



การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

Surrogates' Decision Making and Its' Outcomes Regarding Treatments for
Buddhist Critically Ill Patients at the End Stage of Life

ปวันนุช กลิ่นมาลี

PawunnutKlinmalee

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

**Surrogates' Decision Making and Its' Outcomes Regarding Treatments for
Buddhist Critically Ill Patients at the End Stage of Life**

ปวันนุช กลิ่นมาลี

PawunnutKlinmalee

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ผู้เขียน นางสาววันนุช กลิ่นมาลี

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุศรา หมั่นศรี)

.....กรรมการ
(ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวันนุช กลิ่นมาลี)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวปวันนุช กลิ่นมาลี)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต
ผู้เขียน	นางสาวปวันนุช กลิ่นมาลี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ ผลการตัดสินใจและเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 120 ราย โดยเป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดมอบหมายให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลพุทธนิคมและตติยภูมิในภาคใต้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทน 3) แบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และ 4) แบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล 3 ลำดับแรก พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนสอบถามอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน และอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ร้อยละ 94.2, 74.2 และ 70 ตามลำดับ 2) การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ 3 ลำดับแรก พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ความเชื่อทาง

ศาสนา และความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ ร้อยละ 100, 99.2 และ 94.2 ตามลำดับ

3) การปฏิบัติในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก 2 ลำดับแรก พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนและทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ ร้อยละ 88.3 และ 82.5 ตามลำดับ

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย ร้อยละ 68.3, 62.5 และ 37.5 ตามลำดับ และผู้ตัดสินใจแทนได้บอกผลการตัดสินใจของตนแก่ทีมสุขภาพ ครอบครัวและญาติ และผู้ป่วย ร้อยละ 48, 45.6 และ 6.4 ตามลำดับ

เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ 1) การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยพบว่า การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและผู้ป่วยยังมีความหวังร้อยละ 90 และ 60 ตามลำดับ และการตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่าเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วย ร้อยละ 82.9 และ 42.9 ตามลำดับ 2) การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย พบว่า การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยร้อยละ 75.4 และ 26.2 ตามลำดับ การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและโรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 100 และ 85.7 ตามลำดับ และการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 66.7 เท่ากัน 3) การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาและเป็นไปตามแผนการดูแลรักษาของทีมสุขภาพร้อยละ 62.2 และ 48.8 ตามลำดับ

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตต่อไป

Thesis Title Surrogates' Decision Making and Its' Outcomes Regarding Treatments for Buddhist Critically Ill Patients at the End Stage of Life

Author Miss Pawunnut Klinmalee

Major Program Nursing Science (Adult Nursing)

Academic Year 2015

ABSTRACT

This descriptive research study aimed to examine practices and process of surrogates' decision making, outcomes of surrogates' decision making, and reasons for the surrogates to make decision on treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life. One hundred and twenty surrogates, who acted agents and with the consent on the patients themselves or their family members or who were a blood relation and who made decisions on treatment for patients, were enrolled. Patients were treated in internal medicine intensive care units and internal medicine units at secondary and tertiary hospitals. Data were collected by questionnaire and individual interview, covering: 1) personal information of the patient, 2) personal information of the surrogate, 3) the process of surrogate's decision making, and 4) the outcomes of surrogate's decision making. Content validity of the questionnaire was confirmed by three experts yielding content validity index (S-CVI/Ave) of 1.0, and reliability of the decision making process questionnaire of surrogates was tested using Kuder-Richardson 20(KR-20), which yielded the value of 0.87. Data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation and content analysis. The research found that:

The practices of decision making process of surrogates on treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life could be classified into 3 aspects.

1) On practices of acknowledging information at three levels the proportions of surrogates who asked about current conditions of patients, present treatment plan given to patients, and symptom changes and disorders of the patients that might occur in the future were 94.2%, 74.2%, and 70%, respectively.

2) On practices of analysis at three levels the proportions of surrogates who considered the beliefs and values that the patients held strongly, the religious beliefs of patients, and the patients' suffering from an illness were 100%, 99.2%, and 94.2%, respectively.

3) On practices of determining and analyzing treatment choices at two levels the proportions of surrogates who discussed with other family members and with the health care team were 88.3% and 82.5%, respectively.

On outcomes of surrogates' decision making on treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life the proportions of the surrogates who made decision for comfort care, terminating patients' lives, and prolonging patients' lives were 68.3%, 62.5%, and 37.5%, respectively. Proportions of surrogates who reported their decisions to the health care team, family and relatives, and patients were 48%, 45.6%, and 6.4%, respectively.

Reasons for the surrogates to make decision on treatments for Buddhist critically ill patients at the end stage of life found were as follows: 1) Regarding prolonging patients' lives, 90% and 60% surrogates decided on full treatment in order to provide the best patient care and to meet the patients' hopes, respectively, and 82.9% and 42.9% decided on limiting treatment because of suffering from treatment and to palliate patients' symptoms, respectively. 2) Regarding terminating patients' lives, 75.4% and 26.2% surrogates decided to request no additional treatment for their patient because of suffering from treatment and because of accepting the conditions of their illness, respectively. All (100%) and 85.7% requested no additional treatment or cancelled some treatment because of suffering from treatment and because of end stage of disease, respectively. Others cancelled all treatment options because of suffering from treatment and wanting the patients to die at home (66.7%). 3) Regarding comfort care, 62.2% and 48.8% surrogates decided based on decreasing suffering from disease and treatment, and based on the treatment plan of the health care team, respectively.

The findings of this study can inform health care teams to develop nursing practices, and to support surrogates and family members concerning treatments for critically ill patients at the end stage of life.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลือที่ดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดีเสมอมา รวมทั้งกำลังใจที่มีให้ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบ เครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้ งานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2554 ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้องชาย และครอบครัวอันเป็นที่รักที่คอยห่วงใยเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

ปวันนุช กลิ่นมาลี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์การวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต.....	12
แนวคิดศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต.....	15
การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต.....	20
การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้าย ของชีวิต.....	35
ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้าย ของชีวิต.....	58
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	71
ผล การ วิจัย	72
.....	
อภิปรายผลการวิจัย.....	112
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	133
สรุปผลการวิจัย.....	133
ข้อเสนอแนะ.....	136
เอกสารอ้างอิง.....	138
ภาคผนวก.....	157
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	158
ข การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	168
ค เอกสารให้การยินยอม.....	172
ง แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	173
จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	174
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	179
ประวัติผู้เขียน.....	180

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธใน ระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป (N = 120).....	72
2	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (N = 120).....	74
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตาม ข้อมูลอาการทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน(N = 120).....	77
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย วิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป (N = 120).....	80
5	จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของ ชีวิตจำแนกรายข้อในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล (N = 120).....	83
6	จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของ ชีวิตจำแนกรายข้อในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ (N = 120).....	85
7	จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของ ชีวิตจำแนกตามรายข้อในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก (N = 120).....	86
8	จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายด้าน (N = 120).....	87
9	จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายข้อของ	

	การตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย (n = 45).....	88
10	จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายชื่อของการตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย (n = 75).....	89
11	จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายชื่อของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย (n = 82).....	90
12	จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามการบอกผลการตัดสินใจ (N = 120).....	(13)

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง (n = 10).....	92
14	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย (n = 35).....	94
15	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน (n = 65).....	99
16	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง (n = 7).....	104
17	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด (n = 3)....	107
18	จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย (n = 82).....	108
19	การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต.....	169
20	การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต.....	170

21	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้า และผลการทดสอบไคสแควร์ (N = 120).....	174
22	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามอายุโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต อาการปัจจุบัน การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วย ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และผลการทดสอบไคสแควร์(N = 120).....	175
23	จำนวนและร้อยละของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และผลการทดสอบไคสแควร์(N = 120).....	(11)

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต.....	8
2	ผลการตัดสินใจและเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต.....	111

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต มีผลทำให้การทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ปอด ตับ ไต ลิ้นหัวใจและร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะเหล่านั้นได้ ทำให้ระดับความรู้สึกลดลง สัญญาณชีพไม่คงที่ ซึ่งแพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ และบุคคลจะเข้าสู่กระบวนการของการเสียชีวิตและเสียชีวิตในที่สุด (วราภรณ์, 2558) จึงต้องมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีในการดูแลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น หอบเหนื่อยและด้านเครื่องช่วยหายใจ กระสับกระส่ายเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ทรมานและเหนื่อยล้า ไม่สบายจากการใช้เทคโนโลยีต่างๆ (Hov, Hedeli, & Athlin, 2007) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกกลัวความตาย ความรู้สึกของความเป็นมนุษย์ลดลง โดดเดี่ยว ต้องแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Locsin, & Kongsuwan, 2013) และยังส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวล (ยุวนิดา, กิตติกร, และพัชรียา, 2552) เสรีโสภิตความสามารถในการคิดและการจัดการต่างๆลดลง (สิริวรรณ, วราภรณ์, และกิตติกร, 2556) ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาชีวิตของผู้ป่วย (นริสา, กิตติกร, และวราภรณ์, 2556) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นการดูแลเพื่อจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย และส่งเสริมความสุขสบายทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถก้าวผ่านความทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กิตติกร, 2555)

การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 การรักษา คือ การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต (Mani, 2003; Mehta, Anderson, Hunt, Chaitin, & Arnoide, 2011) และการรักษาพยาบาลเพื่อความสบาย (Silveira, Kim, & Langa, 2010) การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต คือ การรักษาพยาบาลที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไป (Mani, 2003) การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต คือ การยุติการรักษาพยาบาลที่ไร้ประโยชน์ หรือการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้นและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) และการรักษาพยาบาลเพื่อความสบาย คือ การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วย

มีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน แต่อย่างไรก็ตามการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เป็นภาวะที่ยากลำบากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและฟิงพาเทคโนโลยีช่วยชีวิต ไม่อยู่ในภาวะที่จะตัดสินใจด้วยตนเองได้ และอาจไม่มีการเขียนหรือแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า (Miyata, Shiraishi, & Kai, 2006) ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นบทบาทของผู้ตัดสินใจแทน (Quinn, Schmitt, Baggs, Norton, Dombeck, & Sellers, 2012) ซึ่งตามกฎหมายกำหนดให้บุคคลที่บรรลุนิติภาวะและเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ญาติสายตรงของผู้ป่วย หรือการแต่งตั้งตัวแทนโดยชอบเป็นผู้มีสิทธิตัดสินใจ (สันต์, 2553) แต่ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดอาจเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ผู้ป่วยอยู่ด้วยตลอด มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งส่วนใหญ่การตัดสินใจมักเป็นการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวร่วมกันหลายๆ คน แต่สุดท้ายจะต้องมีบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้นที่ต้องตัดสินใจและเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา (Silveira et al., 2010)

การตัดสินใจเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต (Thelen, 2005) การตัดสินใจจึงต้องผ่านกระบวนการคิด ไตร่ตรองเชิงเหตุผลมีการใช้ปัญญาในการกำกับความคิดการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ (Lind, Lorem, Nortvedt, & Hevroy, 2012) รวมทั้งสามารถวิเคราะห์การกระทำและผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับ (Lee et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากระบวนการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยไอซียูแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน (Limerick, 2007; Sanford, Townsend, Horigan, & Hall, 2011; Thelen, 2005) คือ 1) การรับทราบข้อมูล เพื่อนำมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต 2) การคิดวิเคราะห์ เป็นการวิเคราะห์ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลอย่างไรต่อผู้ป่วยและควรตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่างไร 3) การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกและยอมรับทางเลือกนั้นๆ และ 4) การตัดสินใจเลือก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งก็คือผลการตัดสินใจ

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกระหว่างการตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย (Detering et al, 2010; Silveira et al., 2010) การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น การตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่ทุกอย่างและการตัดสินใจจำกัดการรักษา การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น การตัดสินใจไม่รักษาเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน การตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง และการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด

ทั้งนี้ผลการตัดสินใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้พื้นฐานความเชื่อทางวัฒนธรรม และคุณค่าภายในตัวบุคคล (Curtis & Vincent, 2010) จึงไม่สามารถตัดสินใจว่าการตัดสินใจของบุคคลใดเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด แต่ความสำคัญของการตัดสินใจอยู่ที่ได้มีการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของตัวผู้ป่วย ว่าในระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไร ได้รับความสุขสบายหรือความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากการรักษาพยาบาล หรือเสียชีวิตอย่างไร (Mercurio, 2006) รวมทั้งตัวผู้ตัดสินใจตนเองว่าจะสามารถยอมรับและเตรียมใจในสิ่งที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนเองได้มากน้อยเพียงใด (Chang, Huang, & Lin, 2010) ทั้งนี้การตัดสินใจก็มีผลกระทบตามมาได้เช่นกัน เช่น ผู้ตัดสินใจแทนรู้สึกผิดว่าการตัดสินใจของตนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนตัดสินใจเป็นสิ่งที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วย (กิตติพล, 2555) ทั้งนี้ผลของการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทนว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจอย่างไร และได้กระทำอย่างเต็มที่หรือไม่ (Thelen, 2005)

จากการศึกษาของคงสุวรรณและไชยเพชร (Kongsuwan & Chaipet, 2011) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวไทยพุทธในผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียูในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า สมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยอยู่ในความยากลำบากของการตัดสินใจเลือกการรักษาที่ยืดชีวิตหรือยุติชีวิตของผู้ป่วย หากตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยก็รู้สึกเหมือนกำลังฆ่าผู้ป่วย แต่หากตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยก็รู้สึกเหมือนยิ่งทำให้ผู้ป่วยทรมาน ไม่รู้ว่าจะเลือกตัดสินใจอย่างไรถึงจะดีที่สุด รู้สึกได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเพื่อตัดสินใจ ผู้ป่วยไม่ได้สงสัยไว้ว่าจะให้ทำอะไร และมักเกิดความขัดแย้งกันในครอบครัวเมื่อทำการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนไม่สามารถเข้าใจข้อมูลการรักษา และไม่เข้าใจในสิ่งที่ครอบครัวต้องการ และจากการศึกษาของเขาเลียรา, เคียร์นีย์, สโตทท์, โมลาสซิโอทิส และมิลเลอร์ (Chouliara, Kearney, Stott, Molassiotis, & Miller, 2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนมักเกิดขึ้นช้าและไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องของอาการ การรักษา และโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตของผู้ตัดสินใจแทนเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญ ในการตัดสินใจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ประสบการณ์ของผู้ตัดสินใจ (Kwok, Twinn, & Yan, 2007; Sinuff et al., 2004; Watson, Ditto, Danks, & Smucker, 2008) การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย (Starks, Vig, & Pearlman, 2011) ผลของการรักษาและการพยากรณ์โรค (Siegel, 2009) ความเชื่อในปาฏิหาริย์ (Gries, Curtis, Wall, & Engelberg, 2008) การรับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบ

(Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) สัมพันธภาพและความเชื่อในทิมสุขภาพ (Thelen, 2005) ซึ่งผลการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจชีวิตหรือยุดชีวิตของผู้ป่วย มีผลทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองต่อผู้ตัดสินใจแทน และครอบครัวของผู้ป่วย ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจจึงต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องนำมาคำนึงและพิจารณา รวมทั้งอาศัยการช่วยเหลือสนับสนุนจากทิมสุขภาพที่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเกี่ยวกับการยึดหรือยุดชีวิตเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติและหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาถึงกระบวนการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตโดยตรง การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) และประสบการณ์การดูแลของครอบครัวไทยพุทธในผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และทำให้เข้าใจถึงปัญหาบางอย่างเกี่ยวกับการตัดสินใจของญาติและผู้ตัดสินใจแทนในการยึดหรือยุดชีวิตผู้ป่วย เช่น เกิดความเครียดทางอารมณ์จากการตัดสินใจ เพราะหากตัดสินใจยุดการรักษาหรือหยุดการประคับประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ก็เหมือนกับทำให้ผู้ป่วยตาย นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตโดยใช้สถานการณ์ตัวอย่างในศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม (จิราญ, 2548; นิกิริหิมะ, อรัญญา, และอุไร 2550) แต่ผลการศึกษาที่ได้ไม่ได้ศึกษาเจาะลึกในกระบวนการตัดสินใจ รวมทั้งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในผู้สูงอายุ (สารภี, นัยนา, และรวิวรรณ, 2556; สุภาวดี, 2546) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Kwok et al., 2007; Manasurakarn, Chaowalit, Suttharangsee, Isaramalai, & Geden, 2008; Sanford et al., 2011) ผู้ป่วยวิกฤต (Cook et al., 2003; Gries et al., 2008; Limerick, 2007; Sinuff et al., 2004) และผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Sittisombut & Inthong, 2009) ซึ่งศึกษาทั้งในผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Vig, Taylor, Starks, Hopley, & Edwards, 2006) เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ถึงแม้จะมีการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

นอกจากนี้คนไทยภาคใต้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 75.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) และความเชื่อทางศาสนาก็มีบทบาทสำคัญทั้งการดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วย รวมทั้งมีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (Romain & Sprung, 2014) ซึ่งทางศาสนาพุทธมีความเชื่อ

เกี่ยวกับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และการตายดีคือการตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2554) รวมทั้งมีความเชื่อในเรื่องของกรรม ซึ่งเป็นผลจากการกระทำของบุคคลทั้งกรรมดีและกรรมชั่ว การพรากชีวิตของผู้อื่นไม่ว่าจะเจตนาหรือไม่เจตนาจึงถือว่าเป็นการทำบาป ทั้งนี้การตัดสินใจในระยะท้ายอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ตัดสินใจรู้สึกผิดหรือรู้สึกเป็นการทำบาป เนื่องจากการตัดสินใจของตนอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงชีวิตผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อทางศาสนาของทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนในการส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจได้ด้วยดี สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตของการตัดสินใจและช่วยลดหรือป้องกันความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอันจะนำมาซึ่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน ครอบครัว รวมทั้งทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต
2. เพื่อศึกษาผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต
3. เพื่อศึกษาเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร
2. ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร

3. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
ไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจ
แทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจและผลการตัดสินใจ
ของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ดังนี้

กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต เป็นกระบวนการทางความคิด ในการไตร่ตรอง
เชิงเหตุผลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ
ตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (Limerick, 2007; New South Wales Government [NSW government],
2005; Sanford et al., 2011; Sittisombut, & Inthong, 2009; Thelen, 2005) นำมาบูรณาการและสร้าง
เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์
การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก และการตัดสินใจเลือก สามารถสรุปได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับทราบข้อมูล เป็นขั้นตอนในการรับทราบข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย
เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในระยะท้ายของชีวิต
ซึ่งเป็นทั้งข้อมูล que ผู้ตัดสินใจแทนได้รับจากทีมสุขภาพ และข้อมูล que ผู้ตัดสินใจแทนได้สอบถามจาก
ทีมสุขภาพหรือคั่นหาจากแหล่งอื่นๆ ด้วยตัวเอง (Thelen, 2005) ข้อมูลที่ควรทราบเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ
การพยากรณ์โรค (Siegel, 2009) การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
ในปัจจุบัน (NSW government, 2005) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ทั้งอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน
และอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต (Limerick, 2007; Sanford
et al., 2011) พยาธิสภาพและการดำเนินโรค (Thelen, 2005) และความรุนแรงของโรค (Leclaire,
Oakes, & Weinert, 2005)

ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์ เป็นการวิเคราะห์ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลอย่างไร
ต่อผู้ป่วยและควรตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่างไร (Thelen, 2005) การคิดวิเคราะห์ควรเป็นการคิด
วิเคราะห์ถึงความเปล่าประโยชน์และผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย (Bernat, 2005; Siegel, 2009)
ความหวัง (Siegel, 2009) ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ (จิรายุ, 2548; Kongsuwan & Chaipetch,
2011) คุณค่าของผู้ป่วย (Manasurakam et al., 2008) ความเชื่อและหลักศาสนาของผู้ป่วย (Romain &
Sprung, 2014) การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย (Detering et al., 2010;

Starkset al., 2011) ความปรารถนาของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและการมีชีวิตรอดต่อไปของผู้ป่วย (Bocharov & Kahn, 2012; Meriman, 2002; Hermann & Looney, 2011) ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Berger, Derenzo, & Schwart, 2008) และความไม่แน่นอนในการตอบสนองต่อแผนการรักษา (Fisher & Ridley, 2012)

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และยอมรับทางเลือกนั้นๆ (Thelen, 2005) การวิเคราะห์ทางเลือก ควรประกอบด้วย การวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียต่อผู้ป่วยของแต่ละทางเลือก (NSW government, 2005) ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก (Thelen, 2005) ผลที่จะเกิดขึ้นต่อครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยจิตเวช หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยสิทธิประโยชน์ (Limerick, 2007) และมีการปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นของครอบครัวหรือเพื่อน (Sanford et al., 2011)

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือก เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจและเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งก็คือ ผลการตัดสินใจ โดยการตัดสินใจเลือกจะต้องมีการสะท้อนคิดในการตัดสินใจ (Sanford et al., 2011) การลงมือกระทำและการสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจกับทีมสุขภาพและครอบครัว (NSW government, 2005)

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยจึงได้สร้างกรอบแนวคิดผลการตัดสินใจแทนนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปเป็นกรอบแนวคิดผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต โดยจำแนกผลการตัดสินใจเป็น 3 อย่าง คือ การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบายดังนี้

1. การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย จำแนกเป็น 2 อย่าง คือ การตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่ทุกอย่าง และการตัดสินใจจำกัดการรักษา ดังนี้

1.1 การตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่ทุกอย่าง คือ การรับการรักษาทั้งหมดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดต่อไปหรือมีชีวิตรอดนานขึ้น (Silveira et al., 2010)

1.2 การตัดสินใจจำกัดการรักษา คือ การเลือกรับการรักษาเพียงบางอย่างและการรักษานั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนานขึ้น (Silveira et al., 2010)

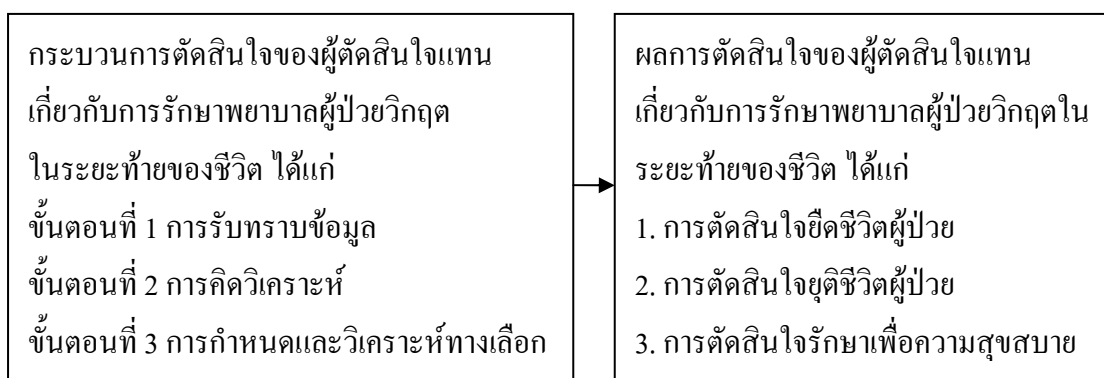
2. การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย จำแนกเป็น 3 อย่าง คือ การตัดสินใจไม่รักษาเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน การตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่างและการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ดังนี้

2.1 การตัดสินใจไม่รักษาเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน (Withholding) คือ การรักษาเฉพาะการรักษาที่ได้รับอยู่ แต่จะไม่มี การเริ่มหรือการเพิ่มเติมการรักษา อย่างอื่นอีก (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011; Romain & Sprung, 2014)

2.2 การตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง (Withdrawal) เป็นการตัดสินใจโดยการไม่รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่น และยังมี การยกเลิกการรักษา บางอย่างออกไปด้วย (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011; Romain & Sprung, 2014)

2.3 การตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด คือ การยกเลิกการรักษาที่ได้รับทั้งหมด และไม่รับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติมอีกซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011)

3. การตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย คือ การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน (Silveira et al., 2010) แต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือไม่เสียชีวิตก็ได้ ได้แก่ การให้ยานอนหลับและการให้ยาแก้ปวด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

นิยามศัพท์การวิจัย

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลซึ่งนับถือศาสนาพุทธ ที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วย และหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเพียงบุคคลเดียว และเป็นบุคคลที่สามารถเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา

การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง การปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก ประเมินด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 27 ข้อ

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง แนวทางที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจและเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 1) การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย 2) การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และ 3) การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย ประเมินด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีจำนวน 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน คือ ตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยและตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย มีจำนวน 2 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย มีจำนวน 2 ข้อ ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย มีจำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย มีจำนวน 1 ข้อ และตอนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการบอกผลการตัดสินใจ มีจำนวน 3 ข้อ โดยผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน หมายถึงรวมถึงเหตุผลของการตัดสินใจและบุคคลที่ผู้ตัดสินใจแทนแจ้งผลการตัดสินใจให้ทราบ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตซึ่งนับถือศาสนาพุทธ โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ ในภาคใต้ ยกเว้นโรงพยาบาลที่อยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสุไหงโกลก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพิจารณาเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ตัดสินใจแทนหรือครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาถึงการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัย ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 1.2 หลักการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
2. แนวคิดศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต
 - 2.1 ความตายทางศาสนาพุทธ
 - 2.2 การดูแลในระยะท้ายของชีวิตด้วยวิถีพุทธ
 - 2.3 หลักธรรมในการคิดและการตัดสินใจ
3. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 3.1 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิต
 - 3.2 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต
 - 3.3 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความสบาย
 - 3.4 หลักจริยศาสตร์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
4. การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 4.1 บุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 4.2 กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 4.3 ปัจจัยที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องคำนึงถึงในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
 - 4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต
5. ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

ในปัจจุบันการให้ความหมายของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตยังไม่ปรากฏชัดเจน โดยเฉพาะการวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตและการคาดการณ์ระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง เนื่องจากช่วงเวลากการเปลี่ยนผ่านระหว่างการรักษาเพื่อการหายจากโรคสู่การรักษาเพื่อบรรเทาอาการในระยะท้ายของชีวิตมักไม่มีความชัดเจน (กิตติกร, 2555) แต่ทั้งนี้การวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตก็มีความสำคัญมาก เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สัญญาณชีพไม่คงที่ มีอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งถูกทำลายหรือล้มเหลวจนไม่สามารถปรับตัวได้ และต้องได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างเร่งด่วน หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ (ฉวีวรรณ, 2553; Badger, 2005)

ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสถานะของการเจ็บป่วยเป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเป็นการเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (คูสิต, 2554ก; สถาพร, 2552) และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยแพทย์บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (Jonseb, Siegler, & Winslade, 2010; Kinzbrunner, Weinreb, & Policzer, 2002)

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต มีผลทำให้การทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ปอด ตับ ไต ล้มเหลว และร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะนั้นได้ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง สัญญาณชีพไม่คงที่ ซึ่งแพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ และบุคคลจะเข้าสู่กระบวนการของการเสียชีวิตและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งระยะเวลาของการตายไม่สามารถระบุได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (วราภรณ์, 2558)

หลักการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

ปัจจุบันการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งการใช้ยาการผ่าตัดและวิทยาการใหม่ๆ แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่เจ็บป่วยด้วยโรคบางอย่างที่

ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจึงมีความต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม (Rome, Luminais, Bourgeois, & Blais, 2011) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2002) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการกระทำการดูแลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เป็นการดูแลเพื่อความทุกข์หรือลดความเจ็บปวดดูแลอาการไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่มี ความทุกข์ทรมาน ไม่เร่ร่อนหรือเหนี่ยวรั้งชีวิต และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่เป็นปัญหา 2) ระลึกว่าความตายเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติ 3) ตระหนักว่าภาวะใกล้ตายเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของครอบครัว 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ 5) ใช้รูปแบบการทำงานแบบพหุวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงในทุกมิติของปัญหาและความต้องการของญาติ และควรให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์โศกของญาติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 6) ให้การดูแลแบบประคับประคอง เคารพชีวิตที่เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ทำให้การตายเกิดเร็วขึ้นหรือชะลอการตายออกไป 7) รับรู้และระลึกว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนพึงประสบ และ 8) ประคับประคองบรรเทาอาการพร้อมสนับสนุนและส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เป็นการดูแลเพื่อจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการด้านร่างกาย และส่งเสริมความสุขสบายทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (กิตติกร, 2555) อย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านความทุกข์ทรมานและตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งการดูแลในระยะท้ายของชีวิตเกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้คลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิต และได้เสนอคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยในไอซียูไว้ ดังนี้

1. การตัดสินใจโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้ความสำคัญว่าผู้ป่วยและครอบครัวคือหน่วยของการดูแล โดยจะต้องมีการประเมินรูปแบบการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว และการประเมินความขัดแย้งจากการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา มีการระบุความต้องการในการตัดสินใจของผู้ป่วย

