บทความวิจัย

อุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู: ประสบการณ์ของพยาบาล[1]

Barriers in Providing Palliative Care in Intensive Care Units: Nurses' Experiences[1]

นูรดีนี แมเร๊าะ[2] วราภรณ์ คงสุวรรณ[3] กันตพร ยอดใชย[3]*

Nurdeenee Maeroh[2] Waraporn Kongsuwan[3] Kantaporn Yodchai[3]

ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปี 2559 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

Granting supported by fiscal budget funding, graduate school, Prince of Songkla University, Songkhla.

[2]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla.

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[3]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla.

**Corresponding author: eing88ster@gmail.com*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูจากประสบการณ์ของพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียู 2 แห่งในโรงพยาบาลคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 10 ราย มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี และ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Lincoln และ Guba

ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูตามการรับรู้ของพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระงานมาก 2) ทรัพยากรมีจำกัด 3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และ 4) ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู และสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; ประสบการณ์ของพยาบาล; หอผู้ป่วยไอซียู; อุปสรรค

Abstract

This qualitative study based on Husserlian phenomenology aimed to explain barriers in providing palliative care in Intensive Care Units (ICUs) from nurses' experiences who have worked in two ICUs in a hospital. Ten participants were purposefully selected following the inclusion criteria of 1) being a registered nurse and have worked in ICU at least 2 years; and 2) having an experience of providing palliative care in ICU. Data were collected by using individual in-depth interview from March to May, 2016. Data were analyzed by applying Colaizzi's approach. Trustworthiness of qualitative study was established by following Lincoln and Guba's criteria.

The findings revealed the barriers in providing palliative care in the ICUs from the nurses' experiences into 4 themes. These themes included 1) work load; 2) limited resource; 3) the relative's decision making is not match with patient's need; and 4) lack of confidence on palliative care. The finding of this study provides understanding about the barriers of palliative care in the ICUs, and can be used to develop the quality of palliative care in the ICUs.

Keywords: barriers; Intensive Care Units; nurses' experiences; palliative care

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น[1] องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานและอาการเจ็บป่วยที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทั้งนี้การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยเบื้องต้นจนถึงวาระสุดท้าย และยังรวมถึงการดูแลภาวะโศกเศร้าของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต[2]

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตในไอซียูต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที[3] จึงต้องมีการดูแลและให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงให้มีอาการดีขึ้น หายจากโรค และสามารถเข้าสู่ภาวะปกติได้[4] ตั้งแต่การบรรเทาอาการต่างๆ การสื่อสารเกี่ยวกับการวางเป้าหมายในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจในการรักษา ตลอดจนการสื่อสารและการร่วมมือกันของทีมผู้ดูแล จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตก็ให้การดูแลเพื่อลดอาการทุกข์ทรมาน และการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ครอบครัวก็ต้องได้รับการดูแลจากภาวะโศกเศร้าหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต[5-6]

การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูไม่ใช่เริ่มหลังจากการตัดสินใจยุติหรือยืดชีวิต[6] แต่เป็นการดูแลที่เริ่มทันทีที่ให้การรักษา โดยไม่เน้นการรักษาโรคให้หายขาด แต่เป็นการรักษาที่เกิดประโยชน์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยให้มาก[7] อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลเข้าใจว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลในระยะท้ายของชีวิตหรือใกล้ตาย[8] แต่การดูแลในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น[9] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองเข้ามาใช้โดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยโรค เพราะการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาเชิงปริมาณ เช่นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูและหอผู้ป่วยทั่วไป[8,11-12] การศึกษาที่ใกล้เคียงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูจำนวน 18 ราย ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายคือ พยาบาลยังขาดการวางแผนล่วงหน้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย การดูแลที่มี

ความคิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างรูปแบบของการรักษาของแพทย์ที่เน้นการรักษาอาการหรือการดูแลแบบแยกส่วน แต่รูปแบบการดูแลของพยาบาลเน้นที่การดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรักษาที่ไร้ประโยชน์ และเกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวังที่มากเกินไปของคอบครัวซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสาร และการขาดความรู้ และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลดังกล่าวยังมีข้อขัดแย้งกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูที่ผู้ป่วยควรจะได้รับการดูแล[13]

