หาย แต่ไม่มีเอกสารบันทึกความประสงค์อย่างเป็นทางการ และผู้ป่วยร้อยละ 10 มีบันทึกข้อมูลการปฏิเสธการรักษาบางประการไว้ในเวชระเบียน แต่ครอบครัวตัดสินใจให้ใส่ท่อช่วยหายใจในสถานการณ์ฉุกเฉินเนื่องจากความกลัวและความไม่พร้อมที่จะเผชิญการสูญเสีย ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถสื่อสารกับครอบครัวได้ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ยังมีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารผ่านการเขียนข้อความหรือภาษากาย เช่น การพยักหน้า กะพริบตา และยกมือ แม้จะไม่สามารถออกเสียงพูดได้ ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 25.90 วัน (พิสัย 5-90 วัน) ภายหลังการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ต่อเป็นระยะเวลาที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยสั้นที่สุด 14 นาที และนานที่สุด 24 วัน

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 10 ราย เป็นสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Surrogate decision-maker) หรือมีส่วนร่วมสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย เพศหญิงร้อยละ 80 และเพศชายร้อยละ 20 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (พิสัย 26-62 ปี) อาชีพของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้าราชการครู ทหาร บุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการเกษียณอายุ และพนักงานบริษัทเอกชน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 20 ที่อาศัยอยู่ต่างถิ่น (จังหวัดระยองและกรุงเทพมหานคร)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจแทน มีความหลากหลาย ได้แก่ บุตร (ร้อยละ 50) คู่สมรส (ร้อยละ 20) หลาน (ร้อยละ 20) และมารดา (ร้อยละ 10) ในจำนวนนี้ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 60 เป็นผู้ตัดสินใจหลักเพียงคนเดียวในนามครอบครัว ส่วนร้อยละ 40 ตัดสินใจร่วมกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพี่น้องและบุตรของผู้ป่วย โดยมีการปรึกษาหารือผ่านการประชุมโดยตรงและการสื่อสารผ่านกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์

ด้านระยะเวลาก่อนการตัดสินใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาในการตัดสินใจนับตั้งแต่ได้รับการแจ้งจากทีมสุขภาพว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายและควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ จนถึงวันที่ยืนยันการตัดสินใจ เฉลี่ยประมาณ 3-14 วัน โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการเวลาไตร่ตรองนานกว่าเนื่องจากต้องรอให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ต่างจังหวัดเดินทางมาพบกันก่อน

ด้านประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 30 เคยมีประสบการณ์ดูแลหรืออยู่ในสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวคนอื่นต้องใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน ซึ่งประสบการณ์เดิมดังกล่าวมีทั้งที่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจและพร้อมรับมือกับสถานการณ์มากขึ้น และในบางรายส่งผลให้เกิดความกลัวและความลังเลมากขึ้นจากการรับรู้ความทุกข์ทรมานที่เคยเห็นในอดีต ส่วนผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 70 ไม่เคยผ่านประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน และต้องเผชิญกับสถานการณ์นี้เป็นครั้งแรกตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยและรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลทุกรายอยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจหลักหรือร่วมตัดสินใจกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ ทั้งการรักษาพยาบาล การถอดท่อช่วยหายใจ การเลือกรับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล รวมถึงการจัดการภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย



ส่วนที่ 2 ประสบการณ์และความหมายของการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ: กระบวนการที่ดำเนินผ่าน 5 ระยะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi สามารถสกัดแก่นแท้ของประสบการณ์ (Essence of experience) ของผู้ให้ข้อมูลออกมาได้เป็นกระบวนการที่ดำเนินต่อเนื่องผ่าน 5 ระยะ โดยแต่ละระยะสะท้อนความหมายของประสบการณ์ที่ครอบคลุมเผชิญในช่วงเวลานั้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ของประสบการณ์ครอบคลุมในการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ

ระยะ (Phase)	ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
บริบทนำ	ความเปราะบางท่ามกลางวิกฤต: รากเหง้าของการตัดสินใจ	• ความตกตะลึงและการไร้ทางเลือกขณะใส่ท่อช่วยหายใจ • ความทุกข์จากการเห็นผู้ป่วยทรมานและสูญเสียความใกล้ชิด
ระยะที่ 1	ความสับสนและการลังเลเมื่อเผชิญ กับการตัดสินใจ	• ความตกใจและไม่พร้อมรับข่าว • ความขัดแย้งระหว่างความรักและการยอมรับความจริง • การยึดติดกับความหวังและปาฏิหาริย์
ระยะที่ 2	การแสวงหาข้อมูลและพื้นที่เพื่อไตร่ ตรอง	• การขอเวลาเพิ่มเติมและการปรึกษาภายในครอบครัว • การต้องการข้อมูลทางการแพทย์ที่ชัดเจนและตรงไปตรงมา • การเผชิญกับแรงกดดันจากทั้งภายในและภายนอก
ระยะที่ 3	รูปแบบการตัดสินใจและปัจจัยที่ กำหนดความมั่นคง	• การตัดสินใจจากฉันทามติของครอบครัว • การตัดสินใจภายหลังได้รับการสนับสนุนจากทีมการุณรักษ์ • การตัดสินใจที่ขาดการมีส่วนร่วม: ข้อกังวลด้านสิทธิและจริยธรรม
ระยะที่ 4	ความสงบของผู้ป่วยในฐานะของขวัญ สุดท้ายแก่ครอบครัว	• การดูแลบรรเทาทุกข์และการฟื้นฟูบทบาทผู้ดูแล • การได้ส่งผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีในบรรยากาศที่อบอุ่น • การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในช่วงเวลาสุดท้าย
ระยะที่ 5	การปรับตัวหลังสูญเสีย: ระหว่างการ งอกงามและการติดขัด	• การปรับตัวที่มั่นคงพร้อมกลายเป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น • การปรับตัวที่ยังติดขัด: คำถามที่ยังไม่มีคำตอบ

หมายเหตุ: ระยะบริบทนำ และระยะที่ 1–2 สะท้อนพื้นที่หลังที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ มิใช่แก่นแท้ของประสบการณ์การตัดสินใจโดยตรง แต่มีความสำคัญในฐานะบริบทที่ช่วยให้เข้าใจกระบวนการตัดสินใจได้อย่างสมบูรณ์

บริบทนำ: ความเปราะบางท่ามกลางวิกฤต รากเหง้าของการตัดสินใจ

ก่อนที่ครอบครัวจะเผชิญกับการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ ล้วนผ่านประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเปราะบางทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง อันได้แก่ การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจในภาวะฉุกเฉินและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์ทั้งสองนี้มีความสำคัญในฐานะรากเหง้าที่หล่อหลอมความหมายและอารมณ์ความรู้สึกของครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจที่ตามมา

การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจ: ความตกตะลึงและการไร้ทางเลือก ครอบครัวทุกรายรับรู้ว่าการตัดสินใจในระยะนี้เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทางเลือก เมื่อผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ทีมแพทย์แนะนำการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อรักษาชีวิตและเปิดโอกาสการรักษาต่อ ครอบครัวจึงตัดสินใจยินยอมทั้งหมด แม้บางรายจะขัดกับความประสงค์เดิมของผู้ป่วย

"เชื่อหมอ หมอบอกให้ใส่ ก็ต้องใส่ กลัวแม่ตาย" (HOS6, 18 ก.ค. 67)

"เราเสียแม่ไปแล้ว กับพ่อเราเสียไม่ได้อีก เราทำทุกอย่างเพื่อให้พ่อได้อยู่ต่อ ทำเต็มที่กับหมอ ไม่ลังเลเลย" (HOS8, 17 ก.ค. 67)



ช่วงเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต: ความทุกข์จากการเห็นผู้ป่วยทรมาณและการสูญเสียความใกล้ชิด หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ครอบครัวเต็มไปด้วยความเศร้าโศกจากการเห็นอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมากติดที่ร่างกาย รวมถึงการรับรู้ความทรมาณของผู้ป่วยผ่านท่าทางดิ้นขยับ การหลั่งน้ำตา และผลที่เกิดจากการเสียสติ ภาวะไม่รู้สึกร่างกายของผู้ป่วย และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ล้วนสร้างความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเป็นต้นเหตุของความปรารถนาที่จะยุติความทุกข์ทรมาน

"พอพอรู้สึกตัวขึ้นมา แยกพยาบาลอำปากออกเสียงผ่านท่อ (ท่อช่วยหายใจ) แยกบอกประมาณว่าไม่ต้องทำอะไรแล้ว ปลดปล่อยไป พ่ออยากไปแล้ว แต่ตอนนั้นเรายากให้พ่อได้รักษาต่อ อะไรก็ได้ที่รักษาพ่อได้ ให้พ่อได้รักษา" (HOS10, 22 ก.ค. 67)

"หมอบอกว่าเมียเป็นไทรระยะสุดท้าย เม็ดเลือดขาวต่ำ ต้องเจาะแขนขาทั้งสองข้างเพื่อหาเส้น เอาฟิล์มมาให้ดูพบว่าปอด เหลือข้างเดียวแล้ว คือเป็นสีขาวโพลนไปหมด " (HOS1, 19 ก.ค. 67)