และครอบครัว มีการกระตุ้นให้มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว มีเอกสาร การเขียนแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตพร้อมกับการทำความเข้าใจกระจ่างในคำสั่งการช่วย ฟื้นชีวิต และมีการให้ความมั่นใจว่าการตัดสินใจของทีมสุขภาพจะอยู่บนพื้นฐานของสิ่งที่ผู้ป่วยและ ครอบครัวต้องการ มีการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการประเมินประโยชน์และภาระที่จะตามมา ของการเลือกการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง รวมถึงการตัดสินใจยุติการรักษาที่ต้องเป็นไป ตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. การสื่อสารในทีมและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวการสื่อสารที่มีคุณภาพ จะต้องมีการประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพในหลายสาขาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป้าหมายของการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นของทีมสุขภาพเอง ก่อนที่จะพบกับผู้ป่วยหรือครอบครัว รวมทั้งมีการปรับการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสม กับความเจ็บป่วย ความแตกต่างของศาสนาและวัฒนธรรม มีการสื่อสารข้อมูลทุกอย่างให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ทั้งข่าวที่ทำให้เศร้าโศกและอ่อนไหว ทั้งนี้ควรสื่อสารให้ชัดเจน ไม่เร่งรีบ และสื่อสารใน สถานที่ที่เหมาะสม โดยควรมีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป้าหมาย ของการรักษาและการระบุนสมาชิกในครอบครัวผู้ที่จะติดต่อกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วย และครอบครัวให้พร้อมสำหรับกระบวนการตายที่จะเกิดขึ้น

3. การดูแลและสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการดูแลอารมณ์ และความต้องการแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตและครอบครัว โดยมีการเผยแพร่เอกสารสำหรับครอบครัว เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเปิดเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยหนัก ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเป็นส่วนตัว แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด มีการให้คุณค่าและการสนับสนุนทางวัฒนธรรมแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมทั้งมีการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัว และให้การดูแลครอบครัวจน กระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและดูแลภาวะเศร้าโศกหลังการเสียชีวิต

4. การจัดการอาการและดูแลความสุขสบายเป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลเพื่อ ความสุขสบายแก่ผู้ป่วยมากกว่าการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต โดยการทำตามแนวปฏิบัติทาง คลินิกที่ดีในการจัดการอาการ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งมีการติดตามอาการหลังให้การดูแล มีการปฏิบัติตามแนวทางการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สุขสบายหรือ ความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการลดกิจกรรมหรือการตรวจที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การชั่งน้ำหนัก และการตรวจสัญญาณชีพ เป็นต้น มีการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำเท่าที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการเท่านั้น ลดสิ่งกระตุ้น เช่น เครื่องมอนิเตอร์ และการใช้แสงสว่าง เป็นต้น รวมทั้งการให้ทีมสุขภาพและครอบครัวอยู่กับผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วย ตายอย่างโดดเดี่ยว

5. การดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งของจิตวิญญาณ เช่น หนังสือธรรมะ หนังสือสวดมนต์ รูปพระที่เคารพ ห้องพระสำหรับสวดมนต์และนั่งสมาธิ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเป็นสุขมากที่สุด

แนวคิดศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต

ศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือ ซึ่งในภาคใต้ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 75.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ศาสนาเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ และตาย การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจึงมีศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การตายทางศาสนาพุทธ การดูแลในระยะท้ายของชีวิต ด้วยวิถีพุทธ และหลักธรรมในการคิดและการตัดสินใจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ความตายทางศาสนาพุทธ

ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่า ความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยง และไม่สามารถกำหนดชีวิต อายุ ความเจ็บป่วย เวลา และสถานที่ที่จะตายได้ ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อมีเกิดก็ต้องมีดับ ไม่มีสิ่งใดอยู่ค้ำฟ้า หรือไม่มีวันผันแปร (มโน เมตตานนโท, 2549) ความตายทางศาสนาพุทธจึงอาจแบ่งได้ 2 รูปแบบ (ชาย, ม.ป.ป.) คือ ความตายของชีวิตหรือความตายทางร่างกายและความตาย โดยที่ยังไม่สิ้นลมหายใจหรือความตายทางจิตใจซึ่งท่านพุทธทาสภิกขุมักเรียกว่า เป็นการตายก่อนตาย

1. ความตายของชีวิตหรือความตายทางร่างกายเป็นสิ่งที่มีการเกิดและการดับเกิดต่อเนื่องสลับกันไปซึ่งชีวิตก็มีทั้งการเกิดการดับอยู่ตลอดเวลาการเกิดและการดับในลักษณะเช่นนี้ไม่ได้ทำให้ชีวิตหมดหรือตายไปแต่ก็ยอมทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านรูปธรรมและนามธรรม ดังเห็นได้จากการที่หน้าตาและร่างกายของเราเปลี่ยนไปตามกาลเวลาถ้าถือว่าเป็นการตาย ก็คือ การตายจากสภาวะหนึ่งแล้วไปเกิดในอีกสภาวะหนึ่งเช่นจากเด็กเป็นวัยรุ่นจากวัยรุ่นเป็นผู้ใหญ่และจากผู้ใหญ่เป็นคนชรา เป็นต้น ในความตายแบบนี้เหตุปัจจัยแห่งชีวิตไม่ได้หมดและชีวิตก็ไม่ได้สิ้นไปจริงๆ เพียงแต่เปลี่ยนแปลงสภาวะไปเท่านั้น แต่ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงชนิดที่ทำให้สิ่งที่เป็นเหตุปัจจัยของชีวิตหมดไปก็ถือว่าเป็นความตายตามหลักความเชื่อในพุทธศาสนาความเปลี่ยนแปลงของเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตหมดไป (พระมหาบุญมี, 2548 อ้างตามชาย, ม.ป.ป.)

1.1 สิ้นอายุขัย (อายุขัยมรณะ) คือตายเพราะสิ้นอายุซึ่งเป็นไปตามกฎธรรมชาติของสรรพสิ่งที่เกิดมา

1.2 สิ้นกรรม (กัมมัขัยมรณะ) คือตายเพราะสิ้นกรรมอาจเป็นกรรมที่ทำในอดีตหรืออาจเป็นกรรมที่ทำในปัจจุบัน

1.3 สิ้นทั้งอายุและกรรม (อุภยัขัยมรณะ) คือทั้งอายุขัยและกรรมสิ้นไปในเวลาเดียวกัน

1.4 มีเหตุหรือกรรมอย่างอื่นมาตัดรอน (อุปัจเฉทมรณะ) ทำให้ชีวิตสิ้นไปกะทันหัน ทั้งที่น่าจะอยู่ต่อไปได้ในกรณีนี้ทั้งอายุและกรรมยังไม่หมดแต่เกิดเหตุทำให้เสียชีวิตกะทันหัน

2. ความตายโดยที่ยังไม่สิ้นลมหายใจหรือความตายทางจิตใจ หมายถึงการตายจากความดีหรือความชั่วและการเห็นความตายเป็นสิ่งธรรมดาของชีวิตไม่มีใครได้รับการยกเว้นจากความตายไปได้การเห็นเช่นนี้เป็นการเจริญมรณสติผู้ที่เจริญมรณสติแล้วจะเป็นผู้ที่ไม่วิตกกังวลหรือหวาดกลัวต่อความตายในทางจิตใจสามารถอยู่เหนือความตายหรือเปรียบได้ว่าตายทางจิตวิญญาณก่อนที่ความตายจริงๆของชีวิตจะมาถึง

ซึ่งสิ่งชี้ว่าบุคคลนั้นจะมีการตายแบบไหน นั่นก็คือ กรรมหรือการกระทำที่บุคคลนั้นได้กระทำไว้ หมายถึงถึงทั้งกรรมดีและกรรมชั่ว โดยเมื่อใกล้จะตายจะมีนิมิตเกิดขึ้น 2 ประการคือ กรรมนิมิตและคตินิมิต (พระไพศาล, 2554ก) ดังนี้

1. กรรมนิมิตคือภาพที่ปรากฏเกี่ยวกับกรรมที่เคยทำไว้ หากทำความดีมาตลอด กรรมนิมิตจะเป็นไปในทางที่ดี แต่หากทำความชั่วจะเกิดกรรมนิมิตที่น่ากลัว

2. คตินิมิตคือ นิมิตหรือภาพเกี่ยวกับภพหน้าที่ตนจะไปเกิด คนที่ทำความดีจะเกิดคตินิมิตที่งดงาม ส่วนคนทำความชั่วจะเห็นนิมิตที่น่ากลัว

ดังนั้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงมักมีการบอกทางเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงแต่สิ่งที่ดีงาม การได้ทำบุญตักบาตรหรือทอดกฐิน นึกถึงพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ รวมทั้งการให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วยให้ภาวนาพุทธโธในใจจนกว่าจะสิ้นลม การปฏิบัติเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุขทางจิตวิญญาณ

การดูแลในระยะท้ายของชีวิตด้วยวิถีพุทธ

ศาสนาพุทธเชื่อในสังสารวัฏ คือ การเวียนว่าย ตาย เกิดในโลกแห่งความทุกข์ ชีวิตและความตายเป็นสิ่งเดียวกัน (พระไพศาล, 2554ข) ศาสนาพุทธจึงให้ความสำคัญกับการระลึกถึงความตาย หรือมรณสติอยู่เสมอ เพื่อให้บุคคลไม่ตื่นตระหนกเมื่อความตายนั้นมาถึง (สง่า, 2554)

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้ เป็นกฎของธรรมชาติที่ต้องยอมรับว่า ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม ซึ่งความเชื่อในเรื่องนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับความเจ็บป่วยหรือความตายที่จะเกิดขึ้นได้ (พระไพศาล, 2554ข) หลักธรรม 3 ประการที่ควรระลึกอยู่เสมอในระยะท้ายของชีวิต (มโน เมตตานนโท, 2549) ได้แก่

1. ไตรลักษณ์ ประกอบด้วย ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน (อนิจจา) ความทุกข์ (ทุกข์ตา) และความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน (อนตตตา) ทั้ง 3 ประการ เป็นสามัญลักษณะของสรรพสิ่งที่มีอยู่ในโลก ไม่ว่าจะเป็นวัตถุดิบของทั้งหลายที่จับต้องสัมผัสได้ รู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสทางกายทั้ง 5 อย่าง หรือสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นต้นว่า อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่มนุษย์สัมผัสได้ทางใจ ทั้งหมดไม่ว่าจะมีมาแล้วในอดีตหรือจะเกิดขึ้นในอนาคตล้วนเป็นสิ่งที่ลักษณะทั้ง 3 ประการปรากฏอยู่ทั้งสิ้น ไม่มีสิ่งใดสิ่งหนึ่งเลย

2. กฎแห่งกรรม อันได้แก่ ระบบของความเชื่อว่าการกระทำใดๆ ก็ตามไม่ว่าจะเป็นของมนุษย์ สัตว์ อมนุษย์ หรือเทพดาทั้งหลายล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นกรรมฝ่ายดีหรือชั่ว กุศลหรืออกุศล มีน้ำหนักในการกระทำต่างกัน โดยถือเอาเจตนา คือ ความตั้งใจของผู้กระทำเป็นสำคัญ กรรมเหล่านั้นเป็นเครื่องลิขิตทำให้ชีวิตของมนุษย์และสรรพสัตว์ทั้งหลายมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่คล้ายคลึงกับไตรลักษณ์ คือ ชาวพุทธได้อาศัยกฎแห่งกรรมเป็นเครื่องอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบพบเห็น

3. มงคล มงคลสูตรเป็นพระสูตรที่นิยมสวดกันอย่างแพร่หลาย เป็นหัวใจในการเจริญพระพุทธรูปในเทศกาลมงคลทั้งหลาย มงคลสูตรสามารถนำมาพิจารณาธรรมะและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างกว้างขวาง แต่ชาวพุทธมักเห็นมงคลสูตรเป็นเพียงหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าอีกหมวดหนึ่งเท่านั้น มิได้ใช้มุมมองอันเกิดจากมงคลสูตรนี้ให้เกิดธรรมทัศน์ในการมองโลกและพิจารณาธรรมหมวดอื่น

การนำหลักมงคลสูตรมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยการนำมาเป็นแนวทางในการพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นการพิจารณาเป็นองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคัม และจิตวิญญาณ ดังนั้นความล้มเหลวหรือความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับ การสะสมมงคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมๆ กัน ซึ่งหากทั้งสองฝ่ายหวังดีต่อกันและสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานหรือความยากลำบากที่น้อยที่สุด ก็จะเป็นมงคลอย่างมาก ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และส่วนรวม

นอกจากนี้ยังมีการนำหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตามความเชื่อของแต่ละบุคคล พระไพศาล วิสาโล (2554ค) ได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ ได้แก่

1. การให้ความรัก และความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายไม่เพียงถูกความเจ็บปวดรุมเร้าแต่ยังถูกรบกวนด้วยความกลัว ซึ่งสิ่งดังกล่าวอาจสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมากกว่าความเจ็บปวด การแสดงถึงความรักและกำลังใจจากครอบครัว ลูกหลานญาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงในจิตใจได้มากขึ้น
2. การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายเป็นการบอกความจริงเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเวลาในการเตรียมตัวและเตรียมใจในการเผชิญกับความตายที่จะมาถึง
3. การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงามซึ่งสิ่งที่ดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลงและสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น
4. การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอาจมีสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ในจิตใจและทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ ก็คือ การรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างซึ่งหากทราบว่าเป็นเรื่องใด ควรมีการช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น
5. การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตายอันเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเกิดจากการยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพลาจากสิ่งนั้นได้อาจ ได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ การงานต่างๆ จึงควรมีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้ปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น การให้ความมั่นใจว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ พ่อแม่จะได้รับการดูแลอย่างดี ทรัพย์สินสมบัติเป็นของนอกกายเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป
6. การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบซึ่งครอบครัวและทีมสุขภาพสามารถช่วยได้ เป็นอย่างน้อยคือ การงดเว้นการพูดคุยที่เป็นการรบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้องหรือ ร้องไห้ ร้องไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วยนอกจากนี้ยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้โดยการทำสมาธิภาวนา อาทิ อานาปานสติ หรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ หายใจเข้า นึกในใจว่าพุทฺธ หายใจออก นึกในใจว่าโธ
7. การกล่าวคำอำลาในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป หากครอบครัวและญาติมิตรจะกล่าวคำอำลา ควรมีการตั้งสติ ระงับความโศกเศร้า แล้วกระชับข้างหูผู้ป่วย พูดถึงแต่สิ่งที่ดีที่มีต่อผู้ป่วย ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีที่ผู้ป่วยได้กระทำ พร้อมทั้งควรขอขมาในกรรมใดๆ ที่ได้ล่วงเกิน จากนั้นจึงน้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้น โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ลงเสีย อย่าได้มีห่วงหรือกังวลใดๆ อีก แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ

หลักธรรมในการคิดและการตัดสินใจ

การนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ในกระบวนการคิดและการตัดสินใจเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เพราะการคิดพิจารณา มักเชื่อมโยงกับภาวะทางจิตใจ ซึ่งหลักธรรมที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดและการตัดสินใจ คือ หลักสัปปริสธรรม 7 ในความหมายของพระพุทธศาสนา แปลว่า ธรรมของคนดีหรือคนที่แท้จริง (สุจิตรา, 2552) ดังนั้นการนำหลักธรรมนี้มาใช้ก็จะช่วยให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจมีเหตุ มีผล และเหมาะสมที่สุด (สมชาย, 2553) หลักสัปปริสธรรม 7 ประกอบด้วย

1. สัมมัญญ คือ การรู้จักเหตุ รู้หลักความจริง รู้หลักการ รู้หลักเกณฑ์ รู้กฎเกณฑ์ แห่งเหตุผลและรู้หลักการที่จะทำให้เกิดผล คือ ถ้ากระบวนการคิดและการตัดสินใจมีเหตุผล มีหลักการ คิดถึงความเป็นไปได้และสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามความเป็นจริง ก็จะทำให้การตัดสินใจมีเหตุผลและเป็นที่ยอมรับ

2. อัตถัญญ คือ การรู้จักผล รู้ความหมาย รู้ความมุ่งหมาย รู้ประโยชน์ที่ประสงค์คือ รู้จักผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ คือ ถ้ากระบวนการคิดและการตัดสินใจมีจุดมุ่งหมายของการคิด รู้จักเหตุผลของปัญหา และผลที่จะเกิดตามมา ก็จะทำให้การตัดสินใจนั้นเกิดผลและประโยชน์ได้จริง

3. อัตตัญญ คือ การรู้จักตน รู้จักตัวตนทั้งฐานะ ภาวะ เพศ ความรู้ ความสามารถ ความถนัดและคุณธรรม คือ ถ้ากระบวนการคิดและการตัดสินใจมีความเหมาะสมกับภาวะที่เป็นอยู่ ก็จะสามารถปรับประพฤติกให้เหมาะสมและรู้วิธีที่จะแก้ไขปรับปรุงต่อไป

4. มัตตัญญ คือ การรู้จักประมาณตนและความพอดี คือ ถ้ากระบวนการคิดและการตัดสินใจมีความพอดี มีความเป็นไปได้ สมเหตุสมผล ก็จะทำให้การตัดสินใจไม่ผิดพลาดหรืออาจมีความผิดพลาดน้อย

5. กาลัญญ คือ การรู้จักกาล รู้กาลเวลาอันเหมาะสม และระยะเวลาที่จะต้องใช้ในการประกอบกิจ กระทำหน้าที่การงานคือ ถ้ากระบวนการคิดและการตัดสินใจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับกาลเทศะและมีหลักในการคิดก็จะสามารถตัดสินใจได้ตรงกับสถานการณ์และทันท่วงที

6. ปริสัจญ คือ การรู้จักบริษัฏ คือ รู้จักชุมชนและที่ประชุม รู้กิจวิยาที่จะประพฤติต่อชุมชน คือ การรู้จักบริบทของกระบวนการคิดและการตัดสินใจ เช่น รู้ว่าบทบาทและความเหมาะสมของตนเองในการตัดสินใจในสถานการณ์นั้นเป็นอย่างไร

7. บุคคลปโรปริญญ คือ การรู้จักบุคคลและความแตกต่างแห่งบุคคลกระบวนการคิดและการตัดสินใจจึงแตกต่างกันตามความรู้ ความสามารถ และคุณธรรม

การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นการรักษาพยาบาลที่เร่งด่วน มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้ป่วย กระบวนการคิดและการตัดสินใจจึงต้องมีธรรมชาติ มีหลักเกณฑ์ มีเหตุผล มีความรอบคอบโดยการใช้ปัญญาในการกำกับความคิดการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์การกระทำและผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์ หรือผลเสียที่จะได้รับ ดังนั้นหากสามารถนำหลักสัปปริสธรรม 7 มาใช้ในกระบวนการคิดและการตัดสินใจก็จะสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ต่อไปรวมทั้งการตัดสินใจก็ควรอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การตัดสินใจนั้นเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่เกิดผลกระทบหรือปัญหาที่ตามมาจากการตัดสินใจ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้อีกทั้งภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตก็ยิ่งส่งผลให้การพยากรณ์โรคยิ่งแย่ลง การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายจึงสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 การรักษา ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิต การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต และการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบาย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิต

การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (life sustained treatment) หมายถึง การรักษาพยาบาลที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไป (Mani, 2003) ซึ่งในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตมีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ การช่วยฟื้นชีวิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ การให้อาหารและสารน้ำ การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การช่วยฟื้นชีวิต (cardiopulmonary resuscitation) เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) หรือภาวะหายใจหยุด (respiratory arrest) สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง หัวใจและอวัยวะที่สำคัญอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยฟื้นการทำงานของระบบการไหลเวียนเลือดทำให้หัวใจสามารถกลับมาเต้นเองได้ตามปกติ สมองไม่เกิดความพิการ จนว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป การช่วยฟื้นชีวิตสามารถกระทำโดยวิธีการนวดหัวใจ ผายปอด

และการใส่ท่อหลอดลมคอ นอกจากนี้อาจมีการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ และในผู้ป่วยบางรายอาจมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย (Rubenfeld, 2004) ทั้งนี้การช่วยฟื้นชีวิตสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเสียชีวิต แต่คุณภาพชีวิตที่ฟื้นใหม่จะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับว่าได้เริ่มการช่วยฟื้นชีวิตเร็วเพียงไร จากการศึกษาพบว่า การเริ่มทำการช่วยฟื้นชีวิตภายใน 4 นาที ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75 ถ้าเริ่มหลัง 12 นาทีไปแล้ว อัตราการรอดชีวิตจะเหลือเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น (ดวงพร, 2551)

ในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ความตายจะมาเยือนในเวลาใดเวลาหนึ่ง ภาวะหัวใจหยุดเต้นจึงเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การพิจารณาว่าจะช่วยฟื้นชีวิตหรือไม่ นั่นจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรอบคอบมากที่สุด เพราะในบางครั้งการพยายามที่จะช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่หมดหวังอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะการนับพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ต่างๆ ได้ จากการศึกษาของจึงควรมีการพิจารณาถึงผลดีผลเสียของการกระทำ มีการประชุมปรึกษาร่วมกันของทีมสุขภาพ ผู้ตัดสินใจแทน หรือครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยฟื้นชีวิตเป็นสิ่งที่ดีต่อตัวผู้ป่วยจริงๆ ไม่ได้เป็นเพียงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานมากขึ้น

2. การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลรักษาชีวิตและควบคุมการทำงานของระบบการแลกเปลี่ยนแก๊สในเลือด เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่จะช่วยให้แพทย์สามารถให้การรักษาระดับประคองระบบการหายใจของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่แทนกระบังลมและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เพื่อให้มีการไหลของก๊าซเข้าสู่ถุงลม ในขณะที่หายใจเข้า และปล่อยอากาศกลับคืนมาโดยการยืดหยุ่นตัวของปอดและผนังทรวงอก (อาทร, 2554) รวมทั้งเป็นอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่มีภาวะหายใจวาย หรือไม่สามารถหายใจได้เอง เพื่อประทั่งเวลาให้แพทย์มีโอกาสรักษาสาเหตุของความเจ็บป่วย แต่ทั้งนี้การใช้เครื่องช่วยหายใจบางครั้งก็เป็นการรักษาที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างการใช้ชีวิตที่ยาวนานขึ้นกับการยืดเวลาของความทุกข์ทรมานตลอดกระบวนการตาย (Browning, 2010)

3. การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) เป็นการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวาย และใช้ในผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจช้า (Kapa, Mueller, Hayes, & Asirvatham, 2010) กระตุ้นหัวใจตามที่กำหนดเพื่อให้เกิดจังหวะการเต้นของหัวใจทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) เพียงพอมี 2 ชนิด คือเครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (temporary pacemaker) เครื่องกำหนดจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดถาวร (permanent pacemaker) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจจึงเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้ยืนยาวขึ้น (ธนินฐา, 2554)

4. การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor) และยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (inotropes) ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดเป็นยาที่ช่วยเพิ่มระดับความดันโลหิตโดยการทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว (arterial vasoconstriction) ยาบางชนิดจะมีฤทธิ์ทำให้หัวใจบีบตัวมากขึ้น (inotropic effect) ยาที่นิยมใช้ คือ โดพามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine [NE]) ได้แก่ ยาเลโวเฟด (levophed) อิพิเนฟริน (epinephrine) ได้แก่ ยาอะดรีนาลีน (adrenaline) ฟีนีลเอพรีน (phenylephrine) และวาโซเพรสซิน (vasopressin) (บดินทร์, 2548) นอกจากนี้ยังมีการใช้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (inotropes) โดยควรปรับระดับยาให้น้อยที่สุดที่สามารถรักษาการไหลเวียนโลหิตตามเป้าหมาย และควรติดตามระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure [MAP]) ค่าออกซิเจนในเลือดดำรวมก่อนไปปอดที่ปอด (mixed venous oxygen saturation [SvO₂]) และปริมาณปัสสาวะ ยาในกลุ่มนี้ คือ โดบูตามีน (dobutamine) ซึ่งเป็นยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจที่ควรเลือกเป็นอันดับแรก (สันลลิต, 2552) ในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต การใช้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น แต่ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตการทำงานของอวัยวะต่างๆ ก็จะล้มเหลวลงเรื่อยๆ ถึงแม้ว่าจะมียาช่วยอยู่ก็ตาม การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยจึงเป็นเพียงการยืดการตายออกไปจนกว่าร่างกายของผู้ป่วยจะรับไม่ไหวและเสียชีวิตในที่สุด การพิจารณาใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรพิจารณาถึงความเหมาะสม และผลที่ได้จากการใช้ยา โดยการประชุมปรึกษาและตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

5. การให้อาหารและสารน้ำ (artificial nutrition and hydration) ถือเป็นการรักษาทางการแพทย์อย่างหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถดื่มน้ำหรือกินอาหารได้ตามปกติ (รุ่งนิรันดร์, 2555) การให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ สามารถทำได้หลายวิธี คือ การให้อาหารและสารน้ำทางสายยาง (nasogastric, gastrostomy or jejunostomy) และการให้อาหารและสารน้ำทางหลอดเลือด (intravenous fluid, total parenteral nutrition or hyperalimentation) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับอาหารทางสายยางได้ (Mehta et al., 2011) ซึ่งทีมสุขภาพควรพิจารณาถึงวิธีการ ผลดี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพราะการให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษถือเป็นการรักษาแบบประคับประคอง และส่วนใหญ่มักทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่มีภาวะซิด หายใจเหนื่อยและหายใจเร็ว (Leibovitz et al., 2004)

6. การให้เลือด (blood transfusion) เป็นการรักษาโดยทั่วไปสำหรับการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซิดอันเกิดจากการสูญเสียเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการของการหายใจและอาการของหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Leibovitz et al., 2004) จากการศึกษาของกุนดุษ, อุณัล, และออซดูแกน (Gunduz, Unal, & Ozdogan, 2014) ซึ่งศึกษาโดยการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเกี่ยวกับการให้เลือดในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต พบว่า

การให้เลือด ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้ยาวนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเลือดอย่างมีนัยสำคัญรวมทั้งไม่ควร
ถอนการให้เลือดออกจากการรักษาผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

7. การให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) เป็นการรักษาหนึ่งที่มีผลในการรักษาเพื่อการยืด
ชีวิตผู้ป่วยให้นานขึ้น แต่การให้ยาปฏิชีวนะก็มีข้อบ่งชี้และควรคำนึงถึงผลจากการให้ยา กล่าวคือ ยา
จะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยก็ต่อเมื่อการติดเชื้อลดลงหรืออาการของผู้ป่วยดีขึ้น (Clayton, Fardell, Hutton-
Potts, Webb, & Chye, 2003) แต่จากการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) พบว่า การให้
ยาปฏิชีวนะไม่ได้มีความแตกต่างกันในแง่ของการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ยืด
ชีวิตและยุดชีวิต

8. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นการรักษาในผู้ป่วยไตวาย
ระยะสุดท้าย ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยภาวะวิกฤตเกือบทุกรายจะมีภาวะไตวาย การฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม จึงเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตนานขึ้น (Mehta et al., 2011)

9. การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous catheter) เป็น
หัตถการและการรักษาที่พบได้บ่อยในการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต (Rubenfeld, 2004)
เป็นการแทงสายสวนผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่โดยให้ปลายสายสวนอยู่ในตำแหน่งของ superior
vena cava (Dougherty, 2006) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อใช้เป็น
วิธีประเมินสารน้ำในร่างกายใช้ในการผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคปอดและโรคหัวใจใช้ในการให้
สารน้ำและยาบางชนิดรวมถึงการดูดเลือดเพื่อส่งตรวจใช้ในการเฝ้าสังเกตความดันในหลอดเลือดดำ
เป็นทางสำหรับใส่สายสวนหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery catheter) ใช้ในการใส่
เครื่องกระตุ้นหัวใจและใช้ในการให้สารอาหารทางหลอดเลือดซึ่งบางกิจกรรมไม่สามารถใช้เส้น
เลือดส่วนปลายแทนได้

แต่ทั้งนี้การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางก็มีภาวะแทรกซ้อนโดยมีอาการ
ตั้งแต่เล็กน้อย เช่น อาการไม่สุขสบายจนถึงระดับรุนแรงเช่น การติดเชื้อที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
ซึ่งสามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิดได้เป็น 2 ประเภท (Bishop et al., 2007) คือ 1) ภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิดในระยะแรกของการใส่สายสวนซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเทคนิคการแทงสายสวน
โดยจะเกิดขึ้นในขณะที่ทำหัตถการ เช่นมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดมีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอดมี
ฟองอากาศในหลอดเลือดดำเป็นต้นซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความชำนาญของผู้ทำหัตถการความพร้อม
ของเครื่องมือและอุปกรณ์ตลอดจนสถานการณ์ที่เร่งรีบในการช่วยเหลือผู้ป่วย 2) ภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดระหว่างการคาสาสวน ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันการเลื่อนหลุดของสายสวน และการติดเชื้อ
เป็นต้น ซึ่งเห็นได้ว่าการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางนั้นมีประโยชน์ในแง่ของการรักษา
ทั้งการให้ยา สารน้ำ หรือแม้แต่การประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อก