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยในบริบทหอผู้ป่วยไอซียูและหอผู้ป่วยทั่วไป[13] ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในบริบทของไอซียู นอกจากนี้พบว่า มีการศึกษาในบริบทไอซียูคือ ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิตในไอซียู[14] อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู[15] แต่พบเพียงการศึกษาที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลในช่วงเวลาการเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต[16-17] และพบว่า มีการศึกษาที่ใกล้เคียงในบริบทของหอผู้ป่วยไอซียูอีก 2 การศึกษาคือ ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย[18] และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะท้าย[19]

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ถึงแม้ว่ามีหลายการศึกษาที่ศึกษาในบริบทไอซียู แต่ยังไม่ได้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งผลการศึกษาสามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ปรับปรุงแนวทางและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูจากประสบการณ์ของพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดทางปรัชญาของ Husserl[20] เป็นการบรรยายอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูจากประสบการณ์ของพยาบาล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี และ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู มีความสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 ราย

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยไอซียูจำนวน 2 แห่ง ในโรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา โดยได้รับการบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ทางหอผู้ป่วยไอซียูมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไว้วันละ 2 ช่วง คือ 13.00-15.00น. และ 19.00-20.00น. อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือใกล้ตาย ทางหอผู้ป่วยไอซียูมีการยืดหยุ่นกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยม และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว ร่วมกับพยาบาล สวดมนต์ หรืออ่านคัมภีร์กุรอาน ส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองที่ทางหอผู้ป่วยไอซียูได้ปฏิบัติคือ มีมุมคัมภีร์กุรอาน และบทสวดตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งญาติสามารถหยิบอ่านให้แก่ผู้ป่วยเมื่อเข้าเยี่ยม

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ใช้แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู โดยแนวคำถามปลายเปิดผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการวิจัยเชิงคุณภาพและทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง

จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู จำนวน 1 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 2 ราย เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความชำนาญในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สำหรับแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครอบคลุมประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูตามประสบการณ์จริงของพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค และการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ ศธ 0521.1.05/1547 และได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยก่อนสัมภาษณ์มีการลงชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และยินยอมให้บันทึกเสียงและผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล การรายงานผลการวิจัยได้ใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 โดยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยการติดต่อกับพยาบาลที่รู้จักเป็นส่วนตัวมาก่อน (key person) เพื่อช่วยค้นหาหรือติดต่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในเบื้องต้น เพื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้พยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัยแนะนำพยาบาลคนต่อไป (snowball purposive sampling method)

เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดวันเวลา และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2 ครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที บันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้สัมภาษณ์ เลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน และสะดวกแก่ผู้ให้ข้อมูล หลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล หากมีประเด็นคำตอบที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมครั้งที่ 2 จนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ให้ความหมายซ้ำๆ หรือมีความอิ่มตัวของข้อมูล (saturation data)

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba[21] ผู้วิจัยมีการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ศึกษา และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลและอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolong engagement) โดยสัมภาษณ์รายละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกพอและน่าเชื่อถือ มีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม ในระหว่างการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวให้ผู้ให้ข้อมูลก่อนยุติการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง และได้นำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกครั้งไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (member check) ในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน โดยผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงความจริงจากปรากฏการณ์ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถพิจารณาตัดสินในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน (transformability) นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบและยืนยันที่มาของข้อมูลได้ (conformability) รวมทั้งมีการเขียนบันทึกส่วนตัวสะท้อนตัวเองทุกวันหลังจากสัมภาษณ์ตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยหรือเมื่อมีความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่กำลังศึกษา เพื่อลดความลำเอียงในการวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการวิจัย และผลการศึกษาล้วนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน (dependability)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มทันทีหลังจากถอดเทปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเองโดยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ

Colaizzi[22] โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปในแต่ละครั้งที่สัมภาษณ์มาอ่านเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วจับกลุ่มคำหรือประโยคเดียวกันที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาให้มากที่สุด แล้วให้เลขลำดับบรรทัดข้อมูล เพื่อสะดวกในการนำไปใช้อ้างอิงข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ บันทึกไว้ในตารางที่จัดไว้ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดความหมายให้กับกลุ่มคำ ประโยคหรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการซ้ำตามกระบวนการข้างต้นสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป จากนั้นนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และนำผลการวิเคราะห์นี้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เมื่อไม่มีประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้นจึงยุติการสัมภาษณ์ และเผยแพร่ข้อค้นพบ โดยการเขียนบรรยายอย่างเรียบร้อย เพื่อให้ผู้อ่านสามารถติดตามเรื่องราวประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเข้าใจ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียู จำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย เพศชาย 3 ราย มีอายุตั้งแต่ 27 ถึง 41 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีเพียง 1 ราย ที่นับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ระหว่าง 3 ถึง 16 ปี มีประสบการณ์ในทำงานเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูระหว่าง 3 ถึง 7 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียง 2 ราย ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่า 5 ราย และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองแก่คนในครอบครัว

อุปสรรคของพยาบาลในการการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ภาระงานมาก

หอผู้ป่วยไอซียูทั้ง 2 แห่งไม่มีผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่คอยช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาระงานของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งหอผู้ป่วยไอซียูมีการจัดสรรอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1:2 นั่นหมายความว่าพยาบาล 1 คนได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2 คน โดยที่การดูแลให้การพยาบาลทุกอย่างเป็นหน้าที่ของพยาบาล ด้วยภาระงานของพยาบาลที่มากเกินทำให้พยาบาลไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และไม่อาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ ดังคำกล่าว

"เราทำเองทุกอย่าง ดูแลคนไข้ 2 คน... เพราะเราไม่มีผู้ช่วย คิดว่าเราใกล้ชิดคนไข้ที่สุดแล้วนะ แต่พอเราทำเองหมด บางทีก็ไม่ทันนะ ที่จะดูแลให้ครบหมดทุกอย่าง ไม่ทันจริงๆ" P3

"ที่นี่เราไม่มีผู้ช่วย เราต้องทำเองทุกอย่างเลย หนักนะ แล้วดูแล 1:2 แล้วคนไข้ที่เราดูแลก็ไม่ใช่ว่าเหมือนคนไข้ข้างนอก คนไข้เรามีครบทุกอย่างทั้งเครื่องช่วยหายใจ มีสายระโยงระยางมากมาย โรคที่เป็นก็ซับซ้อน แค่เราทำหัตถการต่างๆก็ไม่ค่อยจะทันแล้ว แล้วนี่เราต้องดูแลทั้งคนไข้และญาติด้วย ถ้าจะให้ดูแลให้ครบ หรือดูแลเต็มที่บางทีก็เป็นไปได้ยากเน้อะ เข้าใจแหละว่าญาติต้องการโน่นนี่นั่น แต่ด้วยภาระงานเราอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้และญาติได้เต็มที่" P8

2. ทรัพยากรมีจำกัด

หอผู้ป่วยไอซียูของโรงพยาบาลแห่งนี้มีเพียง 2 หอผู้ป่วย คือหอผู้ป่วยไอซียู และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยไอซียูมีมากเกินกว่าเตียงที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ทำให้ต้องมีการพิจารณาย้ายผู้ป่วยออกไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่ที่ต้องการใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองถูกพิจารณาย้ายออกจากไอซียูคือผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น ดังคำกล่าว

"แต่จะเจอปัญหาคือเรื่องเตียงไม่พอ เราเลยต้องย้ายคนไข้ออกไปข้างนอก...เมื่อต้องการเตียง เราก็จะย้ายเขาออกไปอยู่ข้างนอก...ด้วยข้อจำกัดของเตียงมีแค่ 10 เตียง ต้องการรับคนไข้ที่ญาติเขาเต็มที่ที่จะ resuscitate ต้องการ defib (กระตุ้นด้วยไฟฟ้า) เราจะรับเข้ามากกว่า" P2