ระยะที่ 1: ความสับสนและการลังเลเมื่อเผชิญกับการตัดสินใจ

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันไม่รู้จะตัดสินใจอย่างไร ระหว่างรักเขากับปล่อยให้เขาไป" เมื่อทีมสุขภาพแจ้งว่าผู้ป่วย เข้าสู่ระยะท้ายและควรพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ ครอบครัวทุกรายผ่านระยะของความสับสนและการลังเลอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นแก่นแท้ของประสบการณ์ที่มีความหมายสำคัญ การรับทราบข่าวดังกล่าวก่อให้เกิดความตกใจและความไม่พร้อมรับสาร แม้หลายคนเริ่มสัมผัสได้ว่าสถานการณ์กำลังเข้าสู่จุดเปลี่ยน ความหมายที่ครอบครัวให้แก่ช่วงเวลานี้คือการถูกบังคับให้ต้องเลือกระหว่าง "ความรักที่ต้องการยื้อ" และ "ความเมตตาที่ต้องการปล่อย"

การรับแจ้งและการรับรู้คำพูดของทีมสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นในช่วงนี้ ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่รับรู้คำพูดของทีมสุขภาพด้วยความรู้สึกที่ซับซ้อน บางรายรู้สึกว่าการแจ้งข่าวนั้นตรงไปตรงมาแต่ขาดความอ่อนโยน บางรายรู้สึกว่าการเร่งรัดหรือถูกกดดัน และบางรายรู้สึกว่าการรับฟังและเข้าใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมในการเปิดรับข้อมูลและเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญ

"ไม่มีใครอยากให้แม่ถอดท่อ (ท่อช่วยหายใจ) มันเป็นเรื่องเลวร้ายสำหรับครอบครัวเรา ที่บอกหมอมว่าที่ยังไม่ได้เตรียมอะไร เลย แม่ยังไม่ได้สั่งเสีย ยังไม่ได้อยู่กับแม่เต็มที่เลย พี่ยังไม่รู้จะอะไรเลย ที่เลยถามหมอมว่าถ้าเป็นญาติหมอ หมอมจะพูดว่ายังไง พี่เน (หมอ) ว่าจะบอกให้ญาติทำใจ" (HOS9, 16 ก.ค. 67)

ความรู้สึกที่ครอบครัวประสบในระยะนี้ประกอบด้วยความตกตะลึง มึนงง ความเจ็บปวดจากการต้องเผชิญกับความจริงที่ไม่ต้องการรับรู้ ความรู้สึกผิดที่แม้เพียงคิดถึง การ "ปล่อยให้จากไป" และความยึดมั่นในความหวังว่าอาจยังมีปาฏิหาริย์หรือทางรักษา อื่นที่ยังไม่ได้ลอง

ระยะที่ 2: การแสวงหาข้อมูลและพื้นที่เพื่อไตร่ตรอง

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันต้องการเวลา ข้อมูล และใครสักคนที่รับฟัง ก่อนที่จะตัดสินใจ" ภายหลังจากผ่านระยะแรก ของความตกใจ ครอบครัวเริ่มเข้าสู่กระบวนการแสวงหาข้อมูลและพื้นที่ปลอดภัยเพื่อไตร่ตรอง ความหมายของประสบการณ์ ในระยะนี้คือความต้องการ "เวลา ข้อมูล และการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว" ในการเผชิญกับการตัดสินใจที่หนักที่สุดในชีวิต

ครอบครัวส่วนใหญ่ขอเวลาเพิ่มเติมก่อนตัดสินใจ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ต่างถิ่นเดินทางมาพร้อมกัน เพื่อให้มีการปรึกษาหารือภายในครอบครัวอย่างเพียงพอ และเพื่อให้ตนเองได้เตรียมใจ ในระยะนี้ครอบครัวต้องการข้อมูลทางการแพทย์ ที่ชัดเจน ชัดตรง และเข้าใจง่าย มากกว่าการได้รับคำศัพท์เทคนิคที่ไม่คุ้นเคย พวกเขาต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานหรือไม่ หากมีหรือไม่มีเครื่องช่วยหายใจ และต้องการให้ทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่ารับฟังและเข้าใจความรู้สึกของครอบครัว

"เรายังอยากให้แม่อยู่ไอซียูไปก่อน เผื่อแกฟื้นหรือเผื่อมีปาฏิหาริย์ แต่ก็ได้จะให้แม่อยู่ไปนาน ๆ หรือก ขอลอีกแค่ 4 วัน ขอให้แม่อยู่ถึงวันอังคารเราก็จะตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ได้บอกพยาบาลแล้ว แต่พยาบาลแนะนำให้ออดวันศุกร์ เราไม่รู้ว่าเป็นเพราะเค้า (พยาบาล) อยากย้ายเราออกจากไอซียูเพราะอัตราครองเตียงเรานานกว่าคนอื่นมั๊ย เลยอยากให้แม่ไปอยู่ที่อีกที่นึง" (HOS4, 20 ก.ค. 67)