แต่ก็มีผลเสียและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นเพียงหัตถการหนึ่งที่จะช่วยในการประเมินผู้ป่วย แต่ไม่ได้มีผลโดยตรงในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นการตัดสินใจว่าจะแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางหรือไม่ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนจะต้องพิจารณาถึงผลที่ได้รับจากการรักษา

จะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมีการรักษาที่หลากหลายและมีความเสี่ยงสูงจากการรักษาดังกล่าวแต่ทั้งนี้การที่จะเลือกให้การรักษาพยาบาลอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน

การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต

การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต หมายถึง การยุติการรักษาพยาบาลที่ไร้ประโยชน์หรือการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Detering et al., 2010) แบ่งได้เป็น

1. การไม่สั่งการรักษาเพิ่มเติม หรือไม่สั่งการรักษาใหม่เพิ่มเติม (withholding life sustained treatment) เป็นการงดสิ่งที่อาจเกิดขึ้นจากการยืดชีวิตและการรักษาทางการแพทย์ ส่วนการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับก็ยังคงให้ต่อไป เช่น การงดการช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Schuklenk, Van Delden, Downie, Mclean, Upshur, & Weinstock, 2011)

2. การยกเลิกการรักษาที่มีอยู่ทีละอย่างหรือทั้งหมด (withdrawing life sustained treatment) เป็นการหยุดและขัดขวางการยืดชีวิตและการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นเพียงการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย (เอกรินทร์, 2552; De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011; Schuklenk et al., 2011)

การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตนั้น ส่วนใหญ่มักใช้ในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยที่มีชีวิตอย่างฝักและผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม (Mehta et al., 2011) หรือผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคซึมเศร้าเรื้อรังที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเข้าใจ ผู้ป่วยวัยชรา และผู้ป่วยโรคจิต (Beauchamp & Childress, 2001) ทั้งนี้การปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิตนั้นถือเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วยที่มีชีวิตอย่างฝัก เรียกได้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิอย่างสมศักดิ์ศรี หรือมีสิทธิที่จะตายอย่างสมศักดิ์ศรี (Chan & Tipoe, 2014) ซึ่งหลักการพิจารณายุติชีวิตเริ่มต้นจากการจำกัดขอบเขตการรักษา ซึ่งอาจเลือกทำอย่างเป็นขั้นตอน (คูสิต, 2545) ได้แก่

1. การงดการช่วยฟื้นชีวิต
2. การไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักในกรณี que ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป

3. การหยุดให้เลือด
4. การไม่สั่งยาปฏิชีวนะตัวใหม่
5. การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ
6. การหยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
7. การหยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
8. การให้ยานอนหลับ (sedation) เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับ สุขสบาย และตายอย่างสงบ (Morita et al., 2004) ซึ่งการให้ยานอนหลับเป็นได้ทั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและยุติชีวิต

ในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตมีการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ได้แก่ การทำเมตตา มรณะหรือการุณยฆาตการไม่ช่วยฟื้นชีวิต การยกเลิกและการยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ การถอน เครื่องกระตุ้นหัวใจ การหยุดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ การหยุด ให้อาหารและสารน้ำ การหยุดให้เลือด การหยุดให้ยาปฏิชีวนะ การหยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การทำเมตตา มรณะหรือการุณยฆาต (euthanasia) euthanasia มาจากรากศัพท์ ภาษากรีก คือ คำว่า eu ซึ่งแปลว่า ดี (good) และคำว่า thanatos ซึ่งแปลว่า ตาย (death) เมื่อรวมกันจึง หมายถึง การตายดีหรือการตายอย่างสงบ (Kenny, 2011) ซึ่งตามความเข้าใจในปัจจุบันคำนี้หมายถึง การเสียชีวิตที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และการเสียชีวิตโดยสงบปราศจากความทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวดและโรคที่รักษาไม่หาย ด้วยความรู้สึกที่เมตตาสงสารต่อผู้ป่วย (สิวลี, 2556)

ปัจจุบันขอบเขตของการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมีความชัดเจนมากขึ้น หากพิจารณา ในทางทฤษฎีแล้ว การแบ่งแยกประเภทของการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบอาจทำได้ 2 วิธี คือ การจำแนก ตามความสามารถของผู้ป่วย และการจำแนกการจำแนกตามวิธีการ

1.1 การจำแนกตามความสามารถของผู้ป่วยแบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้

- 1.1.1 เมตตา มรณะด้วยความสมัครใจ (voluntary euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วย (Kenny, 2011)

- 1.1.2 เมตตา มรณะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เอง (involuntary euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจ ได้เองอยู่ในภาวะของการหมดความรู้สึกและไร้ความสามารถอย่างถาวร (Kenny, 2011) การตัดสินใจ จึงขึ้นอยู่กับญาติหรือผู้ตัดสินใจแทน (surrogate) ที่ต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาและการยืดชีวิตผู้ป่วย ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพราะเห็นว่าการกระทำนั้นไม่เกิดประโยชน์ แต่เพิ่มความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วย (Fife, Shapiro, & Weinreb, 2002)

1.2 การจำแนกตามวิธีการ แบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้

1.2.1 เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) หมายถึง การที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งกระทำต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และผู้กระทำ ได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง (Gesang, 2007) โดยการทำเมตตามรณะโดยตรงซึ่งเป็นการกระทำตามที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอหรือสมัครใจถือว่าเป็นเมตตามรณะโดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย (active voluntary euthanasia) แต่ถ้าการทำเมตตามรณะโดยตรงเป็นการกระทำซึ่งเกิดจากการตัดสินใจของผู้อื่น โดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เองถือว่าเป็นเมตตามรณะโดยตรงที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เอง (active involuntary euthanasia) (Kenny, 2011)

1.2.2 เมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายแต่ผู้กระทำมิได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยการยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยตาย (Gesang, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน หมดหวังหรือไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ ซึ่งกระทำโดยการไม่สั่งการรักษาเพิ่มเติม (withholding) หรือยกเลิกการรักษาที่มีอยู่ (withdrawing) (Fife et al., 2002) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ ไม่เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานออกไป (life sustained treatment) แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลรักษาทั่วไป เพื่อให้เกิดความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและการดูแลที่พึงได้ตามปกติ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั่วไป การให้ยาบรรเทาปวด การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ เป็นต้น (แสวงและเอนก, 2546) การทำเมตตามรณะโดยอ้อมซึ่งเป็นการกระทำตามที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอหรือสมัครใจถือว่าเป็นเมตตามรณะโดยอ้อมตามความสมัครใจของผู้ป่วย (passive voluntary euthanasia) แต่ถ้าการทำเมตตามรณะโดยอ้อมเป็นการกระทำซึ่งเกิดจากการตัดสินใจของผู้อื่น โดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เองถือว่าเป็นเมตตามรณะโดยอ้อมที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่สามารถตัดสินใจได้เอง (passive involuntary euthanasia) (Kenny, 2011)

ในประเทศไทยมีการยอมรับการแสดงเจตนาแบบ voluntary euthanasia และ passive euthanasia โดยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 มาตรา (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) รองรับซึ่งกล่าวว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ทั้งนี้เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบซึ่งจะเห็นได้ว่า มาตรา 12 นั้นกำหนดให้ผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาด้วยตนเองหรือการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) โดยอ้างตามสิทธิในชีวิตร่างกายของตน แต่ปัญหาที่ตามมาคือการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตนั้น

ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แต่เพียงผู้เดียวซึ่งสิ่งนี้อาจทำให้เกิดการฟ้องร้องได้ว่าการวินิจฉัยของแพทย์ไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งที่ยังไม่สมควรเสียชีวิต และอาจถูกดำเนินคดีอาญาในข้อหาฆ่าคนตายโดยเจตนาหรือไตร่ตรองไว้ก่อนนอกจากนี้แล้วก็ยังมีปัญหาในเรื่องเอกสารที่แสดงเจตนาของผู้ป่วยว่าเป็นเอกสารจริงหรือเอกสารปลอม เป็นเอกสารฉบับแรกหรือเอกสารฉบับสุดท้ายเป็นเอกสารที่ทำในขณะที่สติสัมปชัญญะสมบูรณ์หรือเป็นเอกสารที่สร้างขึ้นโดยผู้ไม่ประสงค์ดีซึ่งอาจทำให้แพทย์ไม่แน่ใจในเอกสารนั้นๆจึงไม่กระทำตาม ส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องเพราะไม่ยุติการรักษาทำให้ญาติต้องจ่ายค่ารักษามากเกินไปหรือหากแพทย์เชื่อว่าเอกสารเป็นจริง แล้วทำตามที่ผู้ป่วยต้องการ คือยุติการรักษาจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ก็อาจส่งผลให้ญาติฟ้องร้องแพทย์เพราะไม่รักษาผู้ป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการทำ voluntary euthanasia และ passive euthanasia ในประเทศไทย ส่งผลให้ประเด็นของการทำ euthanasia ยังคงเป็นสิ่งที่ยังสรุปไม่ได้ว่าสมควรกระทำหรือไม่สมควรกระทำ ในงานวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตในแง่ของการทำเมตตามรณะหรือการุณยฆาต

2. การไม่ช่วยฟื้นชีวิต (do not resuscitation [DNR]) คือ การที่แพทย์มีคำสั่งไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่การไม่ช่วยฟื้นชีวิต ไม่ได้หมายถึงการไม่ทำการรักษา ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลเพื่อความสุขสบายและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Changet al., 2010, Mehta et al., 2011) โดยการไม่ช่วยฟื้นชีวิตอาจทำในกรณีต่อไปนี้ 1) แพทย์ลงความเห็นที่ไม่ต้องทำการช่วยฟื้นชีวิต 2) ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน 3) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นมานานกว่า 30 นาที โดยไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีวิตมาก่อน (ประดิษฐ์, 2542) นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามในการกระทำการช่วยฟื้นชีวิต (ดวงพร, 2551) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีคำสั่งว่าไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีวิต (คำสั่งนี้หมายถึงหนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยที่ได้ทำไว้ก่อนการหมดสติในครั้งนี้และยังมีผลในการบังคับใช้อยู่) แม้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบังคับให้ต้องทำตามคำสั่งนี้ แต่ทีมสุขภาพก็ควรจะทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ถ้ามีโอกาสได้ทราบเจตนารมณ์ดังกล่าว 2) ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง เช่น ในผู้ป่วยมีอาการหนักและทรุดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่ แล้วมีภาวะหัวใจหรือหายใจหยุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่แพทย์อย่างน้อย 2 คนมีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และ 3) การช่วยฟื้นชีวิตนั้น จะทำให้ผู้ที่ทำการช่วยฟื้นชีวิต และผู้อื่นได้รับอันตราย เช่น เกิดการบาดเจ็บ หรือการติดโรครุนแรง เป็นต้น จากการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตเลือกยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยการไม่ช่วยฟื้นชีวิตด้วยการไม่กดนวดหัวใจและไม่ช็อกไฟฟ้าเป็นอันดับแรกของการยุติชีวิตผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของสินัฟและคณะ (Sinuff et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียูพบว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับคำสั่งการช่วยฟื้นคืนชีพมักเกิดขึ้นล่าช้า และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9 จากร้อยละ 13 มักจะมีการเขียนคำสั่งเกี่ยวกับการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพขณะรักษาตัวในไอซียู

3. การยกเลิกหรือการยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ (withdrawing mechanical ventilation) มี 2 วิธี ได้แก่ 1) การเอาท่อหลอดลมคอกออกทันที (terminal extubation) โดยการลดระดับการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างรวดเร็วและไม่มีการคงไว้ซึ่งการช่วยหายใจอีก 2) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (terminal weaning) โดยมีการคงไว้ซึ่งการช่วยหายใจ ในขณะที่มีการลดระดับการใช้เครื่องช่วยหายใจลง (Kompanje, Van der Hoven, & Bakker, 2008) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจช่วยลดการเกิดการหายใจเฮือกก่อนตาย (death rattle) เนื่องจากช่วยลดการสะสมของสิ่งคัดหลั่งในระบบการหายใจส่วนบนแต่อาจจะขัดขวางกระบวนการตายได้ส่วนการเอาท่อหลอดลมคอกออกทันทีมีผลดี คือ สามารถเอาท่อหลอดลมคอกออกได้แต่จะส่งผลต่อความสบายของผู้ป่วยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและการหายใจเฮือกก่อนตายได้ (Mehta et al., 2011) ซึ่งการหายใจเฮือกก่อนตายส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงถึงร้อยละ 75 โดยสาเหตุหลัก คือ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (Kompanje et al., 2008) และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง (Cooke, Hotchkin, Engelberg, Rubinson, & Curtis, 2010) อย่างไรก็ตามภาวะดังกล่าวก็สามารถแก้ไขได้โดยการเพิ่มระดับการให้ยานอนหลับ ยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อ

การยกเลิกและการยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจนอกจากจะมีผลต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีผลต่อครอบครัวด้วยเช่นกัน จึงได้มีการพัฒนาขั้นตอนการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วย และลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว (Curtis & Vincent, 2010; Pantilat & Isaac, 2008; Rosenfeld, Wenger, & Kagawa-Singer, 2000; Stacy, 2012; Treece et al., 2004) ซึ่งจากการศึกษาของมะฮามเบรและฟาวเลอร์ (Mahambrey & Fowler, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 63.3 ประสบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 19.5 เลือกที่จะยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 17.2 เสียชีวิตระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ และจากการศึกษาของสินฟ์และคณะ (Sinuff et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยที่ยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต คือ ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 44.4 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับเครื่องช่วยหายใจหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิตได้เท่าๆ กัน ดังนั้นการตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงต้องมีการวิเคราะห์ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับและความทุกข์ทรมานระหว่างการให้เครื่องช่วย

หายใจประกอบด้วย ทั้งนี้การตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป อาจเนื่องมาจากเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ มากกว่าการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจทันที แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจก็อาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะที่ไม่ปกติ เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษา และต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน รู้สึกไร้คุณค่า อยู่ในภาวะพินิจไม่ได้ ตายก็ไม่ลง เพราะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ได้รับออกซิเจน การตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการถอดท่อช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำหากเป็นไปได้ (Gerstel, Engelberg, Koepsell, & Curtis, 2008) แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน หรือแม้แต่ทีมสุขภาพ

4. การถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker) เป็นการยกเลิกการรักษาอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต โดยแพทย์จะถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจโดยการปิดเครื่องหรือปรับระดับการกระตุ้นให้น้อยลง (Mueller, Hook, & Hayes, 2003) แต่ทั้งนี้ พบว่าการถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจยังคงเป็นปัญหาในแง่ของจริยธรรมอยู่ ก่อนที่จะปิดเครื่องหรือปรับระดับการใช้ของเครื่องจึงควรมีการพูดคุยปรึกษาระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน และแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจในแง่ของจริยธรรม เพื่อให้มีความเข้าใจและความคิดเห็นที่ตรงกัน รวมทั้งควรมีการแสดงความยินยอมโดยการเขียนหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรให้ชัดเจนในการถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Kapa, Mueller, Hayes, & Asirvatham, 2010) จากการศึกษาของฮัดเดิลและไบเล (Huddle & Bailey, 2012) เกี่ยวกับการถอนการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า แพทย์จะรู้สึกไม่สบายใจและรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องปิดเครื่องกระตุ้นหัวใจ รวมทั้งการปิดเครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถกระทำได้อย่างตรงไปตรงมา และเป็นการยากที่จะยืนยันว่า การปิดเครื่องกระตุ้นหัวใจจะไม่ได้มุ่งเป้าไปที่การเสียชีวิตของผู้ป่วย หากการมีชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับเครื่องกระตุ้นหัวใจ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Wiegand & Kalowes, 2007) แต่ทั้งนี้แพทย์ก็จะคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งมีการประเมินระหว่างประโยชน์และภาระจากการยืดชีวิตด้วยการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า การถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจควรกระทำได้ในผู้ป่วยที่หมดทางรักษา ผู้ป่วยระยะท้าย หรือผู้ป่วยที่ร้องขอในการยกเลิกการรักษา จากการศึกษาของเซียงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่านอกจากผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตจะเลือกยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยการไม่กดขนาดหัวใจเป็นอันดับแรกแล้ว ยังต้องการยกเลิกการช็อกไฟฟ้าและไม่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจมากที่สุดอีกด้วย

5. การหยุดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor) และยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (inotropes) มักจะกระทำในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการพยากรณ์โรคไม่ดีจึงควรมีการปรึกษาหารือและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงเป้าหมาย

ของการรักษา เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงต่ออาการที่จะแย่ลงอย่างรวดเร็วและอาจเสียชีวิตได้ทันที (Whellan et al., 2014) รวมทั้งควรมีการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจากหยุดยา โดยการให้ยาแก้ปวด โดยจุดมุ่งหมายของการดูแลก็เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย จัดการอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังจากหยุดยา ได้แก่ อาการเหนื่อยและความวิตกกังวล (Wiegand & Kalowes, 2007)

6. การหยุดให้อาหารและสารน้ำ (artificial nutrition and hydration) ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมักมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบทางเดินอาหารทำให้ไม่สามารถย่อยและดูดซึมสารอาหารได้ แพทย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องงดอาหารและสารน้ำทางสายยาง แต่เปลี่ยนมาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแทน (Mehta et al., 2011) ซึ่งอาจต้องมีการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง หรือการแทงทางหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น แต่ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตบางรายยังคงสามารถให้อาหารและน้ำทางสายยางได้ ครอบครัวและผู้ตัดสินใจแทนจึงมักตัดสินใจหยุดการให้อาหารทางหลอดเลือด แต่ให้อาหารและสารน้ำทางสายยางเพียงอย่างเดียว โดยมีความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย อีกทั้งเป็นการแสดงถึงความรักและความหวังแก่ผู้ป่วย (Chang et al., 2010)

7. การหยุดให้เลือด (blood transfusion) ถึงแม้การหยุดให้เลือดจะเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (Gunduz et al., 2014) แต่การให้เลือดก็อาจมีผลต่อการดำเนินโรคได้ จากการศึกษาของเม็งและคณะ (Meng et al., 2013) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้เลือดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้าย พบว่าการให้เลือดเพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การกำเริบ และการแพร่กระจายของโรคในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้าย

8. การหยุดให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นการรักษาอาการติดเชื้อในร่างกาย ดังนั้นการหยุดหรือการถอนการให้ยาปฏิชีวนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่การจะให้ยาปฏิชีวนะจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตก็ควรพิจารณาถึงความจำเป็นไปได้ว่าเป็นเพียงการหวังเห็นวาระจบวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย จึงควรมีการพิจารณาถึงประโยชน์ ความชัดเจนของเป้าหมายการรักษาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Stiel et al., 2012)

9. การหยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีเป้าหมายการดูแลโดยมุ่งเน้นความสะดวกสบาย การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณและทางอารมณ์ ทั้งเรื่องอาการปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกาย (Holley, 2011) ทั้งนี้ในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีภาวะไตวายมักจะเลือกตัดสินใจหยุดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นอันดับแรก (Gerstel et al., 2008) และส่วนใหญ่มักเสียชีวิตในหนึ่งวันถึงหนึ่งสัปดาห์หลังการหยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเหตุผลของการหยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะ

สุดท้ายที่หยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอาการของเสียคั่ง ภาวะน้ำเกิน อ่อนเพลีย และอาเจียน (Mehta et al., 2011) และเสียชีวิตในเวลาต่อมาจากการศึกษาของกรอ, สปีส์, เวอร์นิกเก, และบราวน์ (Graw, Spies, Wernecke, & Braun, 2012) เกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายในไอซียูที่ประเทศเยอรมนี พบว่า ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 143 คน มีผู้ป่วยที่ตัดสินใจหยุดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถึง 106 คน มีเพียง 37 คน เท่านั้นที่ยังคงฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจากประสบการณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตัดสินใจหยุดการฟอกเลือดหรือเลือกที่จะไม่เริ่มต้นรักษาด้วยการฟอกไตจะพิจารณาจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของอายุและจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (Tamura, Covinsky, Chertow, Yaffe, Landefeld, & McCulloch, 2009) รวมทั้งการจัดการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยไม่ฟอกไต (Carson, Juszczak, Davenport, & Burns, 2009)

การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความสบาย

การรักษาเพื่อความสบายเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน (Silveira et al., 2010) ซึ่งเป็นการดูแลความสุขสบายโดยทั่วไปทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ (Hansen et al., 2012) รวมทั้งการจัดการอาการและความไม่สบายต่างๆ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ทั้งนี้คลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) ได้เสนอคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยในไอซียูเกี่ยวกับการให้การดูแลเพื่อความสบายไว้ว่า แพทย์ควรมีการเตรียมคำสั่งการรักษาที่เกี่ยวกับความสบาย โดยให้การรักษาเพียงบางอย่างและติดตามการรักษาที่ควรยกเลิก รวมทั้งมีแนวทางในการให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ (analgesic and sedative drug) ซึ่งเป็นการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตนอนหลับ ลดอาการหอบเหนื่อย อาการปวด หรืออาการไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเสียชีวิตอย่างสงบ (Morita et al., 2004) โดยการให้ยานอนหลับในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตพบได้มากกว่าร้อยละ 50 (Sykes & Thoms, 2003) นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาเพื่อลดความปวด ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน อาการสับสน อาการกระวน กระวาย และลดระดับความรู้สึกตัวก่อนการเสียชีวิต (Kompanje et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบ แต่ผลข้างเคียงจากการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดจะส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีระดับความรู้สึกตัวต่ำลง ความดัน โลหิตต่ำลง หัวใจเต้นช้าลงหรืออาจหยุดเต้น (ปราณี, 2550) จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดจึงเป็นได้ทั้งการรักษาเพื่อยืดชีวิตและการรักษาเพื่อยุติชีวิตคือเพื่อความสบาย การตัดสินใจให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยจึงควรมีการคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งมีการพูดคุย ปรึกษา

และให้ข้อมูลกับผู้ตัดสินใจและครอบครัวด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล

จะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิต การยุติชีวิต และการรักษาเพื่อความสุขสบายในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตก็เป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาต่อมาเช่นเดียวกัน แต่ทั้งนี้การที่จะเลือกตัดสินใจอย่างไรจึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเพื่อป้องกันและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีผู้ตัดสินใจแทนหลายคน และแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ตัดสินใจแทนด้วยกัน หรือแม้แต่การคำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการยุติการรักษา โดยผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวเห็นว่าไม่มีประโยชน์ในการรักษาเนื่องจากการเป็นภาระสูงเกินไปเพราะการรักษาเป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเท่านั้น และผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจะต้องการยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง และต้องใช้แพทย์และพยาบาลจำนวนมากในการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าการรักษาผู้ป่วยทั่วไป ส่งผลให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากมาในการดูแลรักษา เงินทองที่ทุ่มเทลงไปจึงกลายเป็นเพียงเก้าอี้ที่แข็งตะกอน และยังทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นและนานขึ้นอีก จากการศึกษาของจิรายุ (2550) พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อเพราะต้องดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นเวลานานและสูญเสียเวลาในการหารายได้ให้แก่ครอบครัวดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า “สงสารลูกหลานอะไรอย่างนั้น ต้องดูแลเป็นภาระ” ดังนั้นการที่จะให้การรักษาอย่างไรจึงควรมีการคำนึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Mercurio, 2006)

หลักจริยศาสตร์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายขาดได้ การเสียชีวิตของผู้ป่วยย่อมเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่นั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไรจึงเป็นสิ่งที่ครอบครัวและทีมสุขภาพควรพิจารณาและนำสิ่งนั้นมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย หลักการที่ควรนำมาใช้ในการพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับ นั่นก็คือหลักจริยศาสตร์ ได้แก่ หลักการเอกสิทธิ์ หลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตราย หลักความยุติธรรม หลักการบอกความจริง และหลักการปกปิดความลับ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. หลักการเอกสิทธิ์ (autonomy) คือ ความเป็นตัวตน ความเป็นอิสระ และการเคารพความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลและกระทำตามที่ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานคุณค่า และความเชื่อของบุคคลนั้น โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือข่มขู่จากผู้อื่น (กวีวัฒน์, 2555) ผู้ป่วยระยะท้าย

ของชีวิตที่รู้สึกตัวมีสิทธิที่จะตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์สูงสุดกับตนเอง และมีสิทธิปฏิเสธการรักษาใดๆ ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องยอมรับ แม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม (อรัญญา, 2556) ซึ่งบางครั้งสิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยรับรู้อาจมีความแตกต่างจากที่ทีมสุขภาพรับรู้ สิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ อาจไม่ตรงไปตรงมาเสมอไปเพราะผู้ป่วยอาจไม่ได้ต้องการการรักษาที่แพทย์เชื่อว่าดีที่สุด แต่ผู้ป่วย มีสิทธิที่จะเลือกรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาที่มีอยู่ (Australian and New Zealand Intensive Care Society, 2014) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์ของการรักษา และข้อมูลนั้นต้องเพียงพอและถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตนเอง จากความเจ็บป่วยและการจัดการเกี่ยวกับการรักษา ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยต้องทำหน้าที่แทน โดยตัดสินใจอยู่บนความต้องการของผู้ป่วย คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย (Rich, 2013) จึงทำให้เกิดประเด็นจริยธรรมที่สำคัญเกี่ยวกับการตัดสินใจ ว่าควรยืดชีวิตหรือยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ทางเลือกใดจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและ ครอบครัว ทั้งนี้การตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจเป็นการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความคิดของผู้ตัดสินใจเอง ไม่ใช่ความต้องการแท้จริงของผู้ป่วย ยิ่งผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพสิ้นหวังไม่สามารถฟื้นชีวิตแล้ว การยืดชีวิตอาจเป็นเพียงการยืดกระบวนการตายให้ยาวนานขึ้นและเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างไม่สงบ

2. หลักการทำประโยชน์ (beneficence) การทำประโยชน์เป็นหลักจริยธรรมที่สนับสนุนว่าการกระทำที่มีจริยธรรมเป็นการกระทำที่มีเมตตา กรุณา ความปรารถนาดีและความเอื้อเฟื้อแก่เพื่อนมนุษย์โดยการรักษานั้นต้องเป็นการรักษาที่ก่อประโยชน์โดยตรงแก่ผู้ป่วย (ดุสิต, 2554ข) ซึ่งการทำประโยชน์ ประกอบด้วย การกระทำด้วยความเมตตา กรุณา ความปรารถนาดีและความโอบอ้อมอารี (Rich, 2013) แม้ว่าผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้และอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วก็ตาม โดยการกระทำนั้นต้องไม่ขัดต่อสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือเคยแสดงเจตนาไว้แล้ว (รุ่งนิรันดร์, 2555) ทั้งนี้ หากการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทนและผู้ตัดสินใจแทนต้องการการรักษาที่ไม่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยหรือการรักษาเป็นเพียงการประวิงเวลาการตายของผู้ป่วยออกไป ในกรณีนี้ทีมสุขภาพก็ไม่จำเป็นต้องกระทำตาม แต่ควรมีการพูดคุยปรึกษาและอธิบายให้ผู้ตัดสินใจแทนทราบตามเหตุผลความเป็นจริง (กวิวัฒน์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่ยังมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แพทย์จะใช้หลักการเอกสิทธิ์ แต่ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่ขาดความสามารถในการเข้าใจข้อมูล ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และขาดผู้ตัดสินใจแทน แพทย์จะใช้หลักการทำประโยชน์ (ผาสุก, ม.ป.ป.)