"ก็อย่างที่บอกว่าคนไข้ palliative care คือเขา (ผู้ป่วย) ไม่ทำไรแล้ว แต่บางทีพอต้องย้ายเขา (ผู้ป่วย) ออกไปอยู่ข้างนอก ญาติบางคนก็ไม่พอใจว่าทำไมต้องย้ายออกด้วย อยากให้คนไข้อยู่ที่เราจะได้อยู่ใกล้ชิดหมอ พยาบาล เพราะถ้าออกไปข้างนอกอาจไม่รับการดูแลใกล้ชิดอย่างที่เรา (พยาบาลไอซียู) ทำ" P7

3. การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจรักษาด้วยตนเอง ญาติมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งพยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจของญาติอาจไม่สอดคล้องหรือตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเป็นการสร้างความลำบากใจแก่พยาบาลที่ให้การดูแล ดังคำกล่าว

"ส่วนใหญ่ก็จะเต็มที่ในการดูแลไว้ก่อน โดยบางครั้งไม่ได้ดูว่าแนวโน้มคนไข้แย่ลง ประมาณว่า acute กตัญญู หรือกตัญญูเฉียบพลัน...ก็ญาติมาแบบว่าเต็มที่ๆ ตอนที่คนไข้ไม่ไหวแล้ว บางทีก็รู้สึกว่าญาติเต็มที่อยู่คนเดียว คนไข้ไม่ตอบสนองแล้ว มันทรมานคนไข้ไปเปล่าๆ คือถ้าไม่รอดก็ต่อให้เต็มที่ยังไงสุดท้ายก็ต้องปล่อย บางทีถ้าเต็มที่แบบนี้มันไร้ประโยชน์ ไม่ได้เกิดผลดีต่อคนไข้ มีแต่คนไข้เจ็บปวดทรมานคนไข้ไปเฉยๆ" P4

"ส่วนมากคนไข้บ้านเราแก่ๆที่เข้ามาก็ไม่อยากทำอะไรแล้ว แต่ญาติอยากจะเต็มที่ แต่สุดท้ายเราก็ต้องทำตามญาติเพราะตอนนั้นคนไข้ไม่รู้สึกตัวแล้ว เราก็ยึดการตัดสินใจของญาติ คนไข้บางคนเขาดึง endotracheal tube (ท่อช่วยหายใจ) คือเขาไม่อยากใส่แล้ว เหนื่อย ญาติก็ให้ใส่อีก เสร็จคนไข้บอกเลยว่าเขาไม่อยากใส่ แต่พอเกิดไรขึ้น เราก็ใส่เพราะญาติให้ใส่...เราในฐานะพยาบาลบางทีก็เหมือนคนกลางเน้อ ไม่รู้จะเอาตามความต้องการของใครดี แต่ถ้าตามหลักพอคนไข้ไม่รู้สึกตัวเราก็ยึดญาติอยู่แล้ว แต่นั่นแหละพอคนไข้ดึงท่องี้ บางทีคนไข้ไม่อยากใส่ท่อแล้วไง แล้วให้ทำไงได้ เราก็ต้องตามญาติอยู่ดี เพราะคนไข้ไม่รู้สึกตัวแล้ว มันขัดๆ กับความรู้สึกเรานะบางที" P8

4. ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลยังขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากพยาบาลยังไม่เข้าใจในการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง ในการศึกษานี้พบว่าพยาบาล 8 ราย ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนมากการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมายึดตามแบบรุ่นพี่ หากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์มากพอจนเกิดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองก็จะส่งผลดีแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าว

"ในปีแรกที่ทำงาน เราไม่รู้ว่า palliative care คืออะไร แล้วกับคำว่า NR (not resuscitated) มันตัวเดียวกันไหม ตอนนี้ถามว่ารู้ไหม รู้แต่ยังไม่ลึกซึ้ง" P4

"ยอมรับเลยว่าตัวเองก็ไม่เข้าใจหรอกนะ แต่ก็ทำมาเรื่อยๆตามพี่ๆบ้าง แต่จริงๆมันเป็นยังไง ไม่รู้ เพราะไม่เคยอบรมเฉพาะเรื่องนี้แบบเต็มรูปแบบ ถ้าเกิดเรามีความรู้ที่ถูก คิดว่าน่าจะดีกับคนไข้ และเราก็จะได้เข้าใจมากขึ้นด้วย" P9