คำพูดของ HOS4 สะท้อนให้เห็นว่าแม่ครอบครัวจะเริ่มยอมรับความจำเป็นในการตัดสินใจ แต่ยังต้องการอำนาจในการกำหนดจังหวะเวลาด้วยตนเอง และเมื่อรู้สึกว่าการเร่งรัดหรือถูกกดดัน แม้ไม่ตั้งใจจากทีมสุขภาพ ก็ก่อให้เกิดความสงสัยและความไม่ไว้วางใจซึ่งอาจขัดขวางกระบวนการตัดสินใจ

ระยะที่ 3 รูปแบบการตัดสินใจและปัจจัยที่กำหนดความมั่นคง

ความหมายของประสบการณ์: "การตัดสินใจที่ฉันสามารถยืนหยัดได้คือการตัดสินใจที่ฉันมีส่วนร่วมและได้รับการรับฟัง" เมื่อแพทย์แจ้งว่าไม่มีทางรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย ทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และส่งต่อครอบครัวมายังทีมการุณรักษเพื่อจัดประชุมครอบครัว (Family meeting) การวิเคราะห์ข้อมูลพบรูปแบบการตัดสินใจที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความหมายและผลลัพธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบที่ 1: การตัดสินใจจากฉันทามติของครอบครัว (4 ราย) ครอบครัวในรูปแบบนี้มีการปรึกษาหารือกันภายในอย่างเป็นระบบก่อน โดยพิจารณาจากทั้งข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับ และการสังเกตความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วยตนเอง มีการสื่อสารผ่านกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ของครอบครัว และการประชุมพบปะกันโดยตรง จนได้ข้อสรุปร่วมกันก่อนแจ้งความประสงค์ต่อทีมสุขภาพ

"อาการของพ่อหนักขึ้น มีเลือดแข็งตัวที่เท้า หมอแนะนำให้ผ่าตัดเท้า แต่ญาติของพ่อไม่อยากให้ผ่า อยากให้พ่อจากไปแบบครบสามสิบสอง ถ้าผ่าแล้วพ่อก็ไม่หายด้วย พ่อไม่ผ่าตัดอาการพ่อทรุดหนักลง เริ่มไถวยา ติดเชื้อในกระแสเลือด ตอนนั้นครอบครัวก็เริ่มคุยกันแล้วว่าพ่อจะไม่ไหว ถ้ายื้อพ่อก็ยิ่งทรมาน จนตัดสินใจคุยกับหมอว่า ถ้าจะปล่อยพ่อไปต้องใช้เวลาหรือทำยังไงได้บ้าง" (HOS10, 22 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 2: การตัดสินใจหลังได้รับการสนับสนุนจากทีมการุณรักษ (5 ราย) ครอบครัวในรูปแบบนี้ได้รับการประชุมครอบครัวอย่างเป็นระบบจากทีม ซึ่งประกอบด้วยการชี้แจงสภาพผู้ป่วย ทางเลือกการดูแล และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก รวมทั้งการรับฟังความกังวลและจุดติดขัดของครอบครัวอย่างตั้งใจ ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบนี้รายงานว่ารู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจมากกว่า เนื่องจากความกังวลที่ติดขัดได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด

"ที่มีความกังวลว่าจะให้พ่ออยู่ที่ไหนหลังถอดท่อช่วยหายใจ เพราะที่บ้านไม่พร้อมให้พ่ออยู่ มีน้องชายที่ติดยา ไม่ชอบให้มีคนอยู่ที่บ้านเยอะ ๆ ไม่งั้นจะอาละวาด ถ้าพาพ่อกลับบ้าน ญาติ ๆ จะมาดูแลมาสั่งเสียพ่อไม่ได้ แล้วช่วงเวลานั้นเราต้องการกำลังใจจากญาติ ๆ ด้วย พ่อหมอ (ทีมประคับประคอง) มาให้คำปรึกษา ถามว่าญาติมีปัญหาอะไร ติดขัดด้านไหนมั๊ย พี่เลยได้บอกเรื่องน้องชายไป หมอรับฟังดีมาก สุดท้ายพ่อเลยได้ใช้เวลาช่วงท้ายที่นี่ (หอผู้ป่วยประคับประคอง) มีญาติ ๆ มาอยู่กับพ่อนพ่อดมหายใจ" (HOS7, 20 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 3: การตัดสินใจโดยปราศจากการมีส่วนร่วม (1 ราย) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้รู้สึกว่าตนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง และเป็นเพียงการรับรองสิ่งที่ได้รับการตัดสินใจไปก่อนหน้าแล้ว ประสบการณ์นี้มีความสำคัญทางจริยธรรมอย่างยิ่ง เนื่องจากสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการตัดสินใจที่ปราศจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงขัดต่อหลักจริยธรรมด้านความเคารพสิทธิ (Respect for autonomy) ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิของครอบครัวในฐานะผู้ตัดสินใจแทนด้วย นอกจากนี้ ยังเป็นการละเมิดหลักจริยธรรมด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence) ในมิติของการก่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจแก่ครอบครัว