3. หลักการไม่ทำอันตราย (nonmaleficence) คือ การไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงเสมอว่าการรักษาทุกอย่างจะไม่ก่ออันตรายแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และรวมถึงการหลีกเลี่ยงอันตรายในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เป็นต้น (คูสิต, 2554ข; Beauchamp & Childress, 2001; Rich, 2013) นอกจากนี้ในบางสถานการณ์ผู้ตัดสินใจแทนอาจต้องการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอีกหรือการทำกรณียฆาต ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและจริยธรรม รวมทั้งอาจผิดหลักศาสนาความเชื่อของทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพก็ไม่สามารถกระทำและไม่จำเป็นจะต้องกระทำตามความต้องการของผู้ตัดสินใจแทน (กวีวัฒน์, 2555) ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตหรือใกล้ตายที่เกี่ยวข้องกับหลักการไม่ทำอันตราย ได้แก่ การแจ้งการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค การรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และการไม่ยอมกระทำการใดๆ โดยมีเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น (รุ่งนรินทร์, 2555)

4. หลักความยุติธรรม (justice) เป็นแนวทางในการเลือกแผนการรักษาให้ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยกรณีเหมือนกันต้องได้รับการพิจารณาเหมือนกัน หรือคนที่เท่าเทียมกันควรได้รับการพิจารณาอย่างเท่าเทียมกัน (คูสิต, 2554ข) โดยไม่มีความแตกต่างในเรื่องของเชื้อชาติ เพศ สีผิว สถานภาพ สังคม เศรษฐฐานะ ความเชื่อและศาสนา (รุ่งนรินทร์, 2555; อรัญญา, 2547) เช่น มีเตียงในหอผู้ป่วยอภิบาลจำกัด ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย จะต้องใช้หลักเกณฑ์ใดในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดความยุติธรรมสูงสุด โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นที่จะได้รับประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรนั้นด้วย (กวีวัฒน์, 2555)

5. หลักการบอกความจริง (veracity) คือการไม่โกหกหลอกลวงผู้อื่น (Rich, 2013) เป็นหลักการพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งความเชื่อถือไว้วางใจ เป็นความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพในสังคม (อรัญญา, 2547; Zerwekh, 2006) ถึงแม้ว่าการบอกความจริงจะเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมแต่บ่อยครั้งที่การบอกความจริงทำให้ทีมสุขภาพรู้สึกว่าการไม่ใช้การกระทำที่ถูกต้องและก่อผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การบอกข่าวร้ายในระยะท้ายของชีวิต ทั้งนี้ทีมสุขภาพจึงควรมีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวก่อน

6. หลักการปกปิดความลับ (confidentiality) เป็นการปฏิบัติในการเก็บข้อมูลที่เป็นอันตรายหรือน่าอับอายของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การปกปิดความลับของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น ไม่ต้องการให้ครอบครัวทราบว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ป่วยด้วยโรคที่สังคมรังเกียจก็ตาม แต่ก็อาจมีข้อมูลบางอย่างที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบ (อรัญญา, 2547) จากการศึกษาของกัญญา (2550) พบว่า ความถี่ของการตัดสินใจเชิง

จริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตตามรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การปกป้องความลับของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องการให้เปิดเผยกับครอบครัวผู้ป่วย ทั้งนี้การปกป้องความลับก็มีผลต่อสัมพันธภาพและความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาล (Rich, 2013; Zerwekh, 2006)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมีประเด็นจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ทีมสุขภาพจึงต้องมีความตระหนักและไวต่อประเด็นจริยธรรมดังกล่าว เพื่อหาทางป้องกันการตัดสินใจแก้ไขปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นการตัดสินใจที่มีบุคคลหลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง การตัดสินใจจึงต้องมีการคำนึงถึงบุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจ สิทธิของผู้ป่วย กระบวนการตัดสินใจ ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

บุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

สิ่งสำคัญอันดับแรกของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต นั่นก็คือ ใครหรือบุคคลใดที่ต้องเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งบุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และทีมสุขภาพ

1. ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการอยู่ในระยะท้ายของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยอาการป่วยจะทวีมากขึ้น ความตายจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สถาพร, 2552) การรักษาจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคอง แต่ทั้งนี้จะต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งตามหลักของกฎหมายแล้วผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจโดยชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิในการได้รับความคุ้มครองหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 32 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” และผู้ป่วยมีสิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา สิทธิปฏิเสธการรักษา และสิทธิส่วนบุคคล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 หมวดที่ 1 มาตรา 8 (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีสติรู้ตัวดี

มีความสามารถในการตัดสินใจโดยดำเนินการตามสิทธิของตนเองหรือแต่งตั้งตัวแทนเพื่อดำเนินการตัดสินใจตามสิทธิของตน เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมายที่จะแสดงเจตนา จากคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 10 กล่าวว่า บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 28 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) กล่าวว่า บุคคลย่อมมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่นไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน และมาตรา 26 กล่าวว่า การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎหมายได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจรักษาพยาบาลหรือสิทธิในการเลือกที่จะตายก็เป็นเรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เช่นกัน แสดงว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองตามกฎหมาย ทั้งนี้ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมักมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจส่วนใหญ่จึงมักกระทำโดยผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

สิทธิเป็นอำนาจของบุคคลที่จะกระทำการใดๆ ได้อย่างอิสระโดยได้รับการรับรองจากกฎหมาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลก็เป็นสิทธิอย่างหนึ่งที่บุคคลพึงได้รับในการเลือกตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษาพยาบาล โดยสิทธิการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย

1. สิทธิของผู้ป่วยมีหลักสำคัญ คือ บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง ฉะนั้นผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ในหลายๆ ประเทศได้ นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย สำหรับประเทศไทยมิได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 28 และมาตรา 32 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) ประมวลกฎหมายอาญา พุทธศักราช 2499 (ประมวลกฎหมายอาญา, 2499) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2535 (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, 2535) และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พุทธศักราช 2556 (พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค, 2556) โดยกำหนดสิทธิของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้สิทธิ

ส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ

2. สิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 หมวดที่ 1 มาตรา 12(พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) กล่าวว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

3. สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจยืดชีวิตหรือยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตนั้นคือการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า (advance directive) ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจในการเตรียมการล่วงหน้าเกี่ยวกับแผนการรักษาตามความปรารถนาของผู้ป่วย (รุ่งนิรันดร์, 2555) และเป็นคำสั่งจำเพาะที่เป็นลายลักษณ์อักษรของบุคคลหนึ่งเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ซึ่งจะมีผลต่อเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Starks, Vig, & Pearlman, 2011) ในการเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา (คูสิต, 2554ค) แบ่งเป็น 4 แบบ คือ พินัยกรรมชีวิต การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนการสื่อสาร และการเขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร

3.1 พินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่บุคคลเขียนขึ้นเพื่อแสดงความต้องการหรือไม่ต้องการเกี่ยวกับการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตตนเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต และไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ (เอกรินทร์, 2552) กิจกรรมที่ระบุไว้ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้อาหารและสารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้เลือด การทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะเลือด การเอกซเรย์ เป็นต้น (คูสิต, 2554ค) รวมไปถึงการต้องการอยู่หรือไม่อยู่โรงพยาบาล ตามมาตรา12แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพุทธศักราช 2550บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

3.2 การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทน (power of attorney) เป็นการมอบหมายให้บุคคลอื่นตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทนผู้ป่วย (surrogate decision maker) (คูสิต, 2554ค) โดยผู้ที่ตัดสินใจแทนมักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร และหลาน ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนในขั้นต้น หรืออาจเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้ป่วยหรือครอบครัวมอบหมายให้สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เช่น เพื่อนสนิท นอกจากนี้บางครั้งทีมสุขภาพก็เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (ผาสุก, ม.ป.ป.)

3.3 การเขียนคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร (advance directives) เป็นการระบุความต้องการ คุณค่าของตัวเอง (คูสิต, 2554ค) และเป็นการป้องกันหรือช่วยเหลือผู้ป่วย ภายใต

ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ โดยรวมถึงการเลือกผู้ตัดสินใจแทน (Silveira et al., 2010)

3.4 การสื่อสาร (conversation) เป็นการสนทนาพูดคุยกับญาติ ครอบครัวและทีมสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการเมื่ออยู่ในภาวะที่ตัดสินใจเองไม่ได้ (คูสิต, 2554ค) เป็นรูปแบบ advance directive ที่ใช้บ่อยที่สุด (Pantilat, 2008)

การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าเป็นเพียงเอกสาร หรือคำสั่งที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ในเวลาหนึ่ง เมื่อถึงเวลานำมาปฏิบัติ ทีมสุขภาพก็ควรมีการพูดคุยและอธิบายเกี่ยวกับการรักษา แนวทางและทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ควรมีการคำนึงว่าการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าสามารถนำไปใช้ได้ตามสถานการณ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น คำสั่งนั้นเพียงพอและชัดเจนที่จะเป็นแนวทางในการดูแลทางคลินิกและเป็นคำสั่งที่เกิดขึ้นจากความปรารถนาของผู้ป่วยมากกว่าความปรารถนาของบุคคลอื่น (NSW government, 2005) แต่จากการศึกษาของคาร์เลทและคณะ (Carlet et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความท้าทายในการดูแลระยะท้ายของชีวิตในไอซียูพบว่า ทีมสุขภาพและครอบครัวไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาลล่วงหน้า เนื่องจากการเข้าใจความปรารถนาของผู้ป่วยผิด มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างกะทันหัน นอกจากนี้พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจึงมักถูกคาดหวังว่าเป็นผู้ที่เข้าใจคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จึงมักเป็นบุคคลแรกที่ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย การประเมินการรับรู้ สภาวะทางอารมณ์และจิตสังคม รวมทั้งการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นได้

2. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตสมาชิกในครอบครัวบางคนจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ต้องติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Quinn et al., 2012) ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุคคลที่ต้องพิจารณาว่าหากผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์นั้นและมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลในการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไร ไม่ใช่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการอย่างไรหากตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับผู้ป่วย โดยผู้ตัดสินใจแทนจะต้องเป็นบุคคลที่ทราบดีที่สุดว่าผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร (ผาสุก, ม.ป.ป.) ทั้งนี้การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวครอบครัว อันประกอบด้วย ญาติทั้งหลายอาจตกลงกันแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือญาติสายตรงของผู้ป่วย และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (วรารักษ์, 2558) และมีการตัดสินใจที่ตรงประเด็นและ

มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและคุณค่าของผู้ป่วย (Beauchamp & Childress, 2001) แต่ทั้งนี้หากเกิดความขัดแย้งกันในครอบครัวว่าใครจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย อาจจะต้องนำหลักการของกฎหมายมาใช้ ในต่างประเทศจึงได้มีการออกกฎหมายที่ระบุลำดับของผู้ตัดสินใจแทนขึ้น ส่วนในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดในเรื่องนี้ จึงอาจพิจารณานำเรื่องทายาทโดยชอบธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2535 มาใช้โดยอนุโลม (ผาสุก, ม.ป.ป.)

สำหรับผู้ที่มิสิทธิในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้นตามกฎหมายกำหนดให้บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ตัดสินใจในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถลงชื่อด้วยตนเอง แม้ว่าจะไม่ได้มีรูปแบบเป็นทางการในการเลือกตัดสินใจแทนผู้ป่วยแต่แนวปฏิบัติโดยทั่วไปนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือญาติสายตรงของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมที่สุดในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการและคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย โดยการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมักจะร่วมกันตัดสินใจหลายๆ คน (Quinn et al., 2012) แต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ พุทธศักราช 2535 (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, 2535) ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับชั้นของทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตามมาตรา 1629 โดยกำหนดทายาทโดยธรรม ไว้ตามลำดับ ดังนี้ 1) คู่สมรสหรือผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา) 2) บิด มารดา 3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 4) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน 5) ปู่ ย่า ตา ยาย 6) ลุง ป้า น้า อา อย่างไรก็ตามประเทศไทยซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณีแตกต่างจากชาติตะวันตก หากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นไปตามลำดับดังกล่าวข้างต้น ก็อาจอนุโลมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้มีอำนาจกระทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการให้การรักษาผู้ป่วยนั้น ผู้ตัดสินใจแทนมักมีความเครียดในการตัดสินใจ โดยเฉพาะการตัดสินใจรักษาในระยะท้ายของชีวิต การให้ข้อมูลถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากจากการศึกษาของวิกและคณะ (Vig et al., 2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนมีพื้นฐานของการตัดสินใจ 5 อย่าง คือ 1) การสนทนา โดยการตัดสินใจขึ้นอยู่กับความรู้ที่มี 2) เอกสาร โดยการใช้เอกสารเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า 3) การมีประสบการณ์ร่วมกัน โดยใช้ความรู้สึกภายในช่วยในการตัดสินใจจากประสบการณ์ที่มีร่วมกันกับคนที่รัก 4) การให้คุณค่าเกี่ยวกับชีวิต และ 5) การมีเครือข่ายของผู้ตัดสินใจแทน ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่หากผู้ตัดสินใจแทนขาดสิ่งเหล่านี้ การตัดสินใจอาจลงเอยด้วยการที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่ยอมตัดสินใจเพราะรู้สึกว่าการตัดสินใจของตัวเองเป็นการกระทำที่ผิด เป็นการกระทำที่ไม่ใช่

ความต้องการของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนตัดสินใจให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่จึงโยนหน้าที่การตัดสินใจมาอยู่ในมือของทีมสุขภาพ

3. ทีมสุขภาพ ในบางครั้งการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตทีมสุขภาพมักเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งทีมสุขภาพนั้น อาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยจิตเวช หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยสิทธิประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งแพทย์ที่รักษาโดยส่วนใหญ่มักมีหลายคน ตามลักษณะของโรคหรืออวัยวะที่ผิดปกติ โดยแพทย์ที่ร่วมกันรักษาจะต้องมีการประชุมปรึกษาและเห็นพ้องในทิศทางเดียวกันก่อนที่จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน (Kongsuwan & Matchim, 2012) จากการศึกษาของสิทธิสมบัติและอินทอง (Sittisombut, & Inthong, 2009) ซึ่งได้สำรวจผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 57.2 ของผู้ป่วยเลือกให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ ร้อยละ 28.3 ของผู้ป่วยเลือกให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจและร้อยละ 14.5 ของผู้ป่วยเลือกการตัดสินใจร่วมกันระหว่างครอบครัวและแพทย์ นอกจากนี้แพทย์แล้วพยาบาลก็เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่ญาติมักจะปรึกษาและเป็นคนกลางระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการตัดสินใจมีค่อนข้างจำกัด (Baggs & Schmitt, 2000; Kongsuwan & Matchim, 2012)

แต่พยาบาลก็สามารถที่จะให้คำปรึกษา รวมทั้งให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจให้ก้าวผ่านกระบวนการตัดสินใจได้ (Hilden & Honkasalo, 2006) จากการศึกษาของนิการีหมีและคณะ (2550) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า สาเหตุที่การตัดสินใจในระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพเนื่องจากเชื่อในความสามารถและไว้วางใจ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษา การพยากรณ์โรค มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (end of lifedecision making) เป็นเรื่องยากและท้าทายสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ (Manasurakam et al., 2008) และเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Siegel, 2009) การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการทางความคิดในการเลือกแนวทางการปฏิบัติทางใดทางหนึ่งทั้งการรักษาและไม่รักษาความเจ็บป่วย (Thelen, 2005; Lindet al., 2012) เป็นการตัดสินใจในสิ่งที่ไม่เจตนาหรือเจตนาที่จะไปเร่งการตาย โดยการตัดสินใจหยุดหรือยับยั้งการรักษาทางการแพทย์และการตัดสินใจในการบรรเทาอาการปวดและอาการต่างๆ

ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต (De Vos et al., 2011) ซึ่งหลักการพิจารณาในการเลือกเพื่อให้บริการสุดท้ายประสงค์จะต้องผ่านกระบวนการคิด ไตร่ตรองเชิงเหตุผล โดยคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อ และวัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษา การมีชีวิต การเจ็บป่วยและการตาย รวมถึงความหวังของผู้ป่วย (Lind et al., 2012)

การตัดสินใจในการรักษา สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองโดยการตัดสินใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือยินยอมการรักษานั้น อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการตัดสินใจนั้นๆ ยกเว้นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งต้องเป็นบทบาทของผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนต้องมีความเข้าใจในการรักษาและมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ

นอกจากนี้การตัดสินใจยังสามารถแบ่งได้ตามสถานการณ์ที่ตัดสินใจ ได้ 3 ประเภท (นิตยา, 2552)

1. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่แน่นอน (decision making under certainty) เป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจทราบผลที่จะตามมาอย่างชัดเจน สามารถเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดได้ การตัดสินใจแบบนี้ ผู้ตัดสินใจต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอและทราบถึงผลของการตัดสินใจ

2. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสี่ยง (decision making under risk) เป็นการตัดสินใจที่มีความแน่นอนน้อย แต่พอจะคาดเดาผลที่จะตามมาได้ การตัดสินใจแบบนี้ ผู้ตัดสินใจจะเลือกแนวทางที่เห็นว่าจะเกิดขึ้น มีความเสี่ยงน้อย และต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เข้ามาพิจารณาด้วย

3. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (decision making under uncertainty) เป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจมีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่อาจทราบผลของการตัดสินใจว่าแต่ละทางเลือกจะเกิดอะไรขึ้น ต้องใช้ดุลยพินิจและประสบการณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เนื่องจากไม่สามารถทราบได้ว่าผลการตัดสินใจจะส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วย และเป็นการตัดสินใจในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตาย การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตจึงต้องผ่านกระบวนการคิด ไตร่ตรองเชิงเหตุผล มีการใช้ปัญญาในการกำกับความคิด มีการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์การกระทำและผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับ จากการศึกษาของเชาเลียรา, เคียน, สตอท, โมลาสซิโอทิส และมิลเลอร์ (Chouliara, Kearney, Stott, Molassiotis, & Miller, 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า

กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนมักเกิดขึ้นช้าและไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องของอาการ การรักษา และโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้และคณะ (Lee et al., 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนมักเริ่มต้นและเกิดขึ้นสูงที่สุดในช่วง 7 วัน ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งในช่วงนี้ผู้ตัดสินใจแทนจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด ดังนั้นการส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนให้เกิดขึ้นเร็วขึ้น ก็เพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนมีเวลาในการรับทราบข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้น และมีเวลาในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น ก็จะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผลการตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ส่วนใหญ่แพทย์และพยาบาลมักรู้สึกว่าจะไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการช่วยอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และยังมีความรู้สึกไม่ชัดเจนในบทบาทของผู้ตัดสินใจแทนอีกด้วย (Thelen, 2005) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรมีการสื่อสารพูดคุยหรือชี้แนะแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างดีที่สุด

กระบวนการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและท้าทาย โดยเฉพาะการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยใกล้ตาย (Emanuel & Scandrett, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต พบว่า ในขั้นตอนแรกมักเริ่มต้นจากการตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษาที่สูญเสียไปและการรักษาตามการพยากรณ์โรค ซึ่งส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเริ่มต้นตระหนักในปัญหาและผลที่เกิดขึ้น ขึ้นต่อไปจึงเป็นการตระหนักถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับและสร้างจินตนาการถึงสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วย บนพื้นฐานของคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย และขั้นสุดท้ายจึงเป็นการตอบสนองต่อการตัดสินใจ และตั้งคำถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Tilden et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (Limerick, 2007; New South Wales Government [NSW government], 2005; Sanford et al., 2011; Sittisombut, & Inthong, 2009; Thelen, 2005) พบว่า กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกและการตัดสินใจเลือก สามารถสรุปได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับทราบข้อมูล เป็นขั้นตอนในการรับทราบข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในระยะท้ายของชีวิต (Thelen, 2005) ข้อมูลที่ผู้ตัดสินใจแทนควรได้รับ ได้แก่

1. การพยากรณ์โรค เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่าจะเป็นอย่างไรต่อไป โดยการพยากรณ์โรคอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรค ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์

ไม่ว่าจะเป็นการรอดชีวิต การกลับสู่ความนึกคิด หรือคุณภาพชีวิต การพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอาจส่งผลให้ผู้ตัดสินใจไม่ยอมรับและปฏิเสธการรักษา จึงควรมีการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ตัดสินใจให้รู้สึกมีความสมดุลระหว่างความหวังและความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อไปควบคู่ไปกับการช่วยเหลือชีวิต แต่ที่มสุขภาพไม่ควรวิตกกังวลว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคจะไปทำลายความหวัง หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ตัดสินใจแทน เพราะเป็นสิ่งที่จะช่วยปรับปรุงการดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Siegel, 2009)

2. การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างไร (NSW government, 2005)

3. แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน หรือการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่น (NSW government, 2005)

4. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เป็นการให้ข้อมูลทั้งในเรื่องอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต (Limerick, 2007; Sanford et al., 2011) จากการศึกษาของจิรายู (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะท้ายของโรค พบว่า เมื่อผู้ตัดสินใจแทนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนมีการคิดและคาดการณ์ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทั้งทางที่ดีว่าอาการจะดีขึ้นโดยปาฏิหาริย์หรือทางที่ไม่ดีว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานและเจ็บปวด

5. พยาธิสภาพและการดำเนินโรคเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค ซึ่งโรคแต่ละโรคก็จะมีอาการดำเนินโรคหรือระยะของโรคที่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจงกับโรคของผู้ป่วย (Thelen, 2005)

6. ความรุนแรงของโรค เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคว่าจะส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างไร โดยความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ช่วยระบุว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Leclaire et al., 2005)

การให้ข้อมูลควรมีการคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา คุณค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถช่วยเหลือในกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนได้ จึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงและให้ความสำคัญในการให้ข้อมูล (Limerick, 2007) เลอเคลร์และคณะ (Leclaire et al., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การให้ข้อมูลในผู้ป่วยวิกฤตควรเป็นการให้ข้อมูลในเรื่องของการรักษา ทั้งการให้ยาและการผ่าตัด การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการรักษา รวมถึงการรักษาที่สามารถ

ทำได้ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของจิรายุ (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะท้ายของโรค พบว่า ปัจจัยที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกใช้ในการตัดสินใจมากที่สุดคือปัจจัยด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา เพราะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและผู้ตัดสินใจแทนยังมีความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ โดยเชื่อว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน ควรปล่อยให้เป็นเรื่องของเวรกรรม เพราะมนุษย์ทุกคนเกิดมามีกรรมเป็นตัวกำหนดชีวิตดำเนินไปตามกรรม แต่ในขณะที่ความตายใกล้เข้ามาแล้ว จิตที่สงบบริสุทธิ์พร้อมใจยอมนำไปสู่ที่ดี (นโม เมตตานน โท, 2549)

ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์ เป็นการวิเคราะห์ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลอย่างไรต่อผู้ป่วยและควรตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่างไร (Thelen, 2005) สิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนควรนำมาคิดวิเคราะห์ ได้แก่

1. ความเปล่าประโยชน์และผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย เป็นการคิดวิเคราะห์ว่าการรักษาไม่เกิดผลกับผู้ป่วยและไม่สามารถทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น (Bernat, 2005) แต่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าเกิดประโยชน์ และความเปล่าประโยชน์ในการรักษาเป็นสิ่งที่ช่วยทรมานสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ในการตัดสินใจที่ยาก ให้สามารถยอมรับผลการตัดสินใจที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Siegel, 2009)

2. ความหวังเป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับความหวังที่จะมีปาฏิหาริย์จากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Siegel, 2009)

3. ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการวิเคราะห์ถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากภาวะความเจ็บป่วยและการรักษา ทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา การใส่ยาและการรักษาต่างๆ ที่มีเพิ่มมากขึ้นตามอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว การรักษาจึงเป็นเพียงการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่และมีชีวิตในลักษณะเหมือนผัก (จิรายุ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณและไชยเพชร (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวไทยพุทธในผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยคิดว่าเป็นบทบาทและหน้าที่ของตนเองที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสบายทางอารมณ์ รวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาตามสมควร

4. คุณค่าของผู้ป่วยโดยคุณค่าเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ให้สามารถเลือกและทราบว่าควรตัดสินใจอย่างไร (นิคยา, 2552) คุณค่าเป็นสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญ โดยมาจากความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมจึงมีผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลนั้น หากบุคคลให้ความสำคัญกับการมี

ชีวิตอยู่ก็จะตัดสินใจยึดชีวิต แต่หากไม่ได้ให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่ก็จะตัดสินใจยุติชีวิตจากการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าที่ใช้ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธ พบว่า คุณค่าที่สำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธใช้ในการตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตและยุติการรักษาคือความหวังและการปราศจากความทรมาน โดยคุณค่าเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมและสังคมของบุคคลนั้น การตัดสินใจเลือกการรักษาแบบใดจึงขึ้นอยู่กับคุณค่าที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ

5. ความเชื่อและหลักศาสนาของผู้ป่วยซึ่งความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่มิบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ ความการเจ็บป่วย และมีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (Romain & Sprung, 2014)

6. การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะรักษาอย่างไร ก็จะทำให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจ โดยยึดถือความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักได้ (Starkset al., 2011) และจากการศึกษาของดีเทอริงและคณะ (Detering et al., 2010) เกี่ยวกับผลของการวางแผนการรักษาล่วงหน้าในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า การวางแผนการรักษาล่วงหน้าช่วยปรับปรุงการคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

7. ความปรารถนาของผู้ป่วยโดยผู้ตัดสินใจแทนอาจทราบความปรารถนาของผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงไว้ แล้วย่านาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้ตัดสินใจแทน เพื่อให้การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งที่คำนึงถึงความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วยมากที่สุด (NSW government, 2005) จากการศึกษาของเบคสเตรนด์, คาลิสเตอร์, และเคิร์ชฮอฟฟ์ (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) ซึ่งได้เสนอแนวทางการช่วยส่งเสริมการตายดี คือ การจัดตั้งเวดล้อม การบรรเทาอาการปวด การทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ

8. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยเป็นสิ่งควรคำนึงถึงเนื่องจากความตายอาจไม่ใช่ผลลัพธ์เดียวที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต แม้ตัวโรคจะไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และการพยากรณ์โรคมืดมัวจำกัด แต่ก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อน และครอบครัวให้ได้รับการดูแลในระยะท้ายได้ (Meriman, 2002) ดังคำกล่าวของพระไพศาล (2554ง) ที่กล่าวว่า “ความตายไม่ใช่สิ่งที่จะต้องประวิงเวลาออกไปให้นานที่สุด คุณภาพของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญกว่าการมีอายุยืนนานในสภาพที่ไร้ความรู้สึกหรือเหมือนวัตถุ” (หน้า 70) และจากการศึกษาของโบซารอบและคาน (Bocharov & Kahn, 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิตในไอซียู พบว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตควรมีการคำนึงถึงคุณค่าและความหวังของผู้ป่วย มีการส่งเสริมการสื่อสารในระยะท้าย การแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อครอบครัว

ผู้ป่วยและการหลีกเลี่ยงการดูแลที่ขัดต่อความปรารถนาของผู้ป่วย การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเป็นการรักษาที่ยืดความตายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเฮร์แมนและลูนิย์ (Hermann & Looney, 2011) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งผลกระทบต่อที่สุดคือความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย

9. ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เป็นการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา จากการศึกษาของเบอเกอร์, ดีเร็นโซ และชวาร์ทซ์ (Berger, Derenzo, & Schwart, 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ทฤษฎีจริยศาสตร์และการปฏิบัติทางคลินิก พบว่าสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ก็คือความปรารถนาของผู้ป่วยและการตัดสินใจแทน โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

10. ความไม่แน่นอนในการตอบสนองต่อแผนการรักษาจากการศึกษาของฟิชเชอร์และริดลีย์ (Fisher & Ridley, 2012) เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการดูแลระยะสุดท้ายและการตัดสินใจ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและการรักษาทางคลินิกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอในการรักษาผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต อีกทั้งเป็นส่วนที่ทำให้ยากและอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งและความไม่ไว้วางใจระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้ จึงควรมีการประชุม การให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การวางแผนการรักษาล่วงหน้า และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว รวมทั้งทักษะของการสื่อสารและการเป็นที่ปรึกษาที่ดีก็จะเป็นการช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและการตัดสินใจที่ดีแก่ผู้ตัดสินใจแทนได้มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกเป็นขั้นตอนที่มีการกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และยอมรับทางเลือกนั้นๆ (Thelen, 2005) สิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนควรนำมาวิเคราะห์แต่ละทางเลือกได้แก่

1. ผลดีผลเสียต่อผู้ป่วยของแต่ละทางเลือก (NSW government, 2005)
2. ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก (Thelen, 2005)
3. ผลที่จะเกิดขึ้นต่อครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว (Limerick, 2007)
4. แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนและช่วยเหลือการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยจิตเวช หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยสิทธิประโยชน์ (Limerick, 2007)
5. การปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นของครอบครัวหรือเพื่อน (Sanford et al., 2011) โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือก เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งก็คือผลการตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกควรประกอบด้วย

1. การสะท้อนคิดในการตัดสินใจว่าข้อมูลที่ได้รับและการคิดวิเคราะห์ที่ผ่านมามีการตัดสินใจอย่างไร (Sanford et al., 2011)

2. การลงมือกระทำและการสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจกับทีมสุขภาพและครอบครัว (NSW government, 2005) ซึ่งความไว้วางใจของผู้ตัดสินใจแทนต่อทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของกระบวนการตัดสินใจ (Limerick, 2007) รวมทั้งเป็นสิ่งที่ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพและผู้ตัดสินใจแทน (Norton, Tilden, Tolle, Nelson, & Eggman, 2003)

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการตัดสินใจที่ต้องคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นในหลายๆ ด้าน ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และสังคม หากกระบวนการตัดสินใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะทำได้แนวทางในการรักษาผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลดีทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ที่จะสามารถกำหนดแผนการดูแลและการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ แต่หากกระบวนการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้า ก็อาจเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น อาจไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการและความปรารถนา หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น แต่บางครั้งการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลของการรักษาต่างๆ จนเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ว่าควรทำอย่างไร ผู้ตัดสินใจแทนจึงอาจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมหรือรับทราบข้อมูลซ้ำๆ กระบวนการตัดสินใจจึงดำเนินต่อไปได้ รวมทั้งการที่ผู้ตัดสินใจแทนเกิดความเชื่อใหม่ว่าการรักษาผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตต่อไปเป็นสิ่งที่ไม่ใช่ประโยชน์อาจก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและความไม่นอนใจในการตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจแทนจึงต้องกลับไปทบทวนด้านในจิตใจของตัวเองถึงข้อมูลที่ได้รับและสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จึงสามารถตัดสินใจได้ (Limerick, 2007) ดังนั้น การพิจารณาและส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้การตัดสินใจเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทุกฝ่าย แต่ทั้งนี้การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับชีวิตนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีสิทธิในการตัดสินใจแทนจึงจะสามารถตัดสินใจได้