"ถามว่าเราเข้าใจ palliative care ไหม เราเองไม่รู้เหมือนกันว่าสิ่งที่เราเข้าใจมันถูกไหม โดยประสบการณ์ด้วย เพราะเรามีประสบการณ์น้อย ส่วนมากพี่ทำเราก็ทำตามพี่" P10

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การที่**ภาระงานมาก**ทำให้พยาบาลไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งหอผู้ป่วยไอซียูของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง ไม่มีผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำให้พยาบาลต้องดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด โดยที่พยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลในอัตราพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 2 คน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สำรวจจากข้อเสนอแนะอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ตายอย่างสงบในหอผู้ป่วยไอซียูพบว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นสาเหตุทำให้มีการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[23] และหากการดูแลของพยาบาลไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของญาติก็จะส่งผลต่อการรับรู้การดูแลผู้ป่วย[14] อีกทั้งผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากที่ต้องได้รับการดูแลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น และยังต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด แต่ด้วย**ทรัพยากรมีจำกัด** ทำให้ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นต้องมีการพิจารณาย้าย

ผู้ป่วยที่มีการดีขึ้น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เหล่านั้น เพื่อจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีในการประคองชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่า การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยไอซียูมีความล่าช้าเนื่องจากภาระงานมากและทรัพยากรที่จำกัดของหอผู้ป่วยไอซียู[24] นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามหลักการขององค์การอนามัยโลกที่ได้ให้ไว้[2] แต่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียูส่วนใหญ่ร้อยละ 95 อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถจะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง เนื่องจากภาวการณ์เจ็บป่วยหรือการได้รับยาที่กดระบบประสาท[25] ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตกเป็นของญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน[26] ซึ่งบางครั้ง**การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย** หากการให้ข้อมูลของทีมผู้ดูแลไม่ชัดเจน ทำให้ญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ เกิดความสับสนจนตัดสินไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะที่มีชีวิตจนเกิดความขัดแย้งในใจ[27] ทั้งนี้การตัดสินใจของญาติในการยื้อหรือยุติชีวิตที่ไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานซึ่งถือเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ และเป็นความล้มเหลวในการรักษาทั้งนี้การรักษานั้นต้องพิจารณาจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อันตรายที่จะเกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายที่ตามมา[28] การ**ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง**ของพยาบาล ทำให้การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูไม่สามารถให้การดูแลอย่างองค์รวม และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ แต่อาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีเพียง 2 ราย จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูมากกว่า 5 ราย และมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยไอซียูโดยเฉลี่ย 5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในไอซียูและหอผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม ประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาด้วยตนเอง[14] และการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านการจัดอบรมหรือการพัฒนาทักษะ จะทำให้พยาบาลสามารถริเริ่ม สร้างสรรค์ ให้การดูแลแบบประคับประคองที่ทันสมัยและมีคุณภาพ[29]

สรุป

ผู้ให้ข้อมูล ได้สะท้อนอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียู 4 ด้าน คือ 1) ภาระงานมาก 2) ทรัพยากรมีจำกัด 3) การตัดสินใจของญาติไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และ 4) ขาดความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำไปอธิบายและบรรยายอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามการรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูอย่างลึกซึ้งเนื่องจากสัมผัสประสบการณ์ดังกล่าวโดยตรง ผลการศึกษาดังกล่าว จะเป็นข้อมูลสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ทางผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยไอซียูให้เพียงพอ รวมทั้งควรมีการจัดอบรมการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูให้แก่พยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล และให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพ

2. ควรศึกษาจากมุมมองของแพทย์และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ของการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยไอซียูอย่างเต็มที่มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sawadbaworn W. Foreword. Palliative care: 2015; 8: 1. Thai.
2. World Health Organization [WHO]. Cancer: Palliative care is an essential part of cancer control [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 4]. Available from: http:// www.who.int/cancer/ palliative/en
3. Limamnuailap S, Tumnong C. Nursing critically ill patients. Khon Khan: Nanawitthaya; 2013. Thai.
4. Kusoom W. Overview of critical care of nursing. In: Kusoom W, editor. Critical care. Bangkok: Samannitibukkon Sahaprachapanit; 2013. p. 1-10.