สาเหตุของการขาดการมีส่วนร่วมในกรณีนี้มีหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านระบบ: ครอบครัวไม่ได้รับโอกาสพบทีมการุณรักษก่อนการตัดสินใจ 2) ด้านการสื่อสาร: การใช้ภาษาทางการแพทย์และกรอบเวลาที่กำหนดโดยทีมสุขภาพทำให้ครอบครัวรู้สึกถูกเร่งรัดและไม่มีพื้นที่สำหรับการตั้งคำถาม และ 3) ด้านอำนาจที่ไม่เท่าเทียม: ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ในระบบสุขภาพไทยที่ยังคงมีลักษณะของแพทย์เป็นศูนย์กลาง (Paternalism) ทำให้ครอบครัวไม่กล้าตั้งคำถามหรือขอเวลาเพิ่มเติม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการตัดสินใจร่วม (Shared decision-making) ที่เคารพสิทธิและให้อำนาจแก่ครอบครัวอย่างแท้จริงในระบบสุขภาพไทย



ระยะที่ 4 ความสงบของผู้ป่วยในฐานะของขวัญสุดท้ายแก่ครอบครัว

ความหมายของประสบการณ์: "การเห็นเขาจากไปอย่างสงบคือสิ่งที่ช่วยให้ฉันก้าวต่อไปได้" หลังการตัดสินใจ ทีมการุณรักษาสอบถามความต้องการเรื่องสถานที่ดูแลต่อและช่วงเวลาที่เหมาะสม ครอบครัวทั้ง 10 ราย เลือกให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยระดับประคอง ความหมายของประสบการณ์ในระยะนี้แตกต่างจากระยะก่อนหน้านี้อย่างชัดเจน จากการรับรู้ความทุกข์ทรมานสู่การได้เห็นความสงบ ซึ่งกลายเป็น "ของขวัญสุดท้าย" ที่ช่วยเยียวยาจิตใจของครอบครัวที่ต้องอยู่ต่อไป

ความสงบในระยะนี้ไม่ได้เป็นผลจากการถอดท่อช่วยหายใจเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากบริบทการดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งครอบคลุม 1) การดูแลบรรเทาทุกข์ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการเจ็บปวด 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลของครอบครัวที่สามารถอยู่เคียงข้างผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดูแลร่างกาย พุดคุยบอกเล่า และทำกิจกรรมที่มีความหมาย เช่น เปิดบทสวดมนต์หรือทำบุญครั้งสุดท้าย และ 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมไทย

"พ่อนอนสงบนิ่ง ค่อย ๆ หดลมหายใจไป คล้ายกับการนอนหลับ...เป็นภาพความสงบที่จดจำได้" (HOS8)

ภาพของผู้ป่วยที่สงบในช่วงลมหายใจสุดท้ายกลายเป็นความทรงจำที่ครอบครัวนำมาอ้างอิงซ้ำแล้วซ้ำเล่าในการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าช่วงเวลาสุดท้ายที่มีคุณภาพมีพลังในการเยียวยาความทุกข์ทรมานจากกระบวนการตัดสินใจที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะที่ 5 การปรับตัวหลังการสูญเสีย ระหว่างการรอกงามและการติดขัด

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันจะรู้สึกว่าตัดสินใจถูกหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับว่าฉันรู้สึกว่าเป็น 'ผู้ตัดสินใจ' หรือเป็นเพียง 'ผู้ที่ถูกกระทำ'"

แม้ครอบครัวทั้ง 10 รายได้รับการดูแลในกรอบระบบเดียวกันและผู้ป่วยล้วนจากไปอย่างสงบ แต่ความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นจากประสบการณ์นี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นใน 2 รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 การปรับตัวที่มั่นคงพร้อมกลายเป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น (5 ราย) ครอบครัวกลุ่มนี้รู้สึกสบายใจ ไม่ติดขัดในใจ รับรู้ว่าได้ทำหน้าที่อย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว และมองการตัดสินใจที่ผ่านมาว่าเป็น "การกระทำด้วยความรัก" ประสบการณ์การตายดีที่ผ่านมากลายเป็นความทรงจำมีค่าที่หล่อเลี้ยงจิตใจ และหลายรายพร้อมแบ่งปันประสบการณ์เชิงบวกให้แก่ผู้อื่นในชุมชน