**ปัจจัยที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องคำนึงถึงในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตในระยะท้ายของชีวิต**

เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมีความรุนแรงของโรคและมีความเสี่ยง จึงส่งผลให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การตัดสินใจจึงเป็นการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้

ตัดสินใจแทนจึงต้องมีกระบวนการคิด การวิเคราะห์ หาทางเลือก และการตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ปัจจัยที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องคำนึงถึงในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายได้แก่ ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย คุณค่าของผู้ป่วยความปรารถนาของผู้ป่วย และความหวังของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient's best interest) ในระยะท้ายของชีวิตการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ส่งผลให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งไม่สามารถเข้าใจในแผนการรักษาที่ได้รับ (Sibbald & Chidwick, 2010) ซึ่งโดยทั่วไปการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยสามารถถือเป็นผลรวมของหลักการพื้นฐาน คือ หลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำอันตรายและหลักการเอกสิทธิ์ โดยแพทย์ทำหน้าที่เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ไม่ทำร้ายผู้ป่วย และใช้เวลาในการพิจารณาความปรารถนาของผู้ป่วย ค่านิยม และเป้าหมายที่กำหนด แต่ในบางครั้งสิ่งเป็นประโยชน์ของผู้ป่วยอาจเป็นการระงับหรือถอนการรักษาบางอย่างออกไป และในทางกลับกันผู้ป่วยและญาติอาจขอการรักษาที่ทรมานสภาพไม่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์หรือไม่สามารถให้ได้ในสถานการณ์นั้น การกระทำเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยในการดูแลระยะสุดท้ายสามารถกระทำได้โดย 1) การปรึกษาและข้อตกลงระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง 2) การพิจารณาเกี่ยวกับการแสดงความประสงค์ในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า และ 3) การปรึกษาและพูดคุยกับผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ แต่ทั้งนี้ในสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่ทราบข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอในการตัดสินใจว่าการรักษาใดก่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด การรักษาจึงอาจต้องยืดชีวิตออกไปชั่วคราว จนกว่าจะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ (Australian and New Zealand Intensive Care Society, 2014)

จากการศึกษาของทอร์ค, อเล็กซานเดอร์, และแลนทอส (Torke, Alexander, & Lantos, 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจแทนและข้อจำกัดของความเป็นตัวตนในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน พบว่า การตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ถูกร้องขอและใช้บ่อยในผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ และไม่มีการแสดงเจตจำนงในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า และจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการตัดสินใจแทน พบว่า การตัดสินใจแทนยังคงมีข้อบกพร่องจึงควรมีการพิจารณาและใช้วิธีการอื่นๆ ในการตัดสินใจ วิธีที่ 1 คือ การให้ข้อจำกัดในการตัดสินใจที่คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยโดยใช้บรรทัดฐานของชุมชน โดยการอภิปรายต่อสาธารณะเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายและข้อตกลงเพิ่มเติมในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งอาจนำไปสู่การร้องขอการรักษาที่รุนแรงและไม่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ก็เป็นที่ยากที่จะอภิปรายถึงบทบาทที่เหมาะสมของผู้ตัดสินใจแทน แต่ชุมชนก็สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทั้งระบบ และวิธีที่ 2 คือ การใช้เทคนิค

การบรรยายหรือการเล่าเรื่องโดยมุ่งเน้นศักดิ์ศรีและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคนมากกว่า ความเป็นตัวตนของผู้ตัดสินใจแทน

2. คุณค่าของผู้ป่วยการตัดสินใจแทนควรตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้คุณค่าของผู้ป่วย รวมทั้งการมีประสบการณ์ร่วมกันกับผู้ป่วย (Vig et al., 2006) เนื่องจากในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกด้อยค่าและสิ้นหวัง ทีมสุขภาพ ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และตระหนักในคุณค่าของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าชีวิตของผู้ป่วยมีความหมาย และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แม้จะมีเวลาเหลือน้อยแล้วก็ตาม และการตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย คุณค่าของผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิ์และการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นหลักพื้นฐานของการตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก (Manasurakarn et al., 2008)

3. ความปรารถนาของผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษาล่วงหน้าจะต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของอาการเจ็บป่วย การรักษา ความเชื่อ และเป้าหมายของการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งการทำความเข้าใจถึงความปรารถนาของผู้ป่วย (Detering et al., 2010) ดังคำกล่าวของพระไพศาล (2554: 70) ที่กล่าวว่า “ความตายไม่ใช่ปัญหาหรือสิ่งน่ากลัว วิธีการชะลอความตายโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยต่างหากที่เป็นปัญหาหรือน่ากลัวกว่า” แต่ปัญหาก็คือบางครั้งผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย การตัดสินใจจึงอาจเป็นการนำความคิดเห็นเฉพาะของตนเองมาใช้มากกว่าการคิดว่าหากตนเองเป็นผู้ป่วยจะปรารถนาสิ่งใด

4. ความหวังของผู้ป่วย ความหวังมีความสำคัญในการช่วยเยียวยาผู้ป่วยและมีบทบาทในการจัดการความเครียด (กิตติกร, 2556) แต่ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตก็อาจเกิดความล่าช้าได้จากความหวังและความสิ้นหวังจากการรักษา (Sullivan, 2003) จากการศึกษาของเครตัน, บูโทว, อาร์โนลด์, และแททเทอร์ซอลล์ (Clayton, Butow, Arnold, & Tattersall, 2005) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร และจากการศึกษาของจिरายู (2548) พบว่า เหตุผลที่ผู้ตัดสินใจเลือกในการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยนั้น เนื่องจากคิดว่ายังมีโอกาสที่ผู้ป่วยฟื้นหรือหายจากการเป็นโรคร้ายอย่างปาฏิหาริย์ ถึงแม้ความหวังจะไม่มีเลยก็ตาม จึงมีการใช้ข้ออ้างนี้สำหรับประวิงการตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด มีผู้ป่วยอีกหลายคนที่ถูกประวิงการตายออกไป โดยเปล่าประโยชน์ และยังได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นและนานขึ้นเพียงเพื่อหวังว่าจะฟื้นหรือหายจากโรคโดยปาฏิหาริย์ (Gries et al., 2008) ดังนั้นการที่จะให้การรักษาอย่างไรจึงควรมีการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Mercurio, 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจแทนเป็นแนวทางที่ใช้เมื่อผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองและไม่ได้มีการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งการตัดสินใจแทนมักเป็นหน้าที่ของครอบครัวและทีมสุขภาพที่จะตัดสินใจในแนวทางที่คิดว่าถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองจะตัดสินใจในแบบเดียวกัน (Torke et al., 2008)

การตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ทำท่ายโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (Sulmasy & Snyder, 2010) ดังนั้นในผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจแทนจึงได้รับสิทธิในการตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยเลือกหรือมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน และถ้าผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเองได้หรือไม่ทราบผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การตัดสินใจจึงควรกระทำโดยการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญบนพื้นฐานของการเป็นปัจเจกบุคคลและการคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ หรือคุณค่าของผู้ป่วย (Chidwick, Sibbald, & Hawryluck, 2013) การตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิตจึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผลของการรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบ สัมพันธภาพและความเชื่อในทีมสุขภาพ และความเชื่อในปาฏิหาริย์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศ ลักษณะเพศที่แตกต่างกันส่งผลให้มีทัศนคติและแนวคิดเกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน โดยเพศชายเป็นเพศที่กลัวความตายและกลัวในสิ่งที่ไม่รู้จักหรือสิ่งที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น (Cicirelli, 2001) ส่วนเพศหญิงสามารถยอมรับกับความตายและเตรียมตัวตายได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิง มีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายและมีความกลัวในกระบวนการของความตายเช่น การขี้อชีวิตและความเจ็บปวดก่อนตายมากกว่าเพศชายจึงทำให้มีความตระหนักต่อการเตรียมตัวตาย (Yeum, 2005) จากการศึกษาของวัตสันและคณะ (Watson et al., 2008) เกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการขี้อชีวิตของกลุ่มสมรส พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนเพศหญิงจะมีความอ่อนไหว มีการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและมีการทำนวยถึงการขี้อชีวิตที่ถูกต้องมากกว่าผู้ตัดสินใจแทนเพศชาย รวมทั้งผู้ตัดสินใจแทนเพศชายมีประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับน้อยกว่าผู้ตัดสินใจแทนเพศหญิง และจากการศึกษาของสิทธิสมบัติและอินทอง (Sittisombut & Inthong, 2009) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า

ผู้ตัดสินใจแทนเพศชายและผู้ตัดสินใจแทนเพศหญิงมีการตัดสินใจที่แตกต่างกัน โดยผู้ตัดสินใจแทนเพศชายเลือกการตัดสินใจโดยให้แพทย์ตัดสินใจแทน ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเพศหญิงเลือกการตัดสินใจทั้งโดยครอบครัวและแพทย์ตัดสินใจแทนใกล้เคียงกัน

2. อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นส่งผลให้มีประสบการณ์และมีการเผชิญปัญหามากขึ้น ส่งผลให้มีกระบวนการคิดและการตัดสินใจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาของสินฟและคณะ (Sinuff et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า คำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ จะเกิดขึ้นมากในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคุกและคณะ (Cook et al., 2001) ซึ่งเกี่ยวกับการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยในไอซียู พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนที่อายุมากขึ้น โดยมีอายุมากกว่า 50 ปี มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียู แต่บางการศึกษา พบว่าผู้ตัดสินใจแทนที่อายุมากขึ้นเป็นปัจจัยที่เป็นอิสระจากการตัดสินใจถอนการรักษา (Changet al., 2010) นอกจากนี้อายุยังเป็นปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตมีประสบการณ์การสูญเสียมาก่อนจึงยอมรับกับความตายและมีพฤติกรรมเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายมากกว่าวัยอื่น (ทัศนีย์, 2553)

3. สถานภาพสมรส เป็นตัวกำหนดสถานภาพของครอบครัวและบทบาทในสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้รับรู้ว่ายังมีคนที่ต้องดูแลและต้องการการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของวัตสันและคณะ (Watson et al., 2008) เกี่ยวกับความแตกต่างของเพศในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการยืดชีวิตของกลุ่มสมรส พบว่า สามีจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจมากกว่าคู่สมรสของตน และมีความสามารถในการคาดการณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงมากกว่าภรรยา แต่ภรรยาก็อาจจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนที่มีความเที่ยงตรงมากกว่าสามี นอกจากนี้สามีจะมีความเชื่อมั่นในตัวภรรยาเกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อให้เกิดความสุขสบายและมีความเต็มใจในการดูแลระยะท้ายของชีวิตแต่ในความเป็นจริงพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนที่เป็นภรรยาไม่ได้มีการดูแลที่ก่อให้เกิดความสุขสบายหรือมีความเต็มใจในการดูแลมากกว่าผู้ตัดสินใจแทนที่เป็นสามี

4. ระดับการศึกษาการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ กระบวนการคิด และกระบวนการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมักเน้นในเรื่องของการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ต่างๆ ส่งผลให้บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมักแสวงหาความรู้ ทั้งในเรื่องโรค อาการเจ็บป่วย การรักษาหรือแม้แต่แผนการรักษาที่ได้รับ สามารถเข้าใจผู้ป่วยและทีมสุขภาพรวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า จากการศึกษาของควอกและคณะ (Kwok et al., 2007) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแล

หรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการชีวิตผู้ป่วยความจำเสื่อม พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับแผนการรักษา โดยสามารถวิเคราะห์ทางเลือกและสามารถตัดสินใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2012) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

5. รายได้และเศรษฐกิจจากการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตอาจส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรม มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง การต้องเผชิญกับความกดดันทุกด้านจากการดูแล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จากการเหนื่อยล้าด้านร่างกาย นอนหลับไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารน้อยลง ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่องและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตทำให้อาการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ถ้าไม่มีเงินออมหรือรายได้เสริมจะทำให้เกิดความผิดเคืองทางด้านการเงิน อาจก่อให้เกิดภาระหนี้สิน จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตต้องการยุติการรักษาเนื่องจากไม่ต้องการเป็นการของครอบครัว ไม่ต้องการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง (จิรายุ, 2548; นิการิหิมะและคณะ, 2551)

6. ลักษณะครอบครัวในสังคมไทยแบ่งประเภทของครอบครัวเป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย สมาชิก 2 รุ่น คือ รุ่นพ่อ-แม่และรุ่นลูก และครอบครัวขยาย ประกอบด้วย สมาชิกหลายช่วงอายุอย่างน้อย 3 รุ่น คือ รุ่นปู่-ย่าตา-ยายรุ่นพ่อ-แม่และรุ่นลูก แต่ในปัจจุบัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งมีครอบครัวอีกหลายประเภทเกิดขึ้น เช่น ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวบุตรบุญธรรม และครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นครอบครัวที่มีแต่ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) อาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีบุตรหลานช่วยเหลือ (อัมราและสุพัตรา, 2552) ซึ่งลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนไปนี้อาจส่งผลกระทบต่อในหลายๆ อย่าง เช่น สัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัวอาจห่างเหินมากขึ้น ไม่มีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ลักษณะของครอบครัวจึงมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ทั้งในเรื่องของความรู้สึกรักใคร่ ความผูกพันใกล้ชิดหรือเรื่องของการดูแล และค่าใช้จ่ายต่างๆ

7. ประสิทธิภาพการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต หากผู้ตัดสินใจแทนเคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจมาก่อน ก็จะทำให้ทราบและเข้าใจมากขึ้นว่าก่อนที่จะตัดสินใจควรปฏิบัติอย่างไร ควรทราบข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องใดบ้าง และควรพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยกับใครในเรื่องใดบ้าง แต่ทั้งหากประสบการณ์การตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิตครั้งก่อนเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลว่าการตัดสินใจของตนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือได้รับความทุกข์ทรมาน

มากขึ้นก่อนเสียชีวิต หรือแม้แต่การได้รับคำต่อว่าหรือความไม่พอใจจากบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวก็อาจทำให้ผู้ตัดสินใจแทนไม่อยากตัดสินใจในครั้งนี้ก็เป็นได้ แต่หากการตัดสินใจแทนในระยะสุดท้ายในครั้งก่อนเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนรู้สึกดี รู้สึกมีความสุขที่การตัดสินใจของตนช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานสามารถตายอย่างสงบ และบุคคลอื่นในครอบครัวรู้สึกดีเช่นกันว่าการตัดสินใจนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง จากการศึกษาของสารภีและคณะ (2556) พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในภาวะใกล้ตายมาก่อนจะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เนื่องจากการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายจะทำให้มองเห็นกระบวนการในภาวะใกล้ตายจึงเกิดการผลักดันให้มีการเตรียมตัวตายเพื่อเผชิญความตายได้อย่างสงบ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจึงเป็นไปเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบ

8. วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา การมีความเข้าใจและความไวต่อวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนามีความสำคัญในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เริ่มตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บและตาย การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตก็เช่นเดียวกัน ความเชื่อทางศาสนามักเป็นสิ่งที่กล่าวถึงบ่อย ทั้งในเรื่องของชีวิต การรักษา และความตาย ดังพระพุทธทวณะที่กล่าวว่า “ตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ตราบนั้นชีวิตก็ยังมีค่าไม่ควรที่ใครจะไปตัดรอนแม้ว่าชีวิตนั้นกำลังจะตายไปก็ตามหากไปเร่งเวลาตายเร็วขึ้นแม้จะเพียงแค่วินาทีเดียวก็เป็นบาป” ศาสนาพุทธเชื่อในเรื่องของเวรกรรมและการตายอย่างสงบ เพราะเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนด ชีวิตดำเนินไปตามกรรม ชีวิตของทุกคนแตกต่างกัน มีสุขและทุกข์ปะปนกัน (พระไพศาล, 2554ข) เชื่อในผลแห่งกรรม ทุกๆ การกระทำย่อมมีผลตามมา ไม่มีใครหนีกรรมได้ ส่วนเรื่องความตายเชื่อว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน เกิดมาก็ต้องตาย แต่เมื่อความตายใกล้เข้ามา จิตที่สงบ บริสุทธิ์ผ่องใส ย่อมนำไปสู่ที่ดี จึงนับว่าการตายอย่างสงบนั้นเป็นการตายที่ตรงกับทัศนคติของศาสนาพุทธ (นโม เมตตานนโท, 2549) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ตัดสินใจแทนที่นับถือศาสนาพุทธจะมีความรู้สึกรู้สึกดีและบาปหากตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) นอกจากนี้ศาสนาพุทธเน้นการตายอย่างมีสติ ในภาวะที่รู้สึกตัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจให้ยาลดปวดหรือยานอนหลับได้ ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนอาจปฏิเสธการให้ยาเหล่านี้ (Chan, Poon, & Hegney, 2011) รวมทั้งจากการศึกษาของจิรายุ (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนที่นับถือศาสนาพุทธคิดว่าผลการรักษาในระยะสุดท้าย คือ สิ่ง que ทุกคนไม่ปรารถนา แต่ก็ควรยอมรับการเสียชีวิตซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติควรปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

9. การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้แล้วว่าจะรักษาอย่างไร ก็จะทำให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจโดยยึดถือ

ความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักได้ (Starkset al., 2011) จากการศึกษาของซิลเวราและคณะ (Silveira et al., 2010) เกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าและผลลัพธ์จากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังการเอาใจใส่และให้ความเคารพในการรักษาเพื่อการยืด ชีวิต การตัดสินใจแทน ทั้งโดยผู้ตัดสินใจแทนและทีมสุขภาพ รวมทั้งพบว่าการทำพันธกรรมชีวิตมีผลเพียงเล็กน้อยต่อการตัดสินใจยกเลิกการรักษาและมีผลเพียงเล็กน้อยในการเพิ่มคงที่ระหว่างการได้รับการดูแลรักษาและความปรารถนาของผู้ป่วยและการทำพันธกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจให้การรักษาเพื่อความสะดวกสบาย มากกว่าการรักษาทุกอย่างหรือการรักษาที่จำกัด นอกจากนี้การวางแผนรักษาล่วงหน้าช่วยปรับปรุงการคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress symptoms) ของสมาชิกในครอบครัว (Detering et al., 2010) ทั้งนี้ข้อมูลของการวางแผนรักษาล่วงหน้าควรมีบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยและมีระบบแจ้งเตือนที่เหมาะสมของทางโรงพยาบาล (Australian and New Zealand Intensive Care Society, 2014)

10. ความรุนแรงของโรคและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เนื่องจากความรุนแรงของโรคจะบ่งบอกถึงภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน จากการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2012) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถตัดสินใจในความเจ็บป่วยของตนเองได้ก่อนที่อาการจะรุนแรงมากขึ้นอีก แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ตัวโรคเข้าสู่ระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมักรู้สึกไร้คุณค่าที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จากการศึกษาของจิริยา (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ปัจจัยที่ผู้ตัดสินใจแทนไทยพุทธใช้ในการตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุด คือ ปัจจัยด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา กล่าวคือไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป เหตุผล คือ ไม่อยากให้ทรมานและคิดว่าไม่มีประโยชน์ และผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษาโดยการถอดเครื่องช่วยหายใจออก เหตุผลคือคิดว่ายังไงก็ตายและไม่อยากให้ทรมาน และจากการศึกษาของนิการีหิมะและคณะ (2551) พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ยุติการรักษาเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจากวิธีการรักษาในระยะสุดท้ายเนื่องจากรับรู้ว่าคุณป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งจากความเจ็บป่วยและการใช้อุปกรณ์การช่วยชีวิตเพราะนอกจากจะไม่สามารถเอาชนะความตายแล้วยังต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการชะลอความตายนั่นการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นเพียงการประคับประคองชีวิตซึ่งไม่สามารถทำให้หายเป็นปกติเป็นเพียงการยืดเวลาในระยะสุดท้ายออกไปผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่คงสภาพไว้การยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปจึง

มักควบคู่กับความทุกข์ทรมานอยู่เสมอ ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ร่างกายได้รับความทุกข์ทรมานและมีความเจ็บปวดรวมทั้งการรักษาที่ได้รับส่วนต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้รักษาเพื่อประคับประคองชีวิตและจากการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) เกี่ยวกับคุณค่าที่ใช้ในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธ พบว่าครอบครัวไทยพุทธส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต โดยให้คุณค่ากับความหวังและการปราศจากความทรมาน

11. ผลของการรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ตัดสินใจแทนทำการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม (Kongsuwan & Matchim, 2012) โดยผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาหรืออยู่ในภาวะทุกข์ทรมาน การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ตัดสินใจแทนอาจตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากหากมีโอกาสรอดน้อยก็ไม่ต้องการรักษา(จิรายุ, 2548) แต่ทั้งนี้ ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ก็ต้องการข้อมูลที่กระจ่างเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค ต้องการข้อมูลที่ต่อเนื่องและเข้าใจง่าย โดยผลของการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดี จะส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยอมรับการรักษา เนื่องจากผลของการรักษาจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้แต่จากการศึกษาของไวท์, เคอร์ติส, ลู, และลูซ (White, Curtis, Lo, & Luce, 2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจจำกัดการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจและมีผู้ตัดสินใจแทนพบว่า การรับรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคจะมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการพยากรณ์โรคที่แย่มาก ผู้ตัดสินใจแทนมักเลือกตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและถอนการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วย

12. การรับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลระยะท้ายของชีวิต (Miyashita, Morita, Sato, Hirai, Shima, & Uchitomi, 2008) การตายอย่างสงบจึงเป็นสิ่งที่บุคคลส่วนใหญ่ปรารถนา เป็นอิสระจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เป็นการตายท่ามกลางคนรัก มีญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวท่ามกลางสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย (พระไพศาล, 2554จ) โดยหมายรวมถึงการมีเวลาสำหรับเพื่อนและครอบครัวที่จะบอกลาและผ่านความเศร้าโศกจากการเสียชีวิตไปได้ (McCullough, 2011) จากการศึกษาของกงสุวรรณและคณะ (Kongsuwan et al., 2012) เกี่ยวกับการรับรู้การตายอย่างสงบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธระยะท้าย พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้การตายอย่างสงบในหลายรูปแบบ คือ การรับรู้ว่าการตายจะมาถึงเมื่อไร มีการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับสถานะทางจิตใจในการตายอย่างสงบ การไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน การมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยหรือไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยว และสมาชิกในครอบครัวไม่มีความเศร้าโศก ดังนั้นหากผู้ตัดสินใจแทนมีการรับรู้การตายอย่างสงบอย่างไรก็จะมีผลต่อการตัดสินใจที่สอดคล้องไปกับการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นสุขปราศจากความทรมาน

13. สัมพันธภาพและความเชื่อในทีมสุขภาพ การที่ทีมสุขภาพมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และหากทีมสุขภาพมีการเรียนรู้และการตระหนักถึงประโยชน์จากการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตก็จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของนิการีหมีและคณะ (2551) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับมุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจ เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนเชื่อว่าทีมสุขภาพมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ส่วนสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและผู้ตัดสินใจแทนเป็นสิ่งแรกที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจ โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดทำให้สามารถพัฒนาความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดความไว้วางใจและสามารถเชื่อมต่อกับผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนได้ (Thelen, 2005) และจากการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) พบว่า ผู้ป่วยไทยพุทธต้องการให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทน โดยคุณค่าที่สำคัญที่สุดคือ ความเชื่อถือไว้วางใจ

14. ความเชื่อในปาฏิหาริย์ โดยผู้ตัดสินใจแทนต้องการให้ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่เพราะยังมีความหวังแม้จะเล็กน้อยแต่ก็หวังได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น (Gries et al., 2008) จากการศึกษาของจิรายุ (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรับการรักษาต่อไปถึงแม้ว่ารักษาที่ได้รับจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะรอดชีวิตน้อยก็ตาม ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังหวังพึ่งปาฏิหาริย์ว่าอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้หากทำการรักษาต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ตัดสินใจแทนใช้ปาฏิหาริย์มาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อสร้างความหวัง โดยการมองโลกในแง่ดีและมุ่งมั่นเปลี่ยนแปลงอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นไปในทางที่ดีด้วยปาฏิหาริย์สอดคล้องกับการศึกษาของกราชและคณะ (Gries et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายในไอซียู พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องการคงไว้ซึ่งอุปกรณ์การช่วยชีวิตต่างๆ ถึงแม้ว่าความหวังจะมีเพียงเล็กน้อยแต่ก็มีความหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นกลับมา และการศึกษาของโมริตะและคณะ (Morita et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความกังวลของสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้ยาระงับประสาทในการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการเพียงเวลาที่เหมาะสมและเพียงพอในการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตแล้ว ปัญหาจากการตัดสินใจแทนก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเช่นกัน เนื่องจากเป็นสิ่งที่มาก่อนกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งอาจส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจล่าช้า เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยและทีมสุขภาพดังนี้

1. ผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวของผู้ป่วย เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรง และมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบมี ดังนี้

1.1 เกิดความขัดแย้งกันเองในครอบครัว ซึ่งเกิดจากความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันของบุคคลในครอบครัว (Thelen, 2005; White, 2011) โดยส่วนใหญ่มักเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของครอบครัว (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) จากการศึกษากองพัชรี (2547) พบว่า การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในสถานการณ์เดียวกันอาจมีทางเลือกที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน และบุคคลในครอบครัวซึ่งหากบุคคลในครอบครัวมีความเห็นไม่ตรงกัน ทีมสุขภาพอาจช่วยแก้ไขโดยการให้คำปรึกษาร่วมกับการแนะนำครอบครัวให้มุ่งไปที่ความต้องการของครอบครัวมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการตัดสินใจแบบเอกฉันท์ (consensus) (ผาสุก, ม.ป.ป.)