Thai.

5. Nelson JE, Cortez TB, Curtis JR, et al. Integrating palliative care in the ICU: The nurse in a leading role. J Hos Palliat Nurs. 2011; 13(2): 89-94. doi: 10.1097/NJH.ObO13e318203d9ff
6. Curtis JR. Caring for patients with critical illness and their families: The value of the integrated clinical team. Respir Care. 2008; 53 (4): 480-87.
7. Hutthirutana S. Patient care in good death. Bangkok: Mohjavban; 2009. Thai.
8. Fadare JO, Olaogun DO, Afolayan JM, et al. Perception of nurses about Palliative Care: Experience from South-West Nigeria. Ann Med Health Sci Res. 2014; 4(5): 723-27. doi: 10.4103/2141-9248.141532
9. Meghani SH. A concept analysis of palliative care in the United States. J Adv Nurs. 2004; 46(2): 156-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02975.x
10. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. Crit Care Med. 2014; 42(11): 2418-28. doi: 10.1097/ CCM.0000000000000573
11. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, et al. Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. Palliat Support Care. 2014; 12 (3): 203-10. doi: 10.1017/S1478951512001058.
12. Mahon MM, McAuly WJ. Oncology nurses' personal understandings about palliative care. Oncology Nursing Forum. 2010; 37(3): E141-50. doi: 10.1188/10.ONF.E141-E150.
13. Espinosa L, Young A, Symes L, et al. ICU nurses' experiences in providing terminal care. Crit Care Nurs Q. 2010; 33(3): 273-81. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181d91424.
14. Sastranuruk S, Pattrapakdikul U. Palliative care for terminally ill patients among nurses and caregivers in Songklanagarind hospital. Songkla Med J. 2013; 31(5): 235-44. Thai.
15. Kongsuwan W, Locsin RC. Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care setting: A phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs. 2011; 27(2): 102-10. doi: 10.1016/j. iccn.2010.12.002.
16. Khongthong S, Kongsuwan W, Nilmanat K. Grief experiences of Thai Buddhist spouses of critically ill and death patients. paper presented at: Hadyai Symposium 4th ; proceeding of Hadyai Symposium 4th ; 2013 May 10; U plaza Hadyai university. Available from: http://www.hu.ac.th/conference 2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/ 712_51-59.pdf
17. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. Nurs Crit Care. 2012; 17(3): 151-59. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x.
18. Chaipeth O, Nilmanat K, Kong-in W. ICU nurses' experience in caring for patients at the end of life. TJNC. 2011; 26(1): 41-55. Thai.
19. Chuchor S. Nurses' experience of caring for critically ill Muslim patients at the end of life [dissertation]. [Songkhla]; Prince of Songkla University; 2010. 139p.
20. McConnell-Henry T, Chapman Y, Francis K. Husserl and heidegger: exploring the disparity. Int J Nurs Pract. 2009; 15: 7-15. doi: 10.1111/ j.1440-172X.2008.01724.x
21. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage; 1985.
22. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative . 4 th ed. Philadelphia; PA: Lippincott william & Wilkins; 2007.
23. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving eng-of-life care. Am J Crit Care. 2006; 15(1): 38-45.

24. Neuraz A, Guérin C, Payet C, et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: A multicenter observational study. Crit Care Med. 2015; 43(8): 1587-94. doi: 10.1097/CCM.0000000000001015.
25. Luce JM. Is the concept of informed consent applicable to clinical research involving critically ill patients?. Crit Care Med. 2003; 31(3suppl): S153-60.doi:10.1097/01.CCM.0000054901.80339.01
26. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of critical care medicine. Crit Care Med. 2008; 36(3): 953-63. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096.
27. Sahmaae N, Nilmanat K, Kongsuwan W. Experiences of Muslim caregiver in caring for end stage life in critically ill patients in an intensive care unit. PNU J. 2014; 6(1): 48-59. Thai.
28. Jox RJ, Schaider A, Marckmann G, et al. Medical futility at the end of life: The perspectives of intensive care and palliative care clinicians. J Med Ethics. 2012; 38(9): 540-45. doi: 10.1136/medethics-2011-100479.
29. Nilmanat K. The end of life care. Songkhla: Chanmuang Press; 2012. Thai.