"เราไม่เคยเห็นการดูแลแบบนี้มาก่อน เค้า (ทีมระดับประคอง) ไม่ได้ดูแลแค่ผู้ป่วย แต่ดูแลสภาพจิตใจครอบครัวด้วย เราดีขึ้นได้เพราะทีมนี้ พ่อนเราจากไปอย่างสงบ ภาพที่เค้าจากไปสงบจริง ๆ พ่อไม่ได้ร้องครวญครางเลย สภาพจิตใจเราดีมาก เป็นภาพจำที่ดี เหมือนพ่อนนอนหลับไป แค่อย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ส่วนเราก็ใช้ชีวิตต่อไปได้และเข้มแข็งมากขึ้นได้ โดยที่มีพ่ออยู่ในความทรงจำ" (HOS8, 17 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 2 การปรับตัวที่ยังติดขัด คำถามที่ยังไม่มีคำตอบ (5 ราย) ครอบครัวกลุ่มนี้ยังคงตั้งคำถามกับการตัดสินใจของตนเอง มีความรู้สึกเสียใจ เสียหาย สับสน และสงสัยว่าตนเองควรทำแตกต่างออกไป บางรายยังรู้สึกว่าได้ตัดสินใจไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจที่แท้จริง หรือรู้สึกถูกกดดัน ซึ่งความหมายที่ครอบครัวกลุ่มนี้ให้แก่ประสบการณ์คือ "ความไม่แน่ใจที่ยังคงหลอกหลอน"

"ทุกวันนี้พี่ยังถามตัวเองซ้ำ ๆ ว่าเราตัดสินใจถูกหรือผิด เราเป็นคนตัดสินใจเอง ไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้นเร็วมาก ๆ" (HOS9, 16 ก.ค. 67)

ปัจจัยสำคัญที่สร้างความแตกต่างระหว่างสองรูปแบบ จากการวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นภายหลังการสูญเสียคือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจก่อนการสูญเสีย โดยเฉพาะการได้รับการรับฟังอย่างแท้จริง การได้รับข้อมูลและทางเลือกที่ชัดเจนและครบถ้วน การรู้สึกว่าเป็นผู้ตัดสินใจด้วยความเข้าใจและความสมัครใจ การได้รับการเยียวยาจิตใจอย่างทันท่วงที และการได้รับการเคารพในความต้องการและค่านิยมของครอบครัว ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอในมิติเหล่านี้มักสามารถสร้างความหมายเชิงบวกจากประสบการณ์และใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง ในขณะที่ครอบครัวที่รู้สึกถูกเพิกเฉย ถูกเร่งรัด หรือขาดโอกาสมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มักติดอยู่กับคำถามที่ยังไม่มีคำตอบและมีความยากลำบากในการปรับตัวภายหลังการสูญเสียในระยะยาว



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครบถ้วน การค้นพบว่าประสบการณ์เป็นกระบวนการต่อเนื่อง 5 ระยะสะท้อนความซับซ้อนและความเชื่อมโยง สอดคล้องกับ Tsai และ Lai¹⁶ ที่พบว่าประสบการณ์การตัดสินใจต่อช่วยหายใจหรือเครื่องพยุงชีพเป็นกระบวนการซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการตัดสินใจ ปรากฏการณ์ความรู้สึก "ไร้ทางเลือก" ในช่วงแรกของการใส่ท่อช่วยหายใจ สะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยที่มักให้ความสำคัญกับการรักษาชีวิตในระดับสูงสุดเมื่อเผชิญภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ปิยะนันต์ วัฒนประสาน และคณะ¹⁷ ที่ระบุว่า การมีข้อจำกัดด้านเวลาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการไตร่ตรองและสอดคล้องกับการศึกษาของ Sui และคณะ¹⁸ ที่พบว่าครอบครัวมักรู้สึกว่ามีทางเลือกอื่นนอกจากการยินยอมให้ใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งแตกต่างจากบริบทในประเทศตะวันตกที่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างแพร่หลายมากกว่า¹⁹ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางวัฒนธรรมที่สังคมไทยและเอเชียมักหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องความตายและยังคงยึดมั่นในความหวังแม้ในสถานการณ์ที่ไม่มีทางเลือกให้หายขาด²⁰

ประสบการณ์ในระยะที่ 2 ที่ครอบครัวรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและการสูญเสียความใกล้ชิดสะท้อนผลกระทบต่อทางจิตใจที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Davidson และคณะ²¹ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้และครอบครัวมีเวลาเยี่ยมจำกัดทำให้ความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การเห็นผู้ป่วยถูกผูกมือและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมากติดตั้งสร้างความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Jo และคณะ²² ที่พบว่าอาการของผู้ป่วยที่ครอบครัวเห็นเป็นแหล่งที่มาของความทุกข์ทรมานสำคัญ