1.2 เกิดความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่สามารถเข้าใจในข้อมูลของการรักษาและความต้องการของครอบครัว ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ ความเครียด และความวิตกกังวล (Lee et al., 2012) รวมทั้งอาจเกิดอาการซึมเศร้าจากการตัดสินใจได้ (Mrad, Mourad, & Najem, 2012) ทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่ควรให้ข้อมูลในเรื่องของการพยากรณ์โรค ความรุนแรงของโรคและอาการที่จะเกิดขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหากผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ (Beca & Astete, 2011) ทั้งนี้ควรเป็นเป็นพูดคุยระหว่างแพทย์ พยาบาล นักบำบัดทางจิต จิตแพทย์ ผู้ตัดสินใจแทน และบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันสามารถให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน

1.3 ไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย เนื่องจากการตัดสินใจเป็นการตัดสินใจในภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าไว้ ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวไม่ทราบความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย (Quinn et al., 2012)

1.4 แพทย์ต้องการให้มีผู้ตัดสินใจแทนเพียงคนเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วบุคคลในครอบครัวจะมีการปรึกษาและร่วมกันตัดสินใจหลายคน (Quinn et al., 2012) เพียงแต่ต้องมีบุคคลเพียงคนเดียวที่ต้องตัดสินใจและเซ็นใบยินยอมหรือไม่ยินยอมรักษา

1.5 การสื่อสารระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่มากเกินไป ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ไม่ใช่จากคนคนเดียวและมีข้อมูลไม่ตรงกัน (Wiegand, 2006) หรือการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดความจริงใจและ

ตรงประเด็นในการสื่อสาร (Norton et al., 2003) การแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความไว้วางใจและสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ (Thelen, 2005) รวมทั้งการขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องของอาการ การรักษา และโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกิดขึ้นช้าและไม่มีประสิทธิภาพ (Chouliara et al., 2004)

2. ทีมสุขภาพ เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทั้งแพทย์ พยาบาล หรือนุรุษการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา และในบางครั้งอาจได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยทั้งจากตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบมีดังนี้

2.1 เกิดความคับข้องใจของพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการที่แพทย์ให้ข้อมูลหรือสร้างความหวังแก่ครอบครัวผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิตและเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย (Thelen, 2005) ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เชื่อว่าการช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ให้ตายเป็นหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของแพทย์ (พระไพศาล, 2554ง) รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตมักมีแพทย์เฉพาะทางร่วมกันรักษาหลายคน บางครั้งอาจเกิดความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจแก่ผู้ตัดสินใจแทนหรือครอบครัว และเพิ่มภาระงานให้แก่พยาบาล เพราะพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์ด้วยกัน (Beckstrand & Kirchhoff, 2005)

2.2 เกิดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ เช่น ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และพยาบาล ในเรื่องของมุมมองการรักษาผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน ส่งผลให้การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยไม่เหมือนกัน ซึ่งอาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความสับสน กระบวนการตัดสินใจเกิดความล่าช้า (Pattson, 2004)รวมทั้งการที่แพทย์เป็นผู้กำหนดการรักษาและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ส่งผลให้บางครั้งแพทย์ไม่ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน หรือแม้แต่พยาบาล เนื่องจากถือว่าตนเองรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (พระไพศาล, 2554ง)

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

ผลการตัดสินใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต (Limerick, 2007; Siegel, 2009; Thelen, 2005; Tilden et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนแต่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลจากการวางแผนการรักษาล่วงหน้าคือ การศึกษาของดีเทอริงและคณะ (Detering et al., 2010) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผล

ของการวางแผนการรักษาล่วงหน้าในระลอกสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผลของการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้า คือ การช่วยฟื้นชีวิต การยืดชีวิต และการตัดสินใจโดยทีมสุขภาพ และการศึกษาของซิลเวราและคณะ (Silveira et al., 2010) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าและผลลัพธ์จากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตพบว่า ผลที่เกิดขึ้นหลังการตัดสินใจแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษา คือ การรักษาทั้งหมดอย่างเต็มที่ การจำกัดการรักษา และการรักษาเพื่อความสุขสบาย อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้เป็นการศึกษาถึงผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระลอกสุดท้ายของชีวิต และเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมถึงการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 การรักษา คือ การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต และการรักษาพยาบาลเพื่อความสุขสบาย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม สามารถจำแนกผลการตัดสินใจออกเป็น 3 อย่าง คือ การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย ดังนี้

1. การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย จำแนกเป็น 2 อย่าง คือ การตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่ทุกอย่าง และการตัดสินใจจำกัดการรักษา ดังนี้

1.1 การตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่ทุกอย่าง คือ การรับการรักษาทั้งหมดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปหรือมีชีวิตรอดนานขึ้น (Silveira et al., 2010) ได้แก่ การช่วยฟื้นชีวิต การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้เลือดและยาปฏิชีวนะการให้อาหารและสารน้ำ การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Rubenfeld, 2004) การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (Chang et al., 2010) เหตุผลภายใต้การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการฟื้นหายหรือการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรค (Kranidiotis et al., 2010)

1.2 การตัดสินใจจำกัดการรักษา คือ การเลือกรับการรักษาเพียงบางอย่างและการรักษานั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนานขึ้น (Silveira et al., 2010) ซึ่งฮิลล์แมน (Hillman, 2012) กล่าวว่า มีแพทย์หลายรายที่ไม่ได้เริ่มต้นการอธิบายเกี่ยวกับการจำกัดการรักษาแต่ทำงานตามความปรารถนาของผู้ป่วยและการแสดงออกผ่านผู้ตัดสินใจแทน มากกว่าการลดทางเลือกของการรักษาที่แตกต่างกัน การเข้าใจในความปรารถนาและคุณค่าของผู้ป่วย อาจทำให้คิดว่าเป็นการไม่เหมาะสมที่จะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการเพิ่มตัวเลือกการรักษาที่เป็นไปได้ รวมทั้งยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด การระบายอากาศ การฟอกไต และการปลูกถ่ายอวัยวะ รวมทั้งการพูดคุยเกี่ยวกับข้อจำกัดของการรักษาในการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ผู้ตัดสินใจแทนอาจเลือกสิ่งหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่แล้วจะเห็นด้วยการรักษาที่ได้รับอยู่อย่างต่อเนื่อง เช่น การตัดสินใจเลือกการรักษาที่ยืดชีวิตบางอย่าง แต่ยกเว้น ไม่

รับการช่วยฟื้นชีวิต การไม่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เหตุผลภายใต้การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาบางอย่างและการพยากรณ์โรคเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน รวมถึงภาวะสุขภาพในอนาคต (Kranidiotis et al., 2010)

2. การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย จำแนกเป็น 3 อย่างคือ การตัดสินใจไม่รักษาเพิ่มเติม จากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน การตัดสินใจไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่างและการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ดังนี้

2.1 การตัดสินใจไม่รักษาเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน คือ การรักษาเฉพาะการรักษาที่ได้รับอยู่ แต่จะไม่มี การเริ่มหรือการเพิ่มเติมการรักษาอย่างอื่นอีก (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011; Romain & Sprung, 2014) การรักษาไม่ต้องการเพิ่ม ได้แก่ การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ การปลุกถ่ายไต การให้ลดปริมาณยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ การผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพ การให้เลือด และการให้อาหารและสารน้ำ เป็นต้น (Ferrand, Robert, Ingrand, & Lemaire, 2001) จากการศึกษาของนาวาและคณะ (Nava et al., 2007) พบว่า การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพและการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นคำสั่งที่ใช้บ่อยที่สุดในการตัดสินใจระยะสุดท้าย เหตุผลภายใต้การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการประมาณการของแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย และการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน พบว่าร้อยละ 35 มักไม่ช่วยฟื้นชีวิต (Mehta et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของแซงและคณะ (Changet al., 2010) พบว่า การหยุดช่วยฟื้นคืนชีพมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าไอซียูเพียง 1 สัปดาห์แรก

2.2 การตัดสินใจไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง เป็นการตัดสินใจโดยการไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติมอย่างอื่น และยังมี การยกเลิกการรักษาบางอย่างออกไปด้วย (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011; Romain & Sprung, 2014) เช่น การหยุดให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ การหยุดให้เลือด การหยุดให้ยาปฏิชีวนะ การหยุดให้อาหารและสารน้ำ การลดการใช้ออกซิเจน การหยุดและยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ และการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นต้น (Ferrand et al., 2001) เหตุผลภายใต้การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคและการรอดชีวิตต่ำในโรงพยาบาล (Nava, et al., 2007)

2.3 การตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด คือ การยกเลิกการรักษาที่ได้รับทั้งหมด และไม่ได้รับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติมอีกซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (De Vos et al., 2011; Mehta et al., 2011) ได้แก่ การยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจการหยุดยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจการถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจ การหยุดให้เลือดและยาปฏิชีวนะการหยุดให้อาหารและสารน้ำ การหยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการเลือกสถานที่

เสียชีวิตทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ (Kongsuwanet al., 2012) ตามที่ผู้ป่วยได้สั่งเสียไว้ หรือผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวพิจารณาเลือก (ยุวนิดาและคณะ, 2552)

3. การตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบายคือ การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน (Silveira et al., 2010) แต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่เสียชีวิตก็ได้ ซึ่งมักเป็นการเลือกให้ยาเพื่อควบคุมอาการต่างๆและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด (Thelen, 2005) ได้แก่ การให้ยานอนหลับ การให้ยาแก้ปวด (Morita et al., 2004) ร่วมด้วยกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบัน เหตุผลภายใต้การตัดสินใจเกี่ยวข้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Blinderman & Billings, 2015) จากการการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) พบว่า ครอบครัวมักเลือกบางการรักษาโดยเฉพาะการให้สารน้ำและการให้อาหารทางสายยาง ทั้งนี้เพื่อกังไว้ซึ่งความสุขสบายของผู้ป่วยโดยเชื่อว่าอาหารและสารอาหารเป็นการแสดงถึงความรักและความหวังแก่ผู้ป่วย แต่การให้สารน้ำและสารอาหารก็ไม่ได้มีความแตกต่างระหว่างการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือยุติชีวิตและจากการศึกษาของเฟอร์ราดและคณะ (Ferrand et al., 2001) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการไม่รับการรักษาเพิ่มเติมและการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิตในไอซียู พบว่า การให้ยานอนหลับและยาแก้ปวด รวมทั้งการเพิ่มปริมาณการให้ยาเป็นการรักษาที่พบได้ในกระบวนการของการไม่รับการรักษาเพิ่มเติมและการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิต

นอกจากนี้บางครั้งผู้ตัดสินใจแทนจะมอบหมายให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล หรือนุคลากรอื่น (นิการีหิมะและคณะ, 2550; Detering et al., 2010; Sittisombut, & Inthong, 2009) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ถึงแม้จะเป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจแทนให้ทีมสุขภาพตัดสินใจ แต่ผลการตัดสินใจสุดท้ายก็ยังคงเป็นการรักษา 3 อย่าง ดังกล่าว คือ การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย

จากการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูที่ตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นชีวิตคิดเป็นร้อยละ 65.8 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 87.2 ส่วนผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตที่ตัดสินใจช่วยฟื้นชีวิตคิดเป็นร้อยละ 34.2 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 46.4 ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความแตกต่างอยู่ที่ระหว่างมีชีวิตอยู่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตอย่างไร มีความสุข ความสงบ หรือมีความสุขทรมานจากการรักษา ทั้งนี้เพราะเครื่องมือและเทคโนโลยีในปัจจุบันที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล มีส่วนในการช่วยยืดความตายจากธรรมชาติ จนบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงสภาพที่เป็นทุกข์ของบุคคล แทนที่ผู้ป่วยจะได้ตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลาอันควรกลับถูกเหนี่ยวรั้งไว้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งนับวันจะมีการพัฒนามากขึ้น ปัญหาเหล่านี้

จึงเป็นที่ถกเถียงและมีข้อวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาหรือไม่ มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือไม่ (จิรายุ, 2548) จากการศึกษาของ กัญญา (2550) พบว่า หลักการและเหตุผลประกอบการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต คือ ความต้องการของผู้ป่วยและการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง หลักจริยธรรม กฎหมายและศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย และคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย ตามลำดับ เป็นปัจจัยที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตที่คุกคามต่อชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สัญญาณชีพไม่คงที่ มีอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งถูกทำลายหรือล้มเหลวจนไม่สามารถปรับตัวได้ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้าย จึงมีความต้องการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้การรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตแบ่งออกได้เป็น 3 การรักษา คือ การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต และการรักษาพยาบาลเพื่อความสุขสบาย โดยรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต คือ การรักษาพยาบาลที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไป การรักษาพยาบาลที่ยุติชีวิต คือ การยุติการรักษาพยาบาลที่ไร้ประโยชน์หรือการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้นและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา และการรักษาพยาบาลเพื่อความสุขสบาย คือ การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน ทั้งนี้การตัดสินใจให้การรักษายาบาลอย่างไรจึงเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องพิจารณาอย่างครอบคลุมทั้งคุณค่า ความเชื่อ และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เนื่องจากเป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตาย การตัดสินใจจึงต้องผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองเชิงเหตุผล มีการใช้ปัญญาในการกำกับความคิดการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์การกระทำและผลของการกระทำที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับ ครอบคลุมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกและการตัดสินใจเลือกแต่ทั้งนี้ผู้ตัดสินใจควรได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้ผลที่เกิดจากการตัดสินใจที่เป็นผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน ครอบครัว และ

ที่มีสุขภาพ ซึ่งไม่ว่าผลการตัดสินใจจะเป็นอย่างไรก็ตามแต่สิ่งหนึ่งที่ได้รับคือการได้ดูแลรักษาผู้ป่วย
วิกฤตระยะท้ายของชีวิตอย่างเต็มความสามารถสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ การตัดสินใจ
จากบุคคลหลายฝ่ายโดยไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือตัดสินใจโดยไม่คำนึงถึงความทุกข์ทรมาน
ของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อต่างๆ ตามมา เกิดปัญหาในระดับต่างๆ ทั้งระดับตัวบุคคล ความขัดแย้ง
ทางจิตใจ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาในระดับประเทศได้ จึงควรมีแนวทางการตัดสินใจที่
นำความเชื่อ คุณค่า ความปรารถนาและประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามาพิจารณาร่วม
ด้วย เพื่อให้เกิดประโยชน์และสามารถลดความขัดแย้งลงได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและสถานที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเพียงบุคคลเดียว โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิในภาคใต้ซึ่งมีการรักษาและการพยาบาลไม่แตกต่างกันมากและครอบคลุมในทุกมิติของผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต แต่ในการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสุโขทัย เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 83 นับถือศาสนาอิสลาม (สำนักบริหารยุทธศาสตร์, 2557)

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยซึ่งเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมของโรงพยาบาลที่ศึกษา ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา แล้วนำมาเทียบกับตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างตาม บุญใจ, 2553) แต่พบว่าโรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตแยกตามหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมก็อาจจะไม่ได้เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตอีกด้วย จึงทำให้

ไม่สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีนี้ได้ การวิจัยครั้งนี้จึงใช้หลักการของเคิร์ก (Kirk, 1995) ที่กำหนดว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50-100 คนสามารถอ้างอิงไปยังประชากรและเป็นตัวแทนที่ดีในการศึกษาเชิงบรรยายการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นผู้ที่ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดได้มอบหมายหรือตกลงให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน เช่น บุตรของผู้ป่วย สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย เป็นต้น

2. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. นับถือศาสนาพุทธทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน

4. ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ได้จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์โรงพยาบาลหาดใหญ่โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลหุมพรเขตรอคุมศักดิ์ และโรงพยาบาลสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ส่วน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นข้อมูลที่ผู้ตัดสินใจแทนบันทึก และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 6 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต อาการปัจจุบันของผู้ป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะสุดท้าย จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้ของครอบครัว บทบาทใน

ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และการตัดสินใจครั้งนี้ได้ปรึกษาใครบ้าง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบ่งกระบวนการตัดสินใจเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับทราบข้อมูล จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1-8 ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิเคราะห์จำนวน 12 ข้อคือ ข้อ 9-20 และขั้นตอนที่ 3 การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 21-27 มีลักษณะคำตอบเป็นอันดับมาตรา (ordinal scale) แบ่งเป็น 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 5 ตอน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด และเป็นคำถามปลายเปิดในส่วน of เหตุผลของการตัดสินใจ รายละเอียดแต่ละตอนมีดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 2 ข้อ โดยผู้ตัดสินใจแทนเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ คือตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยหรือตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยเป็นคำถามปลายปิดร่วมกับคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ โดยการตัดสินใจเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ การรักษาที่เลือกเพื่อรักษาผู้ป่วยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเหตุผลของการตัดสินใจผู้วิจัยจะสอบถามและจดบันทึกเองแบบคำต่อคำ โดยไม่มีการคัดแปลงใดๆ

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยเป็นคำถามปลายปิดร่วมกับคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ โดยการตัดสินใจเลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ การรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติมและการรักษาที่ต้องการยกเลิกสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และเหตุผลของการตัดสินใจผู้วิจัยจะสอบถามและจดบันทึกเองแบบคำต่อคำ โดยไม่มีการคัดแปลงใดๆ

ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย เป็นคำถามปลายปิดร่วมกับคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ โดยการรักษาที่เลือกเพื่อความสุขสบายเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อและเหตุผลของการตัดสินใจผู้วิจัยจะสอบถามและจดบันทึกเองแบบคำต่อคำ โดยไม่มีการคัดแปลงใดๆ

ตอนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับการบอกผลการตัดสินใจ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ โดยเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การแปลผลคะแนน

1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติ

0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และมีความเชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความสอดคล้องกับตัวแปร และความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัย นำข้อคำถามในเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยการปรับข้อคำถามจาก แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) เป็นแบบอันดับมาตรา (ordinal scale) และเพิ่มคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับเหตุผลของการตัดสินใจ จากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ทั้งหมด (average scale level content validity index [S-CVI/Ave]) ได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.9 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012) หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือต่อไป (ภาคผนวก ข)

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้กับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จากนั้นนำไปคำนวณ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1.1 ทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อขอจริยธรรมและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยสอบถามพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับสภาวะจิตใจและการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้นว่าจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้หรือไม่

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลเพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่เงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัวในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อคำนึงถึงข้อมูลที่เป็นส่วนตัวและเป็นการปกปิดความลับของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนแก่กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรือจากการอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงเหตุผลของการตัดสินใจซึ่งเป็นการสัมภาษณ์สั้นๆ โดยผู้วิจัยได้จัดบันทึกคำพูดของกลุ่มตัวอย่างแบบคำต่อคำโดยไม่มีการสรุปหรือคัดแปลงข้อความ

2.5 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถาม

2.6 ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วเสนอต่อเลขานุการคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย ซึ่งผ่านการพิจารณาตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/2379 รวมทั้งผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมและได้รับใบประกาศนียบัตร การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: ICH-GCP) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในวันที่ 16-17 ตุลาคม พ.ศ. 2557 จากนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่โรงพยาบาลที่ศึกษา และเก็บข้อมูลโดยเริ่มจากการขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลเกี่ยวกับสภาวะจิตใจและการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้นว่าจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้หรือไม่ หลังจากนั้นจึงให้พยาบาลประจำการแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่เงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัวในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคำนึงถึงข้อมูลที่เป็นส่วนตัวและเป็นการปกปิดความลับของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแจ้งระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียด ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ หากยินดีเข้าร่วมก็สามารถตอบตกลงด้วยวาจาหรือลงนามในเอกสารให้การยินยอม (ภาคผนวก ก) โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ สามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ และในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าไม่พร้อม สามารถหยุดการตอบแบบสอบถามชั่วคราว และผู้วิจัยจะคอยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและอยู่เป็นเพื่อนจนกลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีขึ้นและพร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือยังไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามให้เสร็จในคราวเดียว ผู้วิจัยจะขอนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้งต่อไป แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะขอถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ก็สามารถทำได้ตลอดเวลาตามต้องการ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกรณีดังกล่าว (ภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยใ้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยใ้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

3. วิเคราะห์ข้อมูลผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยใ้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยใ้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (ทวิศักดิ์, 2551; Elo & Kyngas, 2008; Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) ดังนี้

4.1 ถอดความข้อมูลจากการจดบันทึก คำต่อคำโดยไม่มีกรสรูปหรือดัดแปลงข้อความใดๆ เกี่ยวกับเหตุผลของการตัดสินใจ

4.2 อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดความโดยปราศจากการตีความภาพรวมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดพร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลทั้งหมด

4.3 นำข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการตัดสินใจทั้งหมดมาเลือกเนื้อหาสาระที่สำคัญแล้วนำมาแจกแจงความถี่ผู้วิจัยได้ใช้คำ (word) วลี (phases) กลุ่มคำที่มีความหมาย (theme) โดยคำที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันจัดใ้ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจ และผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิ และตติยภูมิในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลสงขลา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 120 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต
- 1.2 ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 3 ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 4 เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

1.1.1 ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพศชายร้อยละ 54.2 เพศหญิงร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-101 ปีร้อยละ 74.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 70.03 ปี (SD = 16.70) และมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุดร้อยละ 55 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 68.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 68.3 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 83.3 และสิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพร้อยละ 59.2(ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำแนกตามลักษณะทั่วไป (N = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	54.2
หญิง	55	45.8
อายุ (ปี) (Min = 18, Max = 101, Mean = 70.03 , SD = 16.70)		
18-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	7	5.8
41-60 ปี (วัยกลางคน)	24	20.0
61-101 ปี (วัยสูงอายุ)	89	74.2
สถานภาพสมรส		
คู่	66	55.0
หย่า/หม้าย	41	34.2
โสด	13	10.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	19	15.8
ประถมศึกษา	82	68.3
มัธยมศึกษา	13	10.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	1.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	3.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	82	68.3
เกษตรกร	16	13.3
รับจ้าง	8	6.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	6.4
อื่นๆ ได้แก่ นักเรียน ธุรกิจส่วนตัว หมอครอบครัวและ พระภิกษุ	6	5.0
รายได้ (บาท)		
(<i>Min = 0, Max = 40,000, Mean = 2650.83, SD = 6275.72</i>)	100	83.3
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	15	12.5
5,001-10,000 บาท	0	0
10,001-15,000 บาท	2	1.7
15,001-20,000 บาท	3	2.5
มากกว่า 20,000 บาท		
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพ	42	35.0
เบิกได้	4	3.3
ประกันสังคม	3	2.5
จ่ายเงินเอง		

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตได้รับการวินิจฉัยโรคมกกว่า 2 โรค โดยป่วยเป็นโรคปอดติดเชื้อมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.1 และมีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 2 โรคเช่นกัน โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.9 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 18.1 รวมทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าร้อยละ 82.5 และมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตในช่วง 2-14 วัน และ 15-30 วัน ร้อยละ 44.2 และ 31.7 ตามลำดับ (Mean = 23.77, SD = 26.40)(ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย(N = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค*		
ปอดติดเชื้อ	60	45.1
ติดเชื้อในกระแสเลือด	17	12.8
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย	10	7.5
โรคหัวใจล้มเหลว	10	7.5
หัวใจหยุดเต้น	9	6.8
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	8	6.0
โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ	7	5.3
โรคไตวายเฉียบพลัน	6	4.5
น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด	4	3.0
โรคอื่นๆ ได้แก่ โรคลมชักและโรคตับแข็ง	2	1.5
โรคประจำตัวและการเจ็บป่วยเรื้อรัง		
ไม่มีโรคประจำตัว	17	14.2

* หมายเหตุ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โรค

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว**	103	85.8
โรคความดันโลหิตสูง	35	21.9
โรคหลอดเลือดสมอง	29	18.1
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	19	11.9
โรคเบาหวาน	18	11.3
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย	13	8.1
โรคไตวายระยะสุดท้าย	11	6.9
โรคหัวใจ	9	5.7
โรคไขมันในเลือดสูง	8	5.0
โรคเกาต์	6	3.8
โรคตับแข็ง	5	3.1
โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ	3	1.9
โรคพาร์กินสัน	2	1.3
โรคอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภทและโรคลมชัก เป็นต้น	2	1.3
การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า		
ไม่มี	99	82.5
มี***	21	17.5
ไม่ได้ต่อช่วยหายใจ	13	41.9
ไม่กหนดหัวใจ	7	22.6
ไม่เจาะคอ	4	12.9
ไม่รับการรักษาที่โรงพยาบาล	3	9.7
ไม่ฟอกไต	2	6.5
ไม่ต้องการให้ร่างกายมีแผล	1	3.2
ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน	1	3.2

** หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โรค

*** หมายถึง ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต (วัน)		
<i>(Min = 2 , Max = 180 , Mean = 23.77 , SD = 26.40)</i>		
2-14 วัน	53	44.2
15-30 วัน	38	31.7
31-45 วัน	15	12.5
มากกว่า 45 วัน	14	11.7

1.1.3 อาการทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

อาการทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต พบว่าจากการประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale [GCS]) ผู้ป่วยร้อยละ 81.7 มีภาวะไม่รู้สติตัว ไม่ลืมตา และไม่มีการเคลื่อนไหว ($E_1V_1M_1$) ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 2T แสดงว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง (รัชฎา, 2553) และสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 54.2 ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 90-140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 70.8 ความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 60-90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 60 อัตราการหายใจตามเครื่องช่วยหายใจหรือน้อยกว่า 20 ครั้งต่อนาที ร้อยละ 50 และอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที ร้อยละ 74.2

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้ออกซิเจน ร้อยละ 100 ในจำนวนนี้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 91.7) ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 23.3 ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุดคือ ยาลิโวเฟด ร้อยละ 67.9 ของผู้ที่ได้รับยาการให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษร้อยละ 95.8 และมีผู้ป่วยที่งดน้ำและอาหารทุกชนิดร้อยละ 4.2 การให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 62.5 การให้เลือดร้อยละ 27.5 การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 10.8 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 3.3 และการให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับร้อยละ 30 ซึ่งยาที่ได้รับมากที่สุดคือยามิดาโซแลมร้อยละ 40.8 ของผู้ที่ได้รับยานอกจากนี้ยังมีการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อคือยานิมเบกซ์ (nimbox) ร้อยละ 10.2 ของผู้ที่ได้รับยาซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการควบคุมการหายใจสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (เศรษฐพงศ์, 2557) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามข้อมูลอาการทั่วไป และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (N = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาการปัจจุบันของผู้ป่วย		
การประเมินทางระบบประสาท		
E ₄ V ₃ M ₃	10	8.3
E ₄ V _T M ₄	12	10.0
E ₁ V _T M ₁	98	81.7
สัญญาณชีพ		
อุณหภูมิร่างกาย		
น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	65	54.2
37.6-38.3 องศาเซลเซียส	40	33.3
38.4-39.4 องศาเซลเซียส	13	10.8
39.5-40.5 องศาเซลเซียส	2	1.7
ความดันโลหิตซิสโตลิก		
น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	16	13.3
90-140 มิลลิเมตรปรอท	85	70.8
มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท	19	15.8
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก		
น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท	40	33.3
60-90 มิลลิเมตรปรอท	72	60.0
มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	8	6.7
อัตราการหายใจ		
น้อยกว่า 20 ครั้งต่อนาที	60	50.0
20-30 ครั้งต่อนาที	57	47.5
มากกว่า 30 ครั้งต่อนาที	3	2.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการเต้นของหัวใจ		
น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที	6	5.8
60-100 ครั้งต่อนาที	89	74.2
มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที	24	20.0
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน		
การใช้ออกซิเจน	120	100
O ₂ mask with bag 10-15 ลิตรต่อนาที	10	8.3
ท่อช่วยหายใจ	110	91.7
การให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ	115	95.8
การให้อาหารทางสายยาง	96	83.5
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	12	10.4
การให้อาหารทางสายยางและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ	7	5.8
การงดอาหารหรือน้ำทุกชนิด	5	4.2
การให้ยาปฏิชีวนะ	75	62.5
การให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ*	36	30.0
มิดาโซแลม (midazolam)	20	40.8
มอร์ฟีน (morphine)	13	26.6
เฟนทานิล (fentanyl)	11	22.4
นึมเบกซ์ (nimbex)	5	10.2
การให้เลือด	33	27.5
การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ	28	23.3
ลิโวเฟด (levophed)	19	67.9
โดพามีน (dopamine)	8	28.6
อะดรีนาลีน (adrenaline)	1	3.6

* หมายถึง ผู้ป่วยได้รับยามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชนิด

ตาราง 3(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง	13	10.8
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	4	3.3
การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ	2	1.7

1.2 ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ลักษณะทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 62.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.78 ปี (SD = 11.34) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 33.3 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 32.5 และร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 25 รองลงมา มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือนและมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 20.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีรายได้เพียงพอผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 78.7 เป็นผู้หารายได้ในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 66.7 โดยครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 89.2 และผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 65 โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตร้อยละ 83.3 และการตัดสินใจครั้งนี้เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองร้อยละ 55.1 ปรึกษากับบุคคลในครอบครัวร้อยละ 38.4 ซึ่งบุคคลที่ปรึกษามากที่สุด คือ พี่หรือน้องร้อยละ 60.5 ของบุคคลที่ผู้ตัดสินใจแทนปรึกษา และปรึกษากับทีมสุขภาพเพียงร้อยละ 6.6 (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธใน
ระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป ($N = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	35.0
หญิง	78	65.0
อายุ (ปี) ($Min = 26, Max = 77, Mean = 49.78, SD = 11.34$)		
18-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	26	21.7
41-60 ปี (วัยกลางคน)	75	62.5
61-77 ปี (วัยสูงอายุ)	19	15.8
สถานภาพสมรส		
คู่	87	72.5
โสด	25	20.8
หย่า/หม้าย	8	6.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.5
ประถมศึกษา	39	32.5
มัธยมศึกษา	23	19.2
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	11	9.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	40	33.3
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.3
อาชีพ		
รับจ้าง	44	36.7
เกษตรกร	20	16.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	15.8
ธุรกิจส่วนตัว	19	15.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17	14.2
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.8

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
<i>(Min = 0, Max = 100,000, Mean = 16,545.83, SD = 15,959.38)</i>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	30	25.0
5,001-10,000 บาท	24	20.0
10,001-15,000 บาท	25	20.8
15,001-20,000 บาท	16	13.3
มากกว่า 20,000 บาท	25	20.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	102	85.0
ไม่เพียงพอ	18	15.0
แหล่งรายได้ของครอบครัว*		
ตนเอง	100	78.7
สามีหรือภรรยา	13	10.2
บิดาหรือมารดา	1	0.8
บุคคลอื่นๆ	13	10.2
บุตร	11	84.6
พี่หรือน้อง	1	7.7
หลาน	1	7.7
บทบาทของท่านในครอบครัว		
สมาชิกในครอบครัว	80	66.7
หัวหน้าครอบครัว	40	33.3
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	107	89.2
ครอบครัวขยาย	13	10.8

* หมายเหตุ แหล่งรายได้ของครอบครัวมาจากบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คน

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย		
บุตรของผู้ป่วย	78	65.0
สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย	18	15.0
พี่หรือน้องของผู้ป่วย	8	6.7
หลานของผู้ป่วย	7	5.8
บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย	6	5.0
อื่นๆ ได้แก่ น้ำ ลูกสะใภ้ และน้องเขย เป็นต้น	3	2.5
ประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต		
ไม่มี	100	83.3
มี	20	16.7
บิดาหรือมารดา	11	55.0
พี่หรือน้อง	5	25.0
อื่นๆ ได้แก่ ยาย น้ำ และตาของภรรยา เป็นต้น	4	20.0
การตัดสินใจครั้งนี้เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองหรือปรึกษาบุคคลอื่น**		
ตนเอง	109	55.1
ปรึกษากับทีมสุขภาพ	13	6.6
ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว	76	38.4
พี่หรือน้อง	46	60.5
บิดาหรือมารดา	13	17.1
สามีหรือภรรยา	7	9.2
บุตร	5	6.6
ลุง ป้า น้า อา	5	6.6

** หมายเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจด้วยตนเองและปรึกษากับบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก ซึ่งผลการศึกษานำเสนอแยกแต่ละขั้นตอน ดังตาราง 5-7

2.1 การปฏิบัติตามขั้นตอนการรับทราบข้อมูล

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล โดยส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 94.2 สอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ร้อยละ 74.2 สอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน และร้อยละ 70 สอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต รวมทั้งมีการสอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคผู้ป่วยร้อยละ 64.2 แนวทางการรักษา เพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วยและผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 60 การดำเนินโรค และผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็นร้อยละ 57.5 และร้อยละ 55.8 สอบถามความเป็นไปได้ในการหายของโรค (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกรายข้อในขั้นตอนการ
รับทราบข้อมูล (N = 120)

กระบวนการตัดสินใจ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย	113	94.2	7	5.8
2. สอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน	89	74.2	31	25.8

ตาราง 5 (ต่อ)

กระบวนการตัดสินใจ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต	84	70.0	36	30.0
4. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย	77	64.2	43	35.8
5. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วย	72	60.0	48	40.0
6. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	72	60.0	48	40.0
7. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็น	69	57.5	51	42.5
8. สอบถามทรมสุขภาพเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการหายของโรค	67	55.8	53	44.2

2.2 การปฏิบัติตามขั้นตอนการคิดวิเคราะห์

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ ผู้ตัดสินใจแทนมีการพิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญร้อยละ 100 พิจารณาตามความเชื่อทางศาสนาร้อยละ 99.2 และพิจารณาถึงความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับร้อยละ 94.2 รวมทั้งพิจารณาถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 88.3 พิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 84.2 พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วยร้อยละ 80.8 พิจารณาถึงความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยร้อยละ 77.5 แต่พิจารณาถึงความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการร้อยละ 45.8 พิจารณาถึงความเปล่าประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 41.7 และพิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 18.3(ตาราง 6)

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกรายข้อในขั้นตอนการ
คดีวิเคราะห์ (N = 120)

กระบวนการตัดสินใจ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ	120	100.0	0	0
2. พิจารณาถึงความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย ได้แก่ กฎแห่งกรรม ความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงและไม่สามารถกำหนดชีวิต อายุ ความเจ็บป่วย เวลา และสถานที่ที่จะตายได้	119	99.2	1	0.8
3. พิจารณาถึงความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ	113	94.2	7	5.8
4. พิจารณาถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	106	88.3	14	11.7
5. พิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	101	84.2	19	15.8
6. พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วย	97	80.8	23	19.2
7. พิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย	93	77.5	27	22.5
8. พิจารณาถึงความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย	93	77.5	27	22.5
9. พิจารณาถึงคุณภาพชีวิตจากการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย	86	71.7	34	28.3
10. พิจารณาถึงความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	55	45.8	65	54.2
11. พิจารณาถึงความเปล่าประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย	50	41.7	70	58.3
12. พิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย	22	18.3	98	81.7

2.3 การปฏิบัติตามขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก ผู้ตัดสินใจแทนได้ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนและทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ถึงร้อยละ 88.3 และร้อยละ 82.5 ตามลำดับมีการวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกร้อยละ 66.7 และวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกร้อยละ 64.2 การวิเคราะห์ถึงผลและสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้มีเพียงร้อยละ 41.7 และ 39.2 ตามลำดับ รวมทั้งผู้ตัดสินใจแทนมีการวิเคราะห์ถึงแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือร้อยละ 51.7 (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามรายชื่อในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก (N = 120)

กระบวนการตัดสินใจ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	106	88.3	14	11.7
2. ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	99	82.5	21	17.5
3. วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้	80	66.7	40	33.3
4. วิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้	77	64.2	43	35.8
5. วิเคราะห์ถึงแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยจิตเวช หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยสิทธิประโยชน์	62	51.7	58	48.3
6. วิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	50	41.7	70	58.3

ตาราง 7 (ต่อ)

กระบวนการตัดสินใจ	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. วิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	47	39.2	73	60.8

ส่วนที่ 3 ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตพบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายร้อยละ 68.3 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 และตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5(ตาราง 8)

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายด้าน (N = 120)

ผลการตัดสินใจ*	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย	82	68.3
ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย	75	62.5
ตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย	45	37.5

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายรวมกับการตัดสินใจยืดผู้ป่วยหรือยุติชีวิตผู้ป่วย

3.1 การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย

การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่างร้อยละ 22.2 และตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 77.8 โดยการรักษาที่ต้องการจำกัดคือ การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารและสารน้ำ การให้เลือด และการให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100 เท่ากันรองลงมาคือการให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 97.1 การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 20.0 การฟอก

เลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 17.1 และการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจร้อยละ 5.7 ทั้งนี้ไม่พบการช่วย
ฟื้นชีวิตเลย (ตาราง 9)

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายชื่อของการตัดสินใจยืด
ชีวิตผู้ป่วย ($n = 45$)

การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง	10	22.2
ตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย	35	77.8
การรักษาที่เลือกเพื่อจำกัดการรักษาผู้ป่วย*		
การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ	35	100
การให้อาหารและสารน้ำ	35	100
การให้เลือด	35	100
การให้ยาปฏิชีวนะ	35	100
การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้น	34	97.1
การบีบตัวของหัวใจ		
การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง	7	20.0
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	6	17.1
การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ	2	5.7

* หมายเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

3.2 การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย

การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย พบว่า 1) ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วย
เพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบันถึงร้อยละ 86.7 การรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติม คือ การช่วย
ฟื้นชีวิตและการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจร้อยละ 100 เท่ากับการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
ร้อยละ 95.4 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 93.8 และการให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด
และยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 72.3 การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 10.8
และการให้เลือดและการให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 9.2 เท่ากัน 2) ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รับการรักษา
ผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่างร้อยละ 9.3 การรักษาที่ต้องการยกเลิก คือ การช่วย

ฟื้นชีวิตร้อยละ 100 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและการให้เลือดและการให้ยาปฏิชีวนะร้อยละ 85.7 เท่ากันการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 71.4 การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจและการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจร้อยละ 28.6 เท่ากันและการให้อาหารและสารน้ำร้อยละ 14.3 และ 3) ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมดร้อยละ 4 (ตาราง 10)

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายชื่อของการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย ($n = 75$)

การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน	65	86.7
การรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติม*		
การช่วยฟื้นชีวิต	65	100
การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ	65	100
การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง	62	95.4
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	61	93.8
การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ	47	72.3
การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ	7	10.8
การให้เลือด	6	9.2
การให้ยาปฏิชีวนะ	6	9.2
การให้อาหารและสารน้ำ	0	0
ตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง	7	9.3
การรักษาที่ต้องการยกเลิก*		
การช่วยฟื้นชีวิต	7	100

* หมายเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

ตาราง 10 (ต่อ)

การตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ต้องการยกเลิก (ต่อ)*		
การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ	6	85.7
การให้เลือด	6	85.7
การให้ยาปฏิชีวนะ	6	85.7
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	5	71.4
การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง	5	71.4
การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ	2	28.6
การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ	2	28.6
การให้อาหารและสารน้ำ	1	14.3
ตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด	3	4.0

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

3.3 การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย

เมื่อพิจารณาผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามการตัดสินใจรักษาเพื่อความสบาย พบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับร้อยละ 100 เท่ากัน (ตาราง 11)

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามรายชื่อของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย (n = 82)

การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจเลือกการให้ยานอนหลับ	82	100
ตัดสินใจเลือกการให้ยาแก้ปวด	82	100

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

3.4 การบอกผลการตัดสินใจ

ส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจแทนได้บอกผลการตัดสินใจของตนแก่ทีมสุขภาพและครอบครัวและญาติใกล้เคียงกันคือร้อยละ 100 และ 95 ตามลำดับ แต่บอกแก่ผู้ป่วยน้อยมากเพียงร้อยละ 13.3 (ตาราง 12)

ตาราง 12

จำนวนและร้อยละของผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามการบอกผลการตัดสินใจ
(N = 120)

การบอกผลการตัดสินใจ*	จำนวน	ร้อยละ
ทีมสุขภาพ	120	100
ครอบครัวและญาติ	114	95.0
ผู้ป่วย	16	13.3

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนบอกผลการตัดสินใจกับบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คน

ส่วนที่ 4 เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

จากการถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเหตุผลของการตัดสินใจในการตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย จึงได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา นำมาจัดกลุ่มข้อมูล สามารถสรุปเหตุผลของการตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยดังนี้

4.1 เหตุผลของการตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย

4.1.1 การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่างตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดมากที่สุดร้อยละ 90 รองลงมา คือ ผู้ป่วยยังมี

ความหวังร้อยละ 60 อายุน้อยและมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นร้อยละ 20 และต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ ร้อยละ 10(ตาราง 13) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 13

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง ($n = 10$)

เหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	9	90
ผู้ป่วยยังมีความหวัง	6	60
อายุน้อยและมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้น	2	20
ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อ	1	10

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ผู้ตัดสินใจแทน 9 ราย (ร้อยละ 90) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และมีความไว้วางใจในทีมสุขภาพว่าจะสามารถรักษาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุด รวมทั้งไม่อยากจะรู้สึกผิดหากรักษาผู้ป่วยไม่เต็มที่ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากให้แม่มีชีวิตอยู่ในห้านานที่สุด อยากทำหน้าที่ลูกให้ดีที่สุด แม่มีคนเดียว หาซื้อไม่ได้ตามที่องตลาด”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 13)

“อยากรักษาแม่ให้เต็มที่ตามที่หมอจะทำ อยากรักษาจนถึงที่สุด ไม่อยากรู้สึกผิดในใจถ้าไม่ได้รักษา”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 34)

“ไว้วางใจคุณหมอทุกอย่าง การรักษาทุกอย่างต้องการอย่างเต็มที่แต่หากรักษาแล้วไม่ไหว ก็จะปล่อยแม่ไป”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 82)

2. ผู้ป่วยยังมีความหวังผู้ตัดสินใจแทน 6 ราย (ร้อยละ 60) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากโรคที่เป็น อาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติ และสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“รู้สึกว่าจะยังมีความหวังที่อาการจะดีขึ้นและหายเป็นปกติได้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 36)

“คนไข้ยังมีความหวังอยู่ ไม่สิ้นหวังซะทีเดียว ถึงหมอจะบอกว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นานก็ตาม”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 57)

3. อายุน้อยและมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 20) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยอายุยังน้อยและเจ็บป่วยกะทันหัน ยังมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นและมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คนไข้ยังลืมนตาอยู่เลย ยังมีขยับมือได้บ้างเวลาเราพลิกตัว ยังมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นกว่านี้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 41)

“อยากให้มีชีวิตอยู่ต่อ ยังมีโอกาสที่จะหายจากโรคเพราะแก่อายุยังน้อย เป็นคนแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยและไม่มีโรคประจำตัวเลย เพิ่งจะมาเจ็บหนักก็ครั้งนี้แหละ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 44)

4. ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 10) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อที่ไม่ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างงานมงคลต่างๆ เพราะจะทำให้เกิดสิ่งไม่ดี ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากให้อาม่ามีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ให้แพทย์รักษาอย่างเต็มที่และตอนนี้หลานกำลังจะแต่งงานและอยู่ในช่วงเทศกาลกินเจด้วยจึงอยากให้รักษาเต็มที่ไปก่อน ไม่อยากให้เสียช่วงนี้ทีเดียวจะไม่ดี แล้วก็ตอนม่ายยังปกติดีนะ แกจะกินเจตลอดเลย กินครบด้วยนะ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 112)

4.1.2 การตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วยตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 82.9 รองลงมา คือ ต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วยร้อยละ 42.9 อายุมากร้อยละ 22.9 ผู้ป่วยยังมีความหวังร้อยละ 17.1 ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมร้อยละ 8.6 ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและการรักษาไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคร้อยละ 5.7 เท่ากัน และมีค่าใช้จ่ายมากในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 2.9 (ตาราง 14) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย ($n = 35$)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
ความทุกข์ทรมานจากการรักษา	29	82.9
ต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วย	15	42.9
อายุมาก	8	22.9
ผู้ป่วยยังมีความหวัง	6	17.1
ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรม	3	8.6
ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	2	5.7
การรักษาไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค	2	5.7
มีค่าใช้จ่ายมากในการรักษาผู้ป่วย	1	2.9

* หมายถึง เหตุ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ความทุกข์ทรมานจากการรักษาผู้ตัดสติใจแทน 29 ราย (ร้อยละ 82.9) ตัดสติใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา โดยต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเท่าที่ไม่ทำให้เจ็บปวด แต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากที่สุด ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากรักษาเท่าที่จะรักษาได้ แต่ไม่กหนดหัวใจ เพราะทำให้เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ดูจากสีหน้าแล้วพอเจ็บปวดมาก”

(ผู้ตัดสติใจแทนรายที่ 11)

“ไม่อยากให้ทรมาน กลัวกระดูกซี่โครงหัก อยากรักษาเต็มที่อย่างอื่น และหากกหนดหัวใจแล้วผู้ป่วยไม่ฟื้นก็ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดขึ้นเป็น 2 เท่า”

(ผู้ตัดสติใจแทนรายที่ 38)

“ไม่อยากให้ทรมานและเจ็บจากการกหนดหัวใจอีก เพราะเคยกหนดหัวใจมา 2 ครั้ง แล้วมีรอยเขียวช้ำกลางหน้าอก อาการก็ไม่ได้ดีขึ้น แต่ทรุดลงกว่าเดิมแล้ว”

(ผู้ตัดสติใจแทนรายที่ 80)

“กหนดหัวใจแล้วทำให้เป็นเจ้าชายนิทรา ทำให้พ่อทุกข์ทรมานมากกว่าเดิมทั้งตัวแองและครอบครัว แก่ก็ต้องเจ็บปวดอยู่เหมือนคนตายทั้งเป็น”

(ผู้ตัดสติใจแทนรายที่ 106)

2. ต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วยผู้ตัดสติใจแทน 15 ราย (ร้อยละ 42.9) ตัดสติใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการรักษาผู้ป่วยตามอาการและความเจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“รักษาแล้วก็ไม่หาย อาการไม่ดีขึ้นเลย หมอบอกว่าแคงไม่กลับมาเดินได้เหมือนเดิม จึงอยากรักษาตามอาการมากกว่า”

(ผู้ตัดสติใจแทนรายที่ 10)

“ต้องการรักษาตามอาการ เพราะแก่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมอบอกว่ารักษาไม่ได้แล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 60)

“ยายแก่ป่วยมาหลายปีแล้ว มีโรคมามาก นอนติดเตียงมา 8 ปีแล้ว ไม่มีโอกาสที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ ไม่อยากทำให้แก่ทรมาน แต่ก็ต้องรักษาต่อไป และดูแลแก่ให้ดีที่สุดตอนนี้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 97)

3. อายุมากผู้ตัดสินใจแทน 8 ราย (ร้อยละ 22.9) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วและอาจเสียชีวิตได้ในเวลาอันใกล้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ตาแก่อายุมากแล้ว กคนวดหัวใจแล้วร่างกายรับไม่ไหวอาจทำให้อาการแยกลง กระดูกซี่โครงหัก”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 32)

“พ่อแก่อายุมาก แก่เคยบอกว่าเจ็บ ทรมาน บางทีแกก็กระสับกระส่าย หากไปนวดหัวใจแกอีกก็ไม่อยากทำ กลัวแกจะตายเร็วขึ้น”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 83)

“แก่อายุมากแล้วด้วย ไม่อยากทำให้แก่เจ็บโดยเปล่าประโยชน์เพราะไม่ได้ช่วยให้แกอาการดีขึ้น”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 90)

4. ผู้ป่วยยังมีความหวัง ผู้ตัดสินใจแทน 6 ราย (ร้อยละ 17.1) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากโรคที่เป็น อาการดีขึ้นจนหายเป็นปกติและสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“แกยังรู้สึกตัว ยังมีความหวัง มีโอกาสหายและกลับบ้านได้ จึงอยาก รักษาเฉพาะสิ่งที่จะเกิดประโยชน์กับคนไข้มากกว่าการรักษาที่ทำให้เจ็บปวดซึ่งคิดว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์สำหรับคนไข้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 3)

“อยากรักษาเฉพาะการให้ยาเท่านั้น ยังมีความหวัง เพราะแกยัง รู้สึกตัว หากการติดเชื้อดีขึ้น หายใจได้เอง ก็จะได้กลับบ้าน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 12)

5. ต้องการให้เป็นที่ไปตามกฎแห่งกรรมผู้ตัดสินใจแทน 3 ราย (ร้อยละ 8.6) ตัดสินใจให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธในเรื่องของเรื่องกรรมว่าสัตว์โลกย่อมเป็นไปตามกรรม ไม่มีใครหนีกรรมของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ไม่ อยากให้เจ็บปวด อยากให้เป็นไปตามกรรมของแต่ละคน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 2)

“นวดหัวใจก็ไม่ดีขึ้น แกเจ็บแปล่าๆ การรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิต ออกไปให้นานขึ้นเท่านั้น อยากให้เป็นไปตามธรรมชาติของร่างกาย เพราะตอนนี้สมองไม่ทำงานแล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 73)

6. ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 5.7) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและต้องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากรักษาเต็มที่เท่าที่จะทำได้ แต่ก็ไม่อยากให้เจ็บมากกว่าเดิม ไม่อยากให้เกิดตายโดยที่ยังไม่ได้ทำอะไรเลย กลัวเป็นลูกอกตัญญู”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 100)

“อยากทำหน้าที่ของลูกอย่างเต็มที่ คุณแม่จนนาที่สุดทำอย่างดีที่สุด แต่ไม่อยากให้เจ็บปวดจากการกดหนดหัวใจ จึงต้องการให้แค่ยากระตุ้นหัวใจ แต่ถ้าแม่จะเสีย ก็จะคิดว่าได้รักษาอย่างเต็มที่แล้ว”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 110)

7. การรักษาไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 5.7) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ไม่นวดหัวใจ เพราะรักษาแล้วก็คงไม่หาย อาการคงไม่ดีขึ้นหรอก เคยเห็นมาก่อนนะว่าคนที่นวดหัวใจแล้วต้องนอนโรงพยาบาลอีกตั้ง 3-4 เดือน แล้วสุดท้ายก็ตายทุกคน ไม่อยากให้แก็เป็นแบบนี้”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 63)

“ไม่อยากให้ทรมาณ คิดว่าแก็ไม่ได้อยู่กับเราแล้ว หากนวดหัวใจอีกครั้งจะเป็นการรังแกไว้ ทำให้แก็ไม่มีความสุข แต่ตอนนี้ไม่อยากทำให้แก็เจ็บจึงไม่เจาะคอเพราะเคยเห็นคนที่เจาะคอแล้วไม่หาย แต่อยากรักษาโดยการให้ยาเต็มที่ตามที่หมอเค้าจะรักษา”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 64)

8. มีค่าใช้จ่ายมากในการรักษาผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 2.9) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าการรักษาผู้ป่วยทำให้มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“รู้สึกเศร้าและสงสารพ่อ แต่รักษาไปแก็ก็ไม่ฟื้นขึ้นมา ตอนนี้ต้องดูแลแก็ งานก็ไม่ได้ทำ ค่าใช้จ่ายก็มาก แต่ใจก็อยากรักษาแก็จนถึงที่สุดนั่นแหละ”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 106)

4.2 เหตุผลของการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย

4.2.1 การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 75.4 รองลงมา คือ การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยร้อยละ 26.2 ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมร้อยละ 23.1 โรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 13.9 อายุมากและเป็นภาระของครอบครัวร้อยละ 12.3 เท่ากัน ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยร้อยละ 10.8 ไม่มีเงินรักษาผู้ป่วยร้อยละ 9.2 และผู้ป่วยไม่มีความหวังที่จะหายจากโรคร้อยละ 7.7 (ตาราง 15) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 15

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน ($n = 65$)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
ความทุกข์ทรมานจากการรักษา	49	75.4
การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย	17	26.2
ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรม	15	23.1
โรคอยู่ในระยะสุดท้าย	9	13.9
อายุมาก	8	12.3
เป็นภาระของครอบครัว	8	12.3
ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย	7	10.8
ไม่มีเงินรักษาผู้ป่วย	6	9.2
ผู้ป่วยไม่มีความหวังที่จะหายจากโรค	5	7.7

* หมายเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ความทุกข์ทรมานจากการรักษาผู้ตัดสินใจแทน 49 ราย (ร้อยละ 75.4) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา โดยไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทรมาน อยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“รู้สึกว่าเป็นความทรمانทั้งตัวคนไข้แล้วก็ญาติ เป็นความทุกข์ที่มันไม่สิ้นสุด ไม่มีความหวัง ไม่เหลืออะไรแล้ว อยากให้แกไปแบบบายๆ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 22)

“อยากรักษาเท่าที่จะทำได้ ไม่อยากให้ทรمانมากเกินไป เพราะรักษาไปก็ต้องนอนติดที่เหมือนเดิม เหมือนกับคนจะตายก็ตายไม่ได้ จะอยู่ที่อยู่อย่างทรมาน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 27)

“การรักษาไม่ได้ช่วยให้แกฟื้น ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น อยากให้แกเสียอย่างสงบและสบายมากที่สุด ให้เป็นไปตามธรรมชาติของร่างกาย”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 52)

2. การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยผู้ตัดสินใจแทน 17 ราย (ร้อยละ 26.2) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับการพิจารณาว่า การรับการรักษาเพิ่มเติมจากที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ไม่ได้ก่อประโยชน์กับผู้ป่วย ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่เป็นการทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้น ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คุณหมอบอกว่าแกมีเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้ไม่รู้สีกตัว ไม่ตอบสนองกับการรักษาแล้ว แต่ว่ายังรักษาด้วยยาได้ ถึงแกยังล้มตาอยู่ เลยอยากรักษาเท่าที่ทำได้ เท่าที่ไม่ทำให้ทรมานและก็ตามหมอ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 19)

“อายุแกก็มาก สมองก็ตายแล้วตามที่หมอบอก การรักษาต่อไปก็ไม่ มีประโยชน์กับแกแล้ว แกไม่ฟื้นขึ้นมาได้แล้ว ก็ไม่อยากจะแกเจ็บ แต่ก็จะดูแลให้แกสบายที่สุดตอนนี้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 69)

“อยากรักษาตามอาการ รักษาทุกอย่างเท่าที่หมอเห็นว่าทำได้ แต่ก็
ไม่อยากทำในสิ่งที่ทำให้แก่เจ็บ คิดว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์
กับคนไข้ ทำให้แก่เจ็บเปล่าๆ ไม่ได้หายจากโรค การฟอกไตก็คิดว่า
ทำให้แก่อายุสั้นหว่า (กว่า) เดิม เพราะแก่ก็อายุมากแล้วและมีโรค
ประจำตัวหลายอย่าง”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 77)

3. ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมผู้ตัดสินใจแทน 15 ราย (ร้อยละ 23.1) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธที่เชื่อว่าสัตว์โลกย่อมเป็นไปตาม
กรรมที่ได้ทำมา กรรมของใครก็เป็นของคณนั้น ไม่มีใครหนีพ้นความตายไปได้เพราะความตายเป็น
เรื่องธรรมชาติ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ไม่อยากยื้อชีวิตแกเอาไว้กับความทุกข์ อยากให้เป็นไปตามบุญ
กรรมขอ แต่ละคน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 53)

“ไม่อยากให้แก่เจ็บทรมาน ทำใจไว้แล้วตั้งแต่หมอบอกว่าแก่เป็น
โรคมะเร็งว่าแก่ต้องตาย คิดว่าคนเราต้องตายทุกคนแล้วแต่กรรมที่
ได้ทำมา”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 79)

4. โรคอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ตัดสินใจแทน 9 ราย (ร้อยละ 13.9) ตัดสินใจ
โดยให้เหตุผลเกี่ยวกับการพิจารณาถึงตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นว่ามีอาการโรครุนแรง และอยู่ระยะไหน
ของโรค ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คนไข้ยังตื่นนะ แยกังรู้สึกรู้ตัว แต่แก่เป็นโรคมะเร็ง หมอบอกว่าอยู่ระยะ
สุดท้ายแล้วรักษาไม่หาย ก็เลยไม่อยากรักษาต่อให้แก่เจ็บเปล่าๆ
เพราะเป็นเหมือนยื้อแกไว้เฉยๆ รักษาแค่ตามอาการพอ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 59)

“ไม่อยากให้แกเจ็บหวานี้ (กว่านี้) แกเป็นโรคมะเร็ง เจ็บปวดมาก อยู่แล้ว รักษาก็ไม่หาย การรักษาก็แค่อ้อแกเอาไว้ ถึงยื้อไปก็ธรรมดา เปล่าๆ แกก็ต้องตายอยู่ดี”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 89)

5. อายุมากผู้ตัดสินใจแทน 8 ราย (ร้อยละ 12.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วและอาจเสียชีวิตได้ในเวลาอันใกล้ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ยายแกอายุมากแล้ว มีโรคประจำตัวที่มีผลเสียต่อสุขภาพมากกว่า ถ้ามีชีวิตอยู่ต่อไป”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 4)

“แกอายุมากแล้วลูกเหอ รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้แกทรมาณลูกเหอ พอนวดหัวใจก็ทำให้ลูกเหอ หัก เจ็บนอยากให้แกเสียบแบบไม่เจ็บแรง อายุแกก็มากแล้วอย่าไปทำไทรแกมมากแรง”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 88)

6. เป็นภาระของครอบครัวผู้ตัดสินใจแทน 8 ราย (ร้อยละ 12.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้เป็นภาระของครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวต้องทำงาน ทำให้ไม่มีคนดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ไม่มีคนดูแลเพราะแกไม่มีครอบครัว ญาติคนอื่นๆ ก็ต้องทำงานกันหมด มีปัญหาค่าใช้จ่าย แล้วแกอาการหนัก ถ้ารักษาต่อแล้ว อาการไม่ดีขึ้นก็ทำให้แกเจ็บปวด แต่ถ้าแกอาการดีขึ้นก็คงไม่พินกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม คงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็ต้องหากคนมาดูแลแหละ ซึ่งไม่มีใครมาดูแลได้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 116)

7. ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน 7 ราย (ร้อยละ 10.8) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ตาหลวงแกเคยบอกไว้ว่าไม่ให้พาแกมาโรงพยาบาล แล้วก็ไม่ได้ให้ใส่ท่อทางปากหรือทางจมูก (จมูก) แต่ว่าเค้าพาแกมาแล้ว หมอเค้าก็ต้องทำตามหน้าที่ของเค้าก็ไม่พริ้อแล้ว ทีนี้การรักษาอื่นก็ไม่อยากทำแล้ว ไม่อยากให้แกทรมาน แล้วตาหลวงแกก็บอกที่ไว้แล้วกัน”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 94)

8. ไม่มีเงินรักษาผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน 6 ราย (ร้อยละ 9.2) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปจากการรักษาผู้ป่วย ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“กลัวร่างกายแกรับการรักษาไม่ไหว แต่ที่สำคัญเลยคือไม่มีเงินรักษาต่อแล้วอยากให้แกไปแบบบายๆ (สบายๆ) ดีหว่า (กว่า)”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 18)

“แล้วต่อไปถ้าแก่ฟื้น ก็ต้องมีคนดูแลแกตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ถึงตอนนี้ครอบครัวก็มีปัญหาค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว งานก็ไม่ได้ทำ รายได้ไม่พอ ยางก็ราคาไม่ดี ไม่มีเงินจะรักษา ต้องประหยัดเงินเพราะเงินที่ใช้ตอนนี้ก็ต้องยืมคนอื่นเค้ามา”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 25)

9. ผู้ป่วยไม่มีความหวังที่จะหายจากโรคผู้ตัดสินใจแทน 5 ราย (ร้อยละ 7.7) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่มีความหวังที่จะหายจากโรคและไม่มีความหวังที่จะได้มีชีวิตอยู่ต่อไป แต่ก็ยังมีบางรายที่ยังเชื่อว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายและได้กลับบ้าน ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ไม่รักษาอย่างอื่นแล้ว นอกจากที่รักษาอยู่ตอนนี้ เพราะยายไม่มีความหวังแล้วที่จะหายจากโรค”
(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 14)

“คนไข้ไม่รู้สึกรู้สึแล้ว รักษาไปก็ไม่มีประโยชน์ ทรมาณแก่เปล่าๆ
แก่ไม่มีหวังที่จะรอดแล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 30)

4.2.2 การตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาณจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมาคือโรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 85.7 อายุมากร้อยละ 28.6 ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย เป็นภาระของครอบครัว และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 14.3 เท่ากัน (ตาราง 16) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 16

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง ($n = 7$)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
ความทุกข์ทรมาณจากการรักษา	7	100
โรคอยู่ในระยะสุดท้าย	6	85.7
อายุมาก	2	28.6
ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย	1	14.3
เป็นภาระของครอบครัว	1	14.3
ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	1	14.3

* หมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ความทุกข์ทรมาณจากการรักษาผู้ตัดสินใจแทน 7 ราย (ร้อยละ 100) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลถึงความทุกข์ทรมาณที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา โดยไม่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทรมาณ อยากให้ผู้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ผมไม่อยากทำให้แกต้องทรمانไปมากกว่าที่เป็นอยู่ตอนนี้แล้ว
แกไม่มีทางหายจากโรครอยู่แล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 7)

“ผมอยากให้แกเสียชีวิตไปอย่างสงบและสบายที่สุด ผมก็คิดอย่างนี้
นะตอนนี้ก็เลยไม่ทำอะไรแก ไม่เจาะ ไม่แทง ไม่ทำอะไรให้แก
เจ็บ บอกคุณหมอไว้แล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 20)

2. โรครอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ตัดสินใจแทน 6 ราย (ร้อยละ 85.7)
ตัดสินใจโดยให้เหตุผลจากการพิจารณาความรุนแรงของโรครและระยะของโรครที่ผู้ป่วยเป็น ตัวอย่าง
คำบอกเล่าต่อไปนี้

“หมอบอกว่าคนไข้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว อาจเสียชีวิตได้
ทุกเมื่อก็เลยไม่อยากทรมานแก ยื้อชีวิตแกต่อไปก็ไม่ดีขึ้น ทรมาน
แกเปล่าๆ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 109)

“ยายแกเป็นโรครเรื้อรัง นอนติดเตียงมา 2 ปี ปวดแถมแกมาตลอด ถึง
โรครที่แกเป็นกับอายุแกก็มาก ไม่ทำให้อาการของแกดีขึ้นแล้ว”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 111)

3. อายุมาก ผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 28.6) ตัดสินใจโดยให้
เหตุผลว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วและอาจเสียชีวิตได้ในเวลาอันใกล้ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“แกอายุมากแล้ว ร่างกายอ่อนแอ ทำให้อาการโรครไม่ไหว ทำให้
แกเสียชีวิตเร็วขึ้น ผมไม่อยากยื้อชีวิตแกไว้ให้เจ็บปวด”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 20)

“แกอายุมากแล้วกัน นอนเจ็บก็หลายวัน ทำให้แกทรมาน อากาก็ไม่ดีขึ้น เลยไม่อยากซื้อแกไว้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 101)

4. ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ลุงแกเคยบอกไว้ว่าไม่ต้องใส่ท่อแก ก็เลยไม่यरรักษาแกแล้ว นอกจากท่อหายใจกับยานอนหลับ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 111)

5. เป็นภาระของครอบครัว ผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้เป็นผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวต้องทำงาน ทำให้ไม่มีคนดูแลผู้ป่วยตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“แกอาการแย่งตลอด ช่วยเหลือตัวเองก็ไม่ได้ ที่บ้านก็ไม่มีใครดูแล ถ้ามาแลแกอยู่ก็ขาดรายได้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 72)

6. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 14.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากพาแกกลับไปเสียชีวิตบ้าน อยู่ที่นี่ก็ทรมานแกเปล่าๆ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 72)

4.2.3 การตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 66.7 เท่ากัน รองลงมา คือ ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยร้อยละ 33.3 (ตาราง 17) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 17

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ($n = 3$)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
ความทุกข์ทรมานจากการรักษา	2	66.7
ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	2	66.7
ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย	1	33.3

* หมายเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ความทุกข์ทรมานจากการรักษา ผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 66.7) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจนเสียชีวิต ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ผมไม่อยากให้แกต้องเจ็บ ต้องทรมานไปจนตายผมว่าไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาให้แกต้องทรมาน เพราะแกไม่มีทางหายจากโรค รักษาไปแกก็ต้องตายแน่นอน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 49)

2. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ตัดสินใจแทน 2 ราย (ร้อยละ 66.7) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“อยากพากลับไปเสียที่บ้าน เพราะรักษาไปก็ต้องเสียชีวิต ไม่อยากให้ทรมาน โดยเปล่าประโยชน์”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 43)

“พ่อแสบอกว่าเจ็บมาก อยากรกลับบ้าน จึงอยากพาแสบกลับบ้าน ไม่
ต้องรักษาแล้วให้แสบไปเสียที่บ้าน”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 48)

3. ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน 1 ราย (ร้อยละ 33.3) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าต้องการทำตามเจตจำนงที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“พ่อแสบอกไว้ว่าอยากตายที่บ้าน ถึงรักษาไปก็ไม่ช่วยให้แสบดีขึ้น
หว่า (กว่า) นี้แล้ว เลยอยากทำตามที่ได้ต้องการเป็นครั้งสุดท้าย”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 48)

4.3 เหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย

ผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษามากที่สุด ร้อยละ 62.2 เท่ากัน รองลงมาคือ เป็นไปตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพร้อยละ 48.8(ตาราง 18) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 18

จำนวนและร้อยละของเหตุผลของการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย ($n = 82$)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา	51	62.2
เป็นไปตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ	40	48.8

* หมายถึงเหตุ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ

1. ต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาผู้ตัดสินใจแทน 51 ราย (ร้อยละ 62.2) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการลดความเจ็บปวดและทรมานจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นสุขไม่เจ็บปวดทรมาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“พอได้ไม่ธรรมดา อาการแก็ทรดลง ไม่มีทางหาย ไม่อยากรักษา
 อย่างอื่น ถ้าให้ยาแล้วแก็ทหลับสบายก็ให้”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 30)

“อยากให้แก็ทตายอย่างสงบ สบายไม่เจ็บปวดจากการรักษา ให้แก็ท
 นอนหลับแล้วไปเลย”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 54)

“ถ้าเป็นการรักษาที่ไม่ทำให้แก็ทเจ็บปวดก็อยากทำ แต่หมอเคยบอก
 ว่าถ้าให้ยานอนหลับแล้วความดันแก็ทอาจต่ำ ผมงก็ว่าดี แก็ทจะได้นอน
 หลับแล้วไปเลย ไปแบบบายๆ ได้ไม่ทุรนทุรายหรือว่ากระสับกระส่าย
 แรง ไปแบบหลับไปเลย”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 86)

2. เป็นไปตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพผู้ตัดสินใจแทน 40 ราย (ร้อยละ 48.8) ตัดสินใจโดยให้เหตุผลว่าเชื่อในการความสามารถของแพทย์ที่จะพิจารณาถึงการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ถ้าเป็นการให้ยา ก็แล้วแต่หมอ”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 6)

“แล้วแต่หมอแหละ ป้าก็ไม่รู้ว่าหมอเค้าจะให้หรือเปล่าป้าไว้ใจ
 หมอในการรักษาทุกอย่าง”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 79)

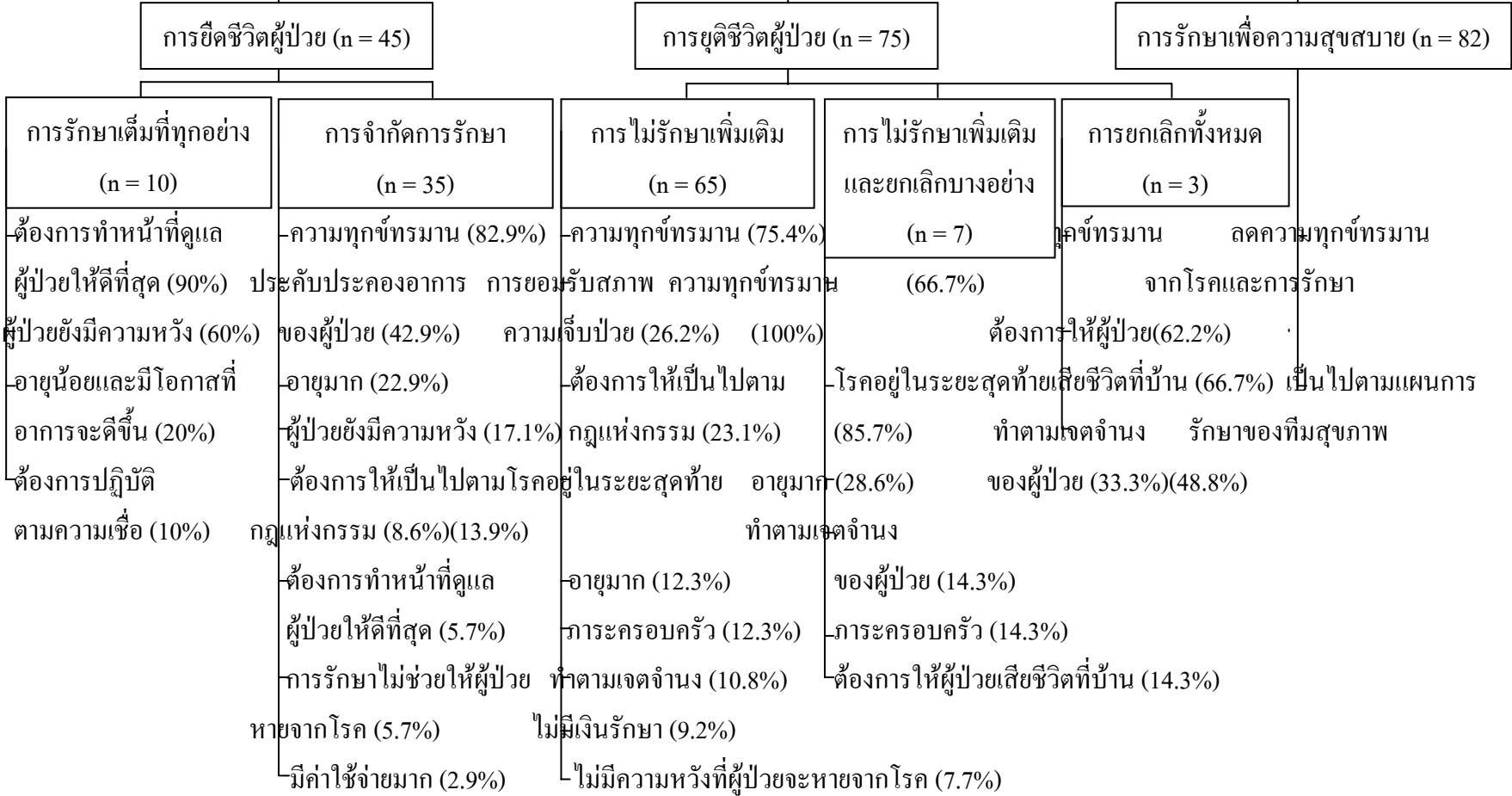
“ให้ได้ถ้าหมอจะให้ มันเป็นการรักษาตามปกติอยู่แล้ว ไม่ได้ทำให้
 แก็ทเจ็บ แก็ทได้นอนหลับสบาย”

(ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 80)

นอกจากนี้จากการสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย พบว่า มีผู้ตัดสินใจแทนอีก 38 ราย (ร้อยละ 31.7) ตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจแบบนี้ ข้อมูลส่วนนี้จึงเป็นเพียงข้อมูล

ที่ผู้ตัดสินใจแทนได้บอกกับผู้วิจัยเพิ่มเติม โดยผู้ตัดสินใจแทนกลุ่มนี้ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับการไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายไว้ว่า 1) ต้องการให้ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวก่อนเสียชีวิต 2) ไม่อยากให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือความดันโลหิตต่ำเพราะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น 3) ต้องการให้ผู้ป่วยตื่นและได้เห็นหน้าคนในครอบครัว จะได้รับรู้สึกอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว และหมดหวังและ 4) ผู้ตัดสินใจแทนยังไม่ได้คิดและไม่มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อความสุขสบาย

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต



ภาพ 2 ผลการตัดสินใจและเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต สามารถอภิปรายผลแยกเป็นการอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต และเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ได้ดังนี้

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก ดังนี้

การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล

การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจแทนได้สอบถามอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันร้อยละ 94.2 แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันร้อยละ 74.2 และอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคตร้อยละ 70 เนื่องจากอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน อาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงโอกาสในการรอดชีวิตและการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับในปัจจุบันก็เป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนจะต้องทราบเพื่อที่จะสามารถตัดสินใจได้ต่อไปว่าจะให้ทีมสุขภาพรักษาผู้ป่วยในแนวทางไหนต่อไป และแต่ละแนวทางจะส่งผลต่ออาการหรือชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความต้องการและประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในไอซียู พบว่า ข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการจากแพทย์ในทุกๆ วัน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของเลอแคลร์และคณะ (Leclaire et al., 2005) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยวิกฤตพบว่า

การให้ข้อมูลในผู้ป่วยวิกฤตควรเป็นการให้ข้อมูลในเรื่องของการรักษา ทั้งการให้ยา และการผ่าตัด การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการรักษา รวมถึงการรักษาที่สามารถทำได้ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวต้องทราบก่อนที่จะตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 55.8 สอบถามความเป็นไปได้ในการหายของโรค เนื่องจากการหายของโรคเป็นสิ่งที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนหรือครอบครัวทราบตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2541 ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การหายของโรคจึงเป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนทราบอยู่ก่อนแล้วว่าผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคหรือไม่ ยิ่งเมื่อตัวโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต และส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต จนเข้าสู่กระบวนการเสียชีวิตและเสียชีวิตในที่สุด (วารสาร, 2558) ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนทราบว่าผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ จากการศึกษาของไวท์, เคอร์ติส, ลู, และลูซ (White, Curtis, Lo, & Luce, 2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจจำกัดการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ และมีผู้ตัดสินใจแทน พบว่า การรับรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคจะมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตัดสินใจแทนสอบถามทีมสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและการดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็นร้อยละ 64.2 และร้อยละ 57.5 และสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วยและผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 60 เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบว่าตนควรรู้ข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องใดบ้าง รวมทั้งไม่กล้าสอบถามทีมสุขภาพในเรื่องดังกล่าว หากทีมสุขภาพไม่ได้เกริ่นนำหรือเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยจะเห็นว่าผู้ตัดสินใจแทนมีการปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจกับทีมสุขภาพเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น การสื่อสารและสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีผลต่อความไว้วางใจของครอบครัวต่อทีมสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการตัดสินใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรมีการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การวางแผนการรักษาล่วงหน้า และมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว (Fisher & Ridley, 2012) เพราะการรับทราบข้อมูลเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะการให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถช่วยเหลือในกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน จึงเป็นขั้นตอนที่ควรคำนึงถึงและให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลกับผู้ตัดสินใจแทน (Limerick, 2007)

การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์

การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญถึงร้อยละ 100 เนื่องจากความต้องการของผู้ป่วย สิ่งทีผู้ป่วยให้ความสำคัญ และคุณค่าของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงและเป็นหลักพื้นฐานของการตัดสินใจ (Manasurakarn et al., 2008) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 65 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยมาโดยตลอด จึงเป็นบุคคลที่เข้าใจและทราบถึงคุณค่าที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวิกและคณะ (Vig et al., 2006) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนมีพื้นฐานของการตัดสินใจ 5 อย่าง คือ การสนทนา การใช้เอกสารเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การมีประสบการณ์ร่วมกัน โดยใช้ความรู้สึกภายในช่วยในการตัดสินใจจากประสบการณ์ที่มีร่วมกันกับคนที่รัก การให้คุณค่าเกี่ยวกับชีวิต และ 5) การมีเครือข่ายของผู้ตัดสินใจแทน แต่การศึกษานี้ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการร้อยละ 45.8 เนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถบอกความปรารถนาหรือความต้องการของตนเองได้ และผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบถึงความปรารถนาของผู้ป่วย จึงใช้ความเชื่อและความปรารถนาของตนมาพิจารณาแทนการพิจารณาจากความปรารถนาของผู้ป่วย จากการศึกษาของโบชาร์อวและคาน (Bocharov & Kahn, 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิตในไอซียู พบว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตควรมีการหลีกเลี่ยงการดูแลที่ขัดต่อความปรารถนาของผู้ป่วย การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเป็นการรักษาที่ยืดความตายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น

ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาตามความเชื่อทางศาสนา ร้อยละ 99.2 และพิจารณาถึงความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับร้อยละ 94.2 เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่กล่าวถึงบ่อย ทั้งในเรื่องของชีวิต การรักษา และความตาย และกลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งหัวใจหลักของคำสอนทางศาสนาพุทธ คือ อริยสัจสี่เป็นคำสอนเกี่ยวกับการดับทุกข์ โดยความทุกข์ทางอริยสัจสี่หมายถึงความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความเศร้าโศก ความเสียใจ ความคับแค้นใจ ความทรมานใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ทนได้ยาก ไม่ใช่ความทุกข์ของร่างกาย เพราะความทุกข์ของร่างกายนั้นไม่สามารถดับได้ แต่ความทุกข์ของจิตใจนั้นสามารถที่จะดับได้ เพราะความทุกข์ของจิตใจนั้น เกิดขึ้นมาจากการปรุงแต่งของจิตเองด้วยความรู้ที่ผิด (เดชปญโญ ภิกขุ, 2554) ผู้ตัดสินใจแทนจึงมีการพิจารณาถึงความทุกข์ทางกายและความทุกข์ทางใจที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา ศาสนาพุทธยังมีความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรมและการเวียนว่ายตายเกิด กรรมคือการกระทำของบุคคล ทั้งกรรมชั่วและกรรมดี กรรมเป็นสิ่งที่คนทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การมีชีวิตอยู่จึงถือเป็นกุศลกรรม (พระไพศาล,

2554ข) โดยชีวิตและความตายเป็นสิ่งเดียวกัน ชีวิตจึงเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติเมื่อมีเกิดก็ต้องมีดับ ไม่มีสิ่งใดอยู่ถาวร คนทุกคนเมื่อมีเกิดก็ต้องมีตาย ไม่มีใครหนีความตายพ้น (มโน เมตตานน โท, 2549)

ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 18.3 และไม่ได้พิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยถึงร้อยละ 81.7 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าถึงร้อยละ 82.5 และมีเพียงร้อยละ 17.5 เท่านั้นที่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า แผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าเป็นคำสั่งจำเพาะของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ซึ่งจะมีผลเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต(Starks et al., 2011) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ตัดสินใจแทนมีการพิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วยเมื่อได้ทำการรักษาไปบ้างแล้วหรือทำการรักษาจนถึงที่สุดแล้ว แต่ไม่ได้นำมาพิจารณาก่อนเริ่มต้นการรักษาแต่อย่างใด ทั้งที่การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือและช่องทางที่ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนหรือครอบครัวได้ทราบความต้องการของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการเผชิญความตายหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยอย่างไร สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (อำพล, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์เลทและคณะ (Carlet et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความท้าทายในการดูแลระยะท้ายของชีวิตในไอซียู พบว่า ทีมสุขภาพและครอบครัวไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วย และในทางปฏิบัติทีมสุขภาพและครอบครัวก็ไม่ได้นำมาปฏิบัติเนื่องจากการเข้าใจความปรารถนาของผู้ป่วยผิดและมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาอย่างกะทันหัน และสอดคล้องกับการศึกษาของซิลเวราและคณะ (Silveira et al., 2010) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าและผลลัพธ์จากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า การทำพินัยกรรมชีวิตมีผลเพียงเล็กน้อยต่อการตัดสินใจยกเลิกการรักษาและมีผลเพียงเล็กน้อยต่อการเพิ่มความสอดคล้องระหว่างการได้รับการดูแลและความปรารถนาของผู้ป่วย

ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 84.2 ความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยร้อยละ 77.5 และคุณภาพชีวิตจากการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยร้อยละ 71.7 โดยผู้ตัดสินใจแทนเห็นว่าการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะการตัดสินใจทุกอย่างจะส่งผลต่อการรักษาและการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย และยังคงมีความหวังว่าผู้ป่วยจะยังคงมีชีวิตอยู่ต่อไปและมีคุณภาพชีวิตเหมือนกับก่อนการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของโบชาร์อวและคาน (Bocharov & Kahn, 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในระยะท้ายของชีวิตในไอซียู พบว่า คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตควรมี

การคำนึงถึงคุณค่าและความหวังของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงความเปล่าประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 41.7 แต่พิจารณาถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 88.3 ความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วยร้อยละ 80.8 และผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 77.5 โดยผู้ตัดสินใจแทนยังคงเห็นประโยชน์จากการรักษาตามปกติ แต่มีการรักษาเพียงบางอย่างเท่านั้นที่คิดว่าไม่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ดังเช่น ผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย ไม่ต้องการการรักษาโดยการช่วยฟื้นชีวิตร้อยละ 100 ผู้ตัดสินใจแทนจึงได้พิจารณาไปที่โรคของผู้ป่วย การรักษาและผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษา แต่จะเห็นได้ว่าในข้อนี้ผู้ตัดสินใจแทนพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการหายของโรคร้อยละ 80.8 แต่ผู้ตัดสินใจแทนสอบถามความเป็นไปได้ในการหายของโรคร้อยละ 55.8 เท่านั้น จึงสะท้อนให้เห็นว่าข้อมูลที่ผู้ตัดสินใจแทนได้รับมีความเพียงพอที่จะสามารถนำมาพิจารณาในการตัดสินใจแล้วหรือยัง รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับกับการพิจารณาของผู้ตัดสินใจแทนมีความสอดคล้องกันหรือไม่ ทิศทางเดียวกันหรือไม่ ทีมสุขภาพจึงควรมีการปรับปรุงเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจแทน พร้อมกับการประเมินความเข้าใจในข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลรวมทั้งการรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและช่วยส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจได้มากยิ่งขึ้น

การปฏิบัติในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก

การปฏิบัติในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ตัดสินใจแทนปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนและทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ร้อยละ 88.3 และร้อยละ 82.5 ตามลำดับ โดยทีมสุขภาพที่ผู้ตัดสินใจแทนปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นมักจะเป็นแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลประจำ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยจึงมักถูกคาดหวังว่าเป็นผู้ที่เข้าใจคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จึงมักเป็นบุคคลแรกที่ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยการประเมินการรับรู้ สภาวะทางอารมณ์และจิตสังคม รวมทั้งการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นได้ (Carlet et al., 2004)

ผู้ตัดสินใจแทนมีการวิเคราะห์ถึงผลและสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้เพียงร้อยละ 41.7 และ 39.2 ตามลำดับ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ตัดสินใจแทนได้มีการปรึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจกับครอบครัวร้อยละ 38.4 นอกเหนือจากการตัดสินใจด้วยตนเอง (ร้อยละ 55) ซึ่งการตัดสินใจโดยส่วนใหญ่ มักเป็นการตัดสินใจร่วมกันของบุคคลในครอบครัวหลายคน แต่จะมีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและเซ็นยินยอม หรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับ

การรักษา จึงทำให้การวิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวหรือสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่ได้นำมาวิเคราะห์มากนัก เพราะได้มีการร่วมประชุมปรึกษากับบุคคลใน ครอบครัวก่อนการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของลิเมอร์ริก (Limerick, 2007) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยในไอซียู ในส่วน ของการตัดสินใจ ที่พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนจะมีการปรึกษา รับฟังความคิดเห็น และมีการสื่อสารเกี่ยวกับการตัดสินใจกับทีมสุขภาพ หรือบุคคลอันเป็นที่รักและครอบครัว

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตัดสินใจแทนวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือก ร้อยละ 64.2 และวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกร้อยละ 66.7 เนื่องจากการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่มีผลต่อการรอดชีวิตหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยจึง ควรมีการพิจารณาความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกและมีการยอมรับทางเลือกนั้นๆ (Thelen, 2005) และผู้ตัดสินใจแทนวิเคราะห์ถึงแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเพียงร้อยละ 51.7 เนื่องจากการประชาสัมพันธ์หรือการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ตัดสินใจแทนไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำ ให้ผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบว่า มีหน่วยงานที่สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการตัดสินใจ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต รวมทั้งพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายของชีวิตยังมีจำนวนน้อยและภาระงานค่อนข้างมาก จึงทำให้ไม่สามารถให้การดูแลหรือให้ คำปรึกษาแก่ผู้ตัดสินใจหรือครอบครัวได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็มีงานประจำ ของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของschulman, แมคคอร์เกิล, เซอร์ลิน, ฮูลเลอร์, และบราดเลย์ (Schulman-Green, Maccorkle, Cherlin, Johnson-Hurezeler, & Bradley, 2005) โดยการสำรวจพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 174 รายพบอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย กลุ่มนี้คือการที่พยาบาลพร่องความรู้ทักษะด้านการสื่อสารในผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลมีภาระงาน หน้าที่มาก และพยาบาลมีความรู้สึกไม่สบายใจในการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยในภาวะ ใกล้ตายสอดคล้องกับการศึกษาของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งได้เสนอคุณภาพการ ดูแลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยในไอซียู ได้กล่าวถึงการดูแลอารมณ์และการสนับสนุนของ องค์กรแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยว่า ควรมีการจัดและปรับเปลี่ยนตารางหมุนเวียนของพยาบาลและแพทย์ โดยให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างต่อเนื่อง มีการจัดให้มีกลุ่มเจ้าหน้าที่เฉพาะในการดูแล เพื่อให้การสนับสนุนความต้องการแก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และประสาน งานการดูแลในงานประจำของหอผู้ป่วย รวมทั้งการมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของชีวิต ผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตโดยผู้นำทางศาสนา และผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต

ผลการตัดสินใจและเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายมากที่สุดร้อยละ 68.3 รองลงมา คือ การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 และตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5 เนื่องจากการรักษาเพื่อความสุขสบายเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อลดและควบคุมความเจ็บปวดจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ และส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (World Health Organization [WHO], 2002) และการรักษาเพื่อความสุขสบายเป็นการรักษาที่สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Glavan, Engelberg, Downey, & Curtis, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของซิลเวราและคณะ (Silveira et al., 2010) เกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงในการรักษาล่วงหน้าและผลลัพธ์จากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายมากที่สุดถึงร้อยละ 96.2 รองลงมา คือ การจำกัดการรักษาร้อยละ 92.7 และการรักษาทั้งหมดอย่างเต็มที่น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.9 และจากการศึกษาของดีเทอร์ริงและคณะ (Detering et al., 2010) เกี่ยวกับผลของการวางแผนการรักษาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการรักษาล่วงหน้าตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิตร้อยละ 41 รองลงมา คือ ตัดสินใจช่วยฟื้นชีวิตร้อยละ 30 และเป็น การตัดสินใจของทีมสุขภาพร้อยละ 20 ซึ่งทำให้เห็นว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ในระยะท้ายของชีวิตเป็นไปเพื่อการรักษาเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและยุติการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของกลาเวนและคณะ (Glavan et al., 2008) ซึ่งได้เสนอคุณลักษณะของเวชระเบียนที่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรเป็นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน มีการลดคำสั่งการช่วยฟื้นชีวิต และให้การรักษาเพื่อความสุขสบาย โดยการยกเลิกการรักษาบางอย่างออกไปและมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อนำอายุ โรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต อาการปัจจุบัน และการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วย มาทดสอบความแตกต่างกับผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยและยืดชีวิตผู้ป่วยโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำลักษณะทั่วไปและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจยุติชีวิต

ผู้ป่วยและยึดชีวิตผู้ป่วย มาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้จึงสามารถอภิปรายผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตแบ่งตามชนิดของการตัดสินใจร่วมกับเหตุผลหลักๆที่ผู้ตัดสินใจแทนใช้ในการตัดสินใจ ได้ดังนี้

การตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย

การตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน (Silveira et al., 2010) และในการศึกษาครั้งนี้การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกเพื่อความสุขสบายคือการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวด ร้อยละ 100 โดยจุดมุ่งหมายของการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดคือ การช่วยลดความวิตกกังวล ลดระดับความรู้สึกตัว และบรรเทาอาการที่จะเกิดก่อนการเสียชีวิต (Kompanje et al., 2008) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ ยามิดาโซแลม ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วและปรับขนาดของยาได้ง่าย รวมทั้งมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อย อาการชัก อาการสั่น และอาการสับสน จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 30 ที่ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ ยาที่ได้รับมากที่สุดคือยามิดาโซแลม ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ ยามอร์ฟินร้อยละ 26.6 สอดคล้องกับการศึกษาของซายส์และทอน (Sykes & Thorns, 2003) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยานอนหลับในสัปดาห์สุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48 ที่ได้รับยานอนหลับ และยาที่ได้รับ คือ ยามิดาโซแลม และในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อคือ ยานิมเบกซ์ร้อยละ 10.2 ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการควบคุมการหายใจสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (เศรษฐพงศ์, 2557) โดยผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจเกี่ยวกับต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาร้อยละ 62.2 และเป็นไปตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพร้อยละ 48.8 เนื่องจากการการให้ยาเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับ ลดอาการหอบเหนื่อย อาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ลดความเจ็บปวดทรมาน ส่งผลให้เกิดการตายอย่างสงบ (Morita et al., 2004)

นอกจากนี้จากการสอบถามเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย พบว่า มีผู้ตัดสินใจแทนอีก 38 ราย (ร้อยละ 31.7) ตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายด้วยการให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาในผู้ตัดสินใจแทนซึ่งตัดสินใจแบบนี้ ข้อมูลส่วนนี้จึงเป็นเพียงข้อมูลที่ผู้ตัดสินใจแทนได้บอกกