



Good Death: Perspective of Nurses in Critical Care Units* การตายดี: มุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต*

วรารณ	โมงจันทร์**	Waravan	Mongchan**
พิกุล	พรพิบูลย์***	Pikul	Phornphibul***
ประทุม	สร้อยวงศ์****	Pratum	Soivong****

Abstract

Technological advancements in medical treatment can lead to complicated and unnatural deaths in critical care units. Critical care nurses are responsible for providing a good death for dying patients in critical care units. Thus, nurses' perspectives of what constitutes a good death influences the ways they provide care for these patients. This descriptive research aimed to describe nurses' perspectives on the attributes of a good death. The research sample was 305 critical care nurses randomized from 10 government hospitals in upper Northern Thailand, including those at secondary and tertiary levels. The research instruments consisted of a demographic data recording form and the Thai version of the Good Death Inventory (GDI) which had a reliability of .97. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed the respondents perceived attributes of good death. These attributes were classified as the core domains of good death and were ranked from highest to lowest as follows: 1) being respected as an individual, 2) good relationship with family, 3) preparation for death, 4) religious and spiritual comfort, 5) maintaining hope and pleasure, 6) good relationship with medical staff, 7) receiving enough treatment, 8) natural death, 9) feeling that one's life is worth living, and 10) physical and psychological comfort. In addition, some relatively less important characteristics were classified as optional domains of good death and were ranked from highest to lowest as follows: 1) life completion, 2) dying in a favorite place, 3) environmental comfort, 4) control over the future, 5) awareness of death, 6) independence, 7) not being a burden to others, and 8) pride and beauty.

The results of this study can contribute to knowledge regarding good death of critically ill patients as perceived by critical care nurses in Thailand. These findings also provide information for further improving critical care nurses' competency in end-of-life care. Factors associated with good death as well as nursing interventions promoting good death among critical care nurses are recommended for further studies.

Keywords: Good death; End of life; Critical care nurses

*Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: waravanmongchan@gmail.com

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 27 June 2016; Revised 29 July 2016; Accepted 19 August 2016



บทคัดย่อ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถทำให้การตายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความยุ่งยากซับซ้อนและไม่เป็นตามธรรมชาติ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นมุมมองของพยาบาลเกี่ยวกับการตายดีมีอิทธิพลต่อวิธีการดูแลสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคุณลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 305 ราย โดยการสุ่มจากโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 10 แห่งในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการตายดีฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะของการตายดีที่รับรู้โดยกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะหลักของการตายดีเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ 1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 3) การเตรียมตัวก่อนตาย 4) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 7) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 8) การตายอย่างธรรมชาติ 9) ความรู้สึกว่ามีค่า และ 10) ความสุขสบายด้านจิตใจ และนอกจากนี้คุณลักษณะที่สำคัญน้อยกว่าถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดี เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) ความสมบูรณ์ของชีวิต 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสบายของสภาพแวดล้อม 4) การควบคุมอนาคต 5) การตระหนักรู้ถึงความตาย 6) ความเป็นอิสระ 7) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น และ 8) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยวิกฤตตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ข้อค้นพบนี้ยังเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป คือ ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายดีและการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: การตายดี การดูแลระยะท้ายของชีวิต พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: waravanmongchan@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถรักษาและยืดชีวิตผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก ผู้ป่วยบางกลุ่มสามารถยืดชีวิตได้สำเร็จ แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยที่การบำบัดรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่สามารถยืดชีวิตหรือทำให้ดีขึ้นได้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทรุดลง และตายในที่สุด (Staworn, 2011) การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมักพบการตายอยู่เสมอ

สถิติการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนการตายในโรงพยาบาลเป็นการตายที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤต (Miller, Forbes, & Boyle, 2001) และจากสถิติการตายในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามของการตายในโรงพยาบาลเป็นการตายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Medical Records and Statistics Section Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2015)

การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี (Sangchart, 2014) แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีสุขภาพอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดีมีสัดส่วนไม่มากนัก (Health Assembly specific issues, 2013a) ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้รับการดูแลทั้งหมด และมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังได้รับการทำหัตถการที่คุกคามร่างกาย (Sooraphanth, Katanyoo, & Bunditvattanawong, 2012) หัตถการเหล่านี้ส่วนหนึ่งถือเป็นการยืดชีวิตที่การสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยก่อนการตาย (Phra Paisal Visalo, 2015) ผู้ป่วยที่ตายในหอผู้ป่วยวิกฤตมักจะตายในสภาพที่ยังใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น เป็นเพียงการยืดความตายแต่ไม่ใช้การรักษาให้หายได้ ซึ่งการตายในลักษณะนี้ถูกมองว่าเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Ungsraphan, 2009) อีกทั้งคนทั่วไปยังมีความเชื่อว่าการตายในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ใช่การตายดี

การตายดี ยังไม่มีนิยามที่เป็นสากล ในซีกโลกตะวันออก ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการตายดี โดยเริ่มจากแนวคิดว่าภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดเรื่องการตายดีของชาวญี่ปุ่นมีความแตกต่างกับชาวตะวันตก จึงได้เริ่มการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตายดีในมุมมองของชาวญี่ปุ่น (Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006) ต่อมาได้มีพัฒนาแนวคิดนี้เรื่อยมา ดังการศึกษาของมียาชิตะและคณะ (Miyashita et al., 2008) ซึ่งพัฒนามาจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้ระบุว่าความตายดีประกอบด้วยคุณลักษณะ 18 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 4) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสบายของสภาพแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การตายอย่างธรรมชาติ 12) การเตรียมตัวก่อนตาย 13) ความความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า 14) การตระหนักรู้ถึงความตาย 15) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 16) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม 17) การควบคุมอนาคตและ 18) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

การตายดีเป็นการตายที่มีคุณลักษณะที่พึงปรารถนา คนทุกคนย่อมปรารถนาให้การตายของตนเองเป็นการตายที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงได้รับ ดังปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (Office of the Council of State, 2007a) แต่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักจะพบปัญหาในการรักษาที่มุ่งเน้นด้านร่างกายมากเกินไป และการละเลยมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Chatrkaw, 2011) เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์จึงพยายามให้การดูแลอย่างดีที่สุด

พยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตายของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล และมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี (Walker, & Read, 2010) ในปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Chaipet, Nilmanat, & Kongin, 2011; Kongsuwan



& Locsin, 2009) แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติ ประสิทธิภาพในการดูแล และปัญหาด้านจิตใจของพยาบาล (Wattradul, & Sombatkaew, 2013; Rans, Yates, & Coyer, 2012) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยพยาบาลควรจะต้องมีความเข้าใจในแนวคิดเรื่องการตายดีเป็นอย่างดี การศึกษามุมมองต่อการตายดี จะทำให้ทราบถึงลักษณะการตายดีในมุมมองของพยาบาล ซึ่งสะท้อนมาจากความเข้าใจ ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการตายดีได้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองต่อการตายดีของพยาบาลวิกฤต พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศมีจำนวน 3 เรื่อง (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006; Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) และในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง (Kongsuwan, Keller, Touhy, & Schoenhofer, 2010) ผลการศึกษาได้ระบุถึงลักษณะของผู้ป่วยก่อนตาย สิ่งแวดล้อมและการได้รับการดูแลที่ได้รับก่อนตายแต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถอธิบายการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ในภาพรวมได้ ทำให้ไม่สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้ได้เหมาะสมและชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะของการตายดีตามมุมมองของพยาบาลวิกฤตเพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เรื่องการตายดี และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทั้งในด้านการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตได้บรรลุการตายดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

ลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะการตายดีตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดการตายดีของ มียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงพรรณนา แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หมวดหมู่เป็นคุณลักษณะตามผลการศึกษา โดยมีความเชื่อว่ามีผลหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดเรื่องการตายดีมีความแตกต่างกัน การตายดีตามแนวคิดที่วิเคราะห์ได้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 18 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 4) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสบายของสภาพแวดล้อม 9) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การตายอย่างธรรมชาติ 12) การเตรียมตัวก่อนตาย 13) ความรู้สึกที่ชีวิตของเขานั้นมีค่า 14) การตระหนักรู้ถึงความตาย 15) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 16) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม 17) การควบคุมอนาคต และ 18) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาลักษณะการตายดีของผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ที่อยู่ในสังกัดของรัฐบาล ในเขตภาคเหนือตอนบน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเต็มเวลา จำนวน 906 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 906 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 277 ราย และเนื่องจากใช้การรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ จึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 332 ราย ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก รายชื่อแบบแทนที่ (sampling with replacement) ในการวิจัยครั้งนี้ได้แจกแบบสอบถาม 332 ฉบับ ได้รับการตอบกลับ 311 ฉบับ อัตราการตอบกลับ (response rate) ร้อยละ 93.67 ในจำนวนนี้เป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้ จำนวนทั้งสิ้น 305 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 91.87

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเภทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานอยู่ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

2. แบบประเมินการตายดี (GDI) ของมียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย เพ็ญภัสสร มาพงษ์ (Mapong, 2013) โดยแบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงปริมาณที่มียาชิตะ และคณะ (Miyashita et al., 2008) ได้ทำการศึกษามาก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ. 2006 และปี ค.ศ. 2007 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดการตายดี ซึ่งเป็นกลุ่มของคุณลักษณะการตายดี 18 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยคุณลักษณะจำนวน 2 ถึง 3 ข้อ รวม 52 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

แบบประเมินการตายดี (GDI) ต้นฉบับ (Miyashita et al., 2008) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แต่ไม่ได้ระบุดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาไว้ และได้ทดสอบความตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) กับแบบประเมินการดูแล (care evaluate scale: CES) และแบบประเมินความพึงพอใจ (overall care satisfaction) พบว่ามีความสอดคล้องภายในสูง ($\alpha = 0.74-0.95$) และแบบประเมินการตายดีฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย เพ็ญภัสสร มาพงษ์ (Mapong, 2013) การแปลได้ใช้การแปลย้อนกลับ (back translation) ผ่านการทดสอบความทัดเทียมของภาษา (semantic equivalence) และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI = เท่ากับ 1) และดัดแปลงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการรวมข้อคำถามที่สื่อความหมายในทางเดียวกัน และปรับลักษณะคำตอบที่เป็นแบบมาตราวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 7 ระดับ ให้เป็น 5 ระดับเพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครเข้าใจลักษณะคำตอบง่ายยิ่งขึ้น ทั้งนี้ข้อคำถามในแบบสอบถามไม่ได้เจาะจงถึงผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลเอง แต่เป็นมุมมองทั่วไปต่อการตายดี และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับคำถามนำจากเดิม ที่ว่า "ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกร้อยละเท่าไรในช่วงสุดท้ายของชีวิต" เป็น "ท่านคิดอย่างไร เกี่ยวกับคุณลักษณะการตายดีเหล่านี้" เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้วิธีการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมทั้งผู้บริหารและกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการชี้แจงผ่านเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางปฏิบัติในการตอบแบบสอบถาม และสามารถให้ข้อมูลโดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น และนำเสนอในภาพรวม ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการรวบรวมข้อมูล แล้วจึงทำ



การติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงานโครงการวิจัยทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถาม และขอรายชื่อพยาบาลเพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงานโครงการวิจัย พร้อมทั้งระบุกลุ่มตัวอย่างและจำนวนตามที่คำนวณไว้ และขอความอนุเคราะห์ในการแจกและรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ภายใน 4 สัปดาห์ทางไปรษณีย์ ทั้งนี้เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามการรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ประสานงานของฝ่ายการพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อได้แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนั้นมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบบประเมินการตายดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และการแปลผลคะแนนตามแนวทางของการวิจัยที่ได้ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกันในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan, Hongjuan, Tieying, & Xuemei, 2015) เพื่อจัดประเภทของกลุ่มคุณลักษณะด้วยจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในระดับความเห็น "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" โดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคุณลักษณะหลัก (core domain) คือ กลุ่มที่ข้อย่อยทุกข้อภายในกลุ่มได้รับความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป อธิบายว่าข้อย่อยทุกข้อในกลุ่มคุณลักษณะหลักเหล่านั้นเป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี และกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก (optional domain) คือ กลุ่มคุณลักษณะที่ข้อย่อยบางข้อ หรือทุกข้อมีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" อธิบายว่า ลักษณะในข้อย่อยบางข้ออาจเป็นหรือไม่เป็นลักษณะของการตายดีก็ได้ กลุ่มคุณลักษณะทางเลือกมีความสำคัญน้อยกว่ากลุ่มคุณลักษณะหลัก (Miyashita et al., 2008)

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 ราย พบว่าร้อยละ 94.75 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 22 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 34.71 ปี (SD = 7.98) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.39 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 3.28 และศาสนาอิสลามร้อยละ 0.33 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่ 1 ถึง 30 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 10.25 ปี (SD = 7.56) ตำแหน่งในการปฏิบัติงานพบว่าร้อยละ 97.05 เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และร้อยละ 2.95 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ลักษณะหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 93.11 เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะทาง และร้อยละ 6.89 เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.82 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 9.18 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ในด้านประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.64 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมาก่อน และร้อยละ 95.13 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วย

คุณลักษณะของการตายดีที่รับรู้โดยกลุ่มตัวอย่างถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี (core domain) มีจำนวน 10 กลุ่ม เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล 2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 3) การเตรียมตัวก่อนตาย 4) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ 7) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 8) การตายอย่างธรรมชาติ 9) ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า และ 10) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย และคุณลักษณะที่สำคัญน้อยกว่าถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดี (optional domain) มีจำนวน 8 กลุ่ม เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ 1) ความสมบูรณ์ของชีวิต 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสบายของสภาพแวดล้อม 4) การควบคุมอนาคต 5) การตระหนักรู้ถึงความตาย 6) ความเป็นอิสระ 7) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น และ 8) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม



การอภิปรายผล

คุณลักษณะหลักของการตายดี อภิปรายเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดดังนี้ การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล ถูกยอมรับว่าเป็นลักษณะของการตายดีสูงสุด คล้ายกับผลการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015). และประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) ซึ่งทั้งสองประเทศอยู่ในซีกโลกตะวันออกเหมือนประเทศไทย อาจมีวัฒนธรรมคล้ายกันในเรื่องความเคารพในความเป็นบุคคลของมนุษย์ สะท้อนถึงการให้ความสำคัญเรื่องการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่มองว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวเป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี สะท้อนถึงวัฒนธรรมตะวันออกที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย (Kongsuwan et al., 2010) ผลการศึกษาในต่างประเทศ ในซีกโลกตะวันตก (Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) และแนวคิดทางศาสนา (Department of medical services, 2014) ที่ล้วนให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว

การเตรียมตัวก่อนตาย สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเตรียมตัวก่อนตายเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการตายดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ผลการศึกษาในประเทศทางตะวันตก (Ryan & Seymour, 2013) และเจตนารมณ์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวต่อความตายและแสดงความต้องการต่อความตาย (Office of the National Health Commission, 2010)

ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Bratcher, 2010) และหลักการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคม แต่ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะนี้ในลำดับสุดท้าย นำสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 69 ระบุว่าตนเองมีความเชื่อในศาสนาน้อย และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศจีนมีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้นที่มีความเชื่อทางศาสนา ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกรายมีศาสนาที่นับถือ อาจเป็นสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) การศึกษาของประเทศจีน (Haishan et al., 2015) และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ความหวังสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือเป็นความต้องการหรือเป็นเป้าหมายในชีวิต และเป็นพลังทางบวกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามทำให้ชีวิตมีความสุขและเป็นกำลังใจให้ดำเนินชีวิตต่อไป (Thongprateep, 2010)

ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ที่ดีทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ (Panitrat, 2015) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว จะนำไปสู่การดูแลที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดี ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการตายดี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และการศึกษาของประเทศจีน (Haishan et al., 2015)

การได้รับการรักษาที่เพียงพอ ผลการศึกษาแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง การศึกษาในประเทศจีนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีหน้าที่ให้การให้การพยาบาลผู้ป่วย และบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และรอดชีวิต อาจเป็นเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะนี้ค่อนข้างมาก



การตายอย่างธรรมชาติ สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการตายดีควรมีลักษณะที่เป็นการตายอย่างธรรมชาติ และสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิกฤตในประเทศตะวันตก (Beckstrand et al., 2006; Bratcher, 2010; Ryan & Seymour, 2013) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาก็มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างให้คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเท่านั้น

ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า สะท้อนถึงการเคารพในฐานะบุคคลของผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มคุณลักษณะความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่าเป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดีเท่านั้น

ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย การได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นความปรารถนาหนึ่งที่สำคัญของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Kurat, Pharakho, & Swannakot, 2013) ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นคุณลักษณะการตายดีสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ (Miyashita et al., 2008; Kongsuwan et al., 2010; Bratcher, 2010) และยังสอดคล้องกับนิยามการตายดีของสถาบันทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Field & Cassel, 1997) นิยามของการตายดีในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 (Health Assembly specific issues, 2013b) แสดงให้เห็นว่ามีการยอมรับว่าความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกายเป็นคุณลักษณะของการตายดีอย่างกว้างขวาง

การอภิปรายผลการศึกษาในกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มคุณลักษณะทั้ง 10 กลุ่ม มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกัน การวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และนิยามการตายดีอื่น ๆ ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันว่ากลุ่มคุณลักษณะดังกล่าวได้รับการยอมรับโดยทั่วไปให้เป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี และมีความเป็นสากล สำหรับกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกได้อภิปรายผลตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

ความสมบูรณ์ของชีวิต ถูกจัดให้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกของการตายดีเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนนี้คิดว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะรู้สึกตัว ทำให้การส่งเสริมในประเด็นนี้ทำได้ยาก แต่ทั้งนี้ก็ยังถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาล

การตายในสถานที่ที่พอใจ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยเลือกหอผู้ป่วยเองอาจเป็นไปได้ยาก เพราะต้องใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการพิจารณาอาการของผู้ป่วย และความพร้อมของหอผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลัก อาจเนื่องมาจาก ในประเทศญี่ปุ่นมีความรู้และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าประเทศไทยและประเทศจีน

ความสบายของสภาพแวดล้อม ในการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) คุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดี เช่นเดียวกับการศึกษาของแบรทเชอร์ (Bratcher, 2010) และในมุมมองของพุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย (Phra Paisal Visalo, 2010) แต่ผลจากการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่าคุณลักษณะนี้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก แสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมน้อย ทั้งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก ๆ

การควบคุมอนาคต การให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ความจริงจะช่วยให้เกิดการยอมรับ และการเตรียมตัวเพื่อรับมือกับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคุณลักษณะนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al.,



2015) อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังเชื่อว่าการไม่ต้องรับรู้ถึงความตายที่จะเกิดขึ้นดีกว่า หรืออาจเกิดจากลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มักไม่รู้สึกรู้สีกตัว การรับรู้ถึงความตายและการคิดถึงอาการของตนเองในอนาคตอาจเป็นไปได้น้อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การตระหนักรู้ถึงความตาย ผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า การตระหนักรู้ถึงความตายถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) อาจมีสาเหตุคล้ายกับคุณลักษณะการควบคุมอนาคต

ความเป็นอิสระ ความเป็นอิสระเป็นความต้องการด้านอัตลักษณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nilmanat, 2012) ผลการศึกษาของประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ความเป็นอิสระอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะหลัก แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเท่านั้น ทั้งนี้ในทางปฏิบัติการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความอิสระในกิจวัตรประจำวัน อาจไม่สามารถทำได้ทุกราย

การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้เหตุผลว่าในวัฒนธรรมจีนการดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติตามหลักการของความกตัญญู แม้ว่าในมุมมองของคนทั่วไปจะปรารถนาให้การตายของตนเองไม่สร้างความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น (Phra Paisal Visalo, 2013) และการอยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่มีความอิสระ เป็นภาระแก่ผู้อื่น เป็นการตายที่ไม่ดี (Vig & Pearlman, 2004) แต่ในมุมมองของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยไม่ได้คิดว่าเป็นภาระ อีกทั้งสังคมไทยก็มีแนวคิดเรื่องความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ การดูแลสมาชิกในครอบครัวคล้ายกับวัฒนธรรมของชาวจีน กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยว่าการไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นเป็นคุณลักษณะของการตายดี

ความภาคภูมิใจและความสวยงาม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008) และประเทศจีน (Haishan et al., 2015) ที่ให้กลุ่มคุณลักษณะนี้เป็นกลุ่มคุณลักษณะทางเลือกเช่นกัน ประเด็นความสงสารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ (Kurat et al., 2013) กล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นผู้ที่มีความรู้สึกร่วมต่อผู้ป่วย จึงอาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่าการได้รับความสงสารจากบุคคลอื่นไม่ได้เป็นเรื่องเลวร้าย และเป็นสิ่งที่ยอมรับได้

นอกจากลักษณะการตายดีที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสำคัญหรือเห็นว่าเป็นทางเลือกของการตายดีแล้วยังพบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างบางราย มีความเห็นที่ในระดับไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วยต่อข้อย่อยบางข้อซึ่งเป็นลักษณะที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นลักษณะของการตายดี เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับครอบครัวอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก ซึ่งอาจเป็นการสะท้อนถึงการขาดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรืออาจเป็นการสะท้อนถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ในประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาในเชิงลึกถึงสาเหตุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป
3. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ควรทำการศึกษาทดลองเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤต



References

- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end of life care. *American Journal of Critical Care, 15*(1), 37-45.
- Bratcher, J. R. (2010). How do critical care nurses define a "good death" in the intensive care unit? *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(1), 87-99. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181c8e2d7
- Chaipet, O., Nilmanat, K., & Kongin, W. (2011). Experience of ICU nurses in hospice care. *Journal of Nursing Council, 26*(1), 41-54.
- Chatrkaw, P. (2011). End of life care: Quality improvement. In D. Staworn, A. Wattanatum & A. Poompichet (Eds.), *Critical care medicine: Make it easy* (pp. 520-526). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2014). *Guidelines for palliative care 2014*. Retrieved from https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf (in Thai)
- Field, M. J., & Cassel, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life*. Retrieved from http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5801
- Haishan, H., Hongjuan, L., Tieying, Z., & Xuemei, P. (2015). Preference of Chinese general Public and healthcare providers for a good death. *Nursing Ethics, 22*(2), 217-227. doi: 10.1177/0969733014524760
- Health Assembly Specific Issues. (2013a). *National strategic plan for post-life health promotion 2014-2016* (Resolution). Retrieved from http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/resolution_gooddeath_17_Dec_final.pdf
- Health Assembly Specific Issues. (2013b). *National strategic plan for post-life health promotion 2014-2016* (Main Document). Retrieved from http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/main_gooddeath_17_Dec_final.pdf
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(2), 140- 147. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.012
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review, 56*, 116-122. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00674.x
- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: An empirical study. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(5), 241-247.
- Kurat, S., Pharakho, P., & Swannakot S. (2013). *End-stage care: A challenging new dimension. Nurse's role*. Maha Sarakham: Sri Maha Sarakham Nursing College.
- Mapong, P. (2013). *Evaluation of end-stage critical care and mortality by family members* (Master's Thesis, Khon Kaen University). Retrieved from <http://tdc.thailis.or.th/tdc/download.php> (in Thai)



- Medical Records and Statistics Section Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2015). *Statistics of movement of patients admitted to hospital Classified by ward 2014*. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/hospital/medrec/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=932:9003&catid=142&Itemid=589 (in Thai)
- Miller, P. A., Forbes, S., & Boyle, D. K., (2001). End-of-life care in the intensive care unit: A challenge for nurses. *American Journal of Critical Care, 10*(4), 230-237.
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management, 35*(5), 486-498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009
- Nilmanat, K. (2012). *The end of life care*. Songkhla: Chanmuang of printing.
- Office of the Council of State (2007a). *Constitution of the Kingdom of Thailand 2007*. Retrieved from <http://www.ogad.ago.go.th/dagsu/images/stories/ratamnoon/2550.pdf>
- Office of the National Health Commission (2010). *Last needs of life (living will) letter of intent by National Health Act, B.E. 2550 (2007), Section 12*. Nondebi: Author.
- Panitrat, R., (2015). Remedial communication. In P. Intarasombat & S. Kasemkijwattana (Ed.), *Handbook for developing skills for nurses in hospice care* (1st ed., pp. 19-46). Nonthaburi: The National Strategic Plan Driving Project.
- Phra Paisal Visalo. (2010). *Dharma for the patient*. Nakhon Pathom: Mahamakut Buddhist College. (in Thai)
- Phra Paisal Visalo. (2013). *Beyond death, from crisis to opportunity*. Bangkok: Buddhika Network. (in Thai)
- Phra Paisal Visalo. (2015). *What should Thai society learn from the death of Yodlak Salakjai* Retrieved from http://www.visalo.org/article/D_Yodrak.htm (in Thai)
- Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2012). End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care, 25*(1), 4-12. doi: 10.1016/j.aucc.2011.04.004
- Ryan, L., & Seymour, J. (2013). Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. *End of Life Journal, 3*(2), 1-9. doi:10.1136/eoljnl-03-02.1
- Sangchart. B., (2014). Spiritual well-being and good death. *Journal of Nursing Science & Health, 37*(1), 147- 156. (in Thai)
- Sooraphanth, C., Katanyoo, K., & Bunditvattanawong, C. (2012). Palliative care prior to death for in-patients at the Faculty of Medicine, Vajira Hospital: A situational analysis. *Vajira Medical Journal, 56*(2), 113-121. (in Thai)
- Staworn, D. (2011). Palliative care in the ICU setting. In D. Staworn, A. Wattanatum, & A. Poompichet (Ed.), *Critical care medicine: Make it easy* (pp. 527-536). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Thongprateep. T. (2010). *Nurse: Being with the dying* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)



- Ungpraphan, V. (2009). Right to refuse treatment, right to die. In P. Limsathit & A. Khansen (Ed.), *Before the defoliation letter showing the intention of leaving in the last period* (2nd ed., pp. 59-74). Bangkok: Amy Enterprise.
- Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Archives of Internal Medicine*, 164(9), 977-981. doi:10.1001/archinte.164.9.977
- Walker, R., & Read, S. (2010). The Liverpool care pathway in intensive care: An exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 267-273.
- Wattradul, D., & Sombatkaew, N. (2013). Improving nursing care for critical patients with terminal illness: Perspectives of critical nursing student of the Thai Red Cross College of Nursing. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24(2), 44-56. (in Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.