การค้นพบรูปแบบการตัดสินใจ 3 รูปแบบเป็นข้อมูลใหม่ที่มีคุณค่า โดยเฉพาะการพบว่ามีครอบครัวที่รู้สึกไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนความท้าทายในการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพไทย สอดคล้องกับ Kwon และคณะ²⁰ และ White และคณะ²³ ที่พบว่า การสื่อสารที่ไม่มีคุณภาพและการไม่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งผลต่อความรู้สึกไม่มีอำนาจ สับสน และความทุกข์ทรมานในระยะยาว การศึกษาของ อภิวิชญ์ กมลวชิรพันธุ์²⁴ ในบริบทไทยยังพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่บางครั้งบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาจำกัดในการสื่อสารอย่างเพียงพอ

การที่ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากทีมประคับประคองสามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นคงและมีประสบการณ์เชิงบวก สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าทีมประคับประคองที่ให้การสนับสนุนมีคุณภาพช่วยลดความทุกข์ทรมานและส่งผลดีต่อการปรับตัวหลังสูญเสีย^{21,25} องค์ประกอบสำคัญที่พบ ได้แก่ การรับฟังอย่างตั้งใจ การให้ข้อมูลและทางเลือกชัดเจน การสร้างการมีส่วนร่วม และการเยียวยาจิตใจทันเวลาที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) และแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลแบบประคับประคอง^{3,11}

การค้นพบว่าครอบครัวมีประสบการณ์หลังสูญเสียแตกต่างกัน 2 รูปแบบ โดยปัจจัยสำคัญคือการได้รับการสนับสนุนที่ดีก่อนสูญเสีย เป็นข้อค้นพบสำคัญที่สอดคล้องกับแนวคิด Anticipatory grief และ Bereavement care²⁷ การศึกษานี้สอดคล้องกับ Symmons และคณะ²⁷ เมื่อครอบครัวเห็นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากสายระโยงระยาง ความรู้สึกผิดจะถูกแทนที่ด้วยความพึงพอใจว่าได้ทำหน้าที่ครั้งสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี เป็นการแปรเปลี่ยนความสูญเสียให้กลายเป็นความทรงจำที่มีพลังในการใช้ชีวิตต่อไป สอดคล้องกับ Kilbertus และคณะ²⁹ Meier และคณะ³⁰ ที่พบว่าประสบการณ์เชิงบวกจะถูกส่งต่อเป็นบทเรียนให้สังคม ในมิติวัฒนธรรมไทยการทำบุญครั้งสุดท้ายสะท้อนบทบาทสำคัญของศาสนา

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวคือ การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ย้อนหลังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนภายหลังการสูญเสีย ซึ่งแม้ว่าระยะเวลาดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบโดยคำนึงถึงทั้งความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลและความสดใหม่ของความทรงจำ แต่ก็เป็นที่ยอมรับว่าผู้ให้ข้อมูลอาจสะท้อน



ประสบการณ์ผ่านกรอบความหมายที่ถูกปรับเปลี่ยนไปตามกระบวนการปรับตัวภายหลังการสูญเสียในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งถือเป็นลักษณะที่เป็นธรรมชาติของการศึกษาประสบการณ์ชีวิตย้อนหลัง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาว่าลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความลึกและสีสนของการสะท้อนประสบการณ์มากกว่าที่จะลดคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับ เนื่องจากการมีย้อนกลับภายหลังการสูญเสียนั้นเองก็เป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ที่การศึกษาครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมประคับประคองตั้งแต่นั้นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าสู่ระยะท้าย
2. พัฒนาทักษะการสื่อสารและการดูแลจิตวิญญาณของบุคลากรในทีมประคับประคอง รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามดูแลครอบครัวหลังสูญเสีย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ดี
3. ส่งเสริมการสื่อสารล่วงหน้าเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลระยะท้ายในสังคมไทย โดยใช้เรื่องเล่าการตายจากครอบครัวที่มีประสบการณ์เชิงบวกเป็นสื่อในการสร้างความเข้าใจและลดความหวาดกลัวต่อการตาย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวก่อนและหลังการสูญเสียในบริบทไทย
2. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้ภายหลังสูญเสีย
3. ศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์ของครอบครัวในโรงพยาบาลที่มีและไม่มีทีมประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ท่าน ที่ได้กรุณาถ่ายทอดประสบการณ์อันล้ำค่าในการตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วย ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้ทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้ดียิ่งขึ้น ประสบการณ์ที่ได้แลกเปลี่ยนในครั้งนี้มีคุณค่าและความหมายต่อการดำเนินงานด้านการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณคุณอรุสา โพธิ์ชัยสาร และคุณกรินทร์ ธีรสิริสิน ในการช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://kku.world/hi5mhj>
2. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*. 2008;36(3):953–63. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096
3. Yensabai P. Clinical situations and factors associated with the decision to withdraw mechanical ventilation in palliative care patients. *Suratthani Hospital Journal*. 2025;2(1):1–13. (in Thai)
4. Boonchalermvipas S. End of patients' life: A medical fact with legal limits. *Public Health Policy and Laws Journal*. 2015;1(3):241–53. (in Thai)
5. Thipprasert W. Factors influencing a family's decision regarding the withdrawal of life support in palliative care patients. *Journal of Palliative Care & Medicine*. 2022;12(8):471. doi: 10.4172/2165-7386.1000471



6. Wendler D, Rid A. Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*. 2011;154(5):336–46. doi: 10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008
7. Wiegand D. In their own time: the family experience during the process of withdrawal of life-sustaining therapy. *Journal of Palliative Medicine*. 2008;11(8):1115–21. doi: 10.1089/jpm.2008.0015
8. Izumi SS, Van Son C. “I didn’t know he was dying”: Missed opportunities for making end-of-life care decisions for older family members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2016;18(1):74–81. doi: 10.1097/NJH.0000000000000215
9. Moon F, Mooney C, McDermott F, Miller A, Poon P. Bereaved families’ experiences of end-of-life decision making for general medicine patients. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021;14(1): e912-8. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002743
10. Gerber K, Lemmon C, Williams S, Watt J, Panayiotou A, Batchelor F, et al. ‘There for me’: A qualitative study of family communication and decision-making in end-of-life care for older people. *Progress in Palliative Care*. 2020;28(6):354–61. doi: 10.1080/09699260.2020.1767437
11. Chen YC, Fan HY, Curtis JR, Lee OKS, Liu CK, Huang SJ. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*. 2017;45(10):1625–34. doi: 10.1097/CCM.0000000000002569
12. Hanna JR, Rapa E, Dalton LJ, Hughes R, McGlinchey T, Bennett KM, et al. A qualitative study of bereaved relatives’ end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*. 2021;35(5):843–51. doi: 10.1177/02692163211004210
13. Pairojkul S, Piasupun P. Operational guidelines for hospital palliative care program. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University; 2017. (in Thai)
14. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985.
15. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1989.
16. Tsai CY, Lai FC. Exploring the perceptions of families and nurses after signing a do-not-resuscitate order for patients in respiratory care wards. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2025;42(8):746–55. doi: 10.1177/10499091241285010
17. Vattanaprasan P, Kongsuwan W, Nilmanat K. The lived experiences of Thai Buddhist family members in decision making for withholding or withdrawing life sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2019;39(4):52–62. (in Thai)
18. Sui W, Gong X, Qiao X, Zhang L, Cheng J, Dong J, et al. Family members’ perceptions of surrogate decision-making in the intensive care unit: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2023;137:104391. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104391
19. National Health Commission Office. Thai standards for advance care planning, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 20]. Available from: <https://kku.world/72ok9u> (in Thai)
20. Kwon Y, Nam S, Shin S, Cho Y, Yoon J, Yoo SH. Shared decision-making in Korean healthcare: A scoping review. *Journal of Korean Medical Science*. 2025;40(37):e273. doi: 10.3346/jkms.2025.40.e273



21. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*. 2017;45(1):103–28.
doi: 10.1097/CCM.0000000000002169
22. Jo M, Song MK, Knafl GJ, Beeber L, Yoo YS, Van Riper M. Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;95:34–9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.020
23. White DB, Braddock CH, Bereksnyei S, Curtis JR. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: Opportunities for improvement. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167(5):461–7.
doi: 10.1001/archinte.167.5.461
24. Kamonwacharapa A. The development of nursing practice guidelines for communicating with families of End-stage critically ill patients for palliative care in ICU Ward Seka Hospital Bueng Kan province [Internet]. 2567 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://kku.world/z4o56k> (in Thai)
25. Maneetapo N, Choosr P, Jedsadayanmetha S, Tuandeang P, Sittisart V. Development of a palliative nursing care system. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022;40(4):e260167. (in Thai)
26. Wattanatornnan S. Grief and bereavement: The nursing role. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2017;10(1):13–21. (in Thai)
27. Symmons MS, Ryan K, Aoun SM, Selman LE, Davies AN, Cornally N, et al. Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023;13(4):374–85. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003525
28. Nichachotesalid P, Panya C, Naknoi S, Tomon S, Cheumnok W, Puttiwatanatharadol T. Quality of life among palliative care patients and caregiver burden of cancer and non-cancer patients in Laksi district, Bangkok. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2024;31(1):174–87. (in Thai)
29. Kilbertus F, King K, Robinson S, Cristancho S, Burm S. Understanding palliative care learning: A narrative inquiry exploring health care professionals' memorable experiences. *SSM - Qualitative Research in Health*. 2022;2:100098. doi: 10.1016/j.ssmqr.2022.100098
30. Meier EA, Gallegos JV, Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;24(4):261–71. doi: 10.1016/j.jagp.2016.01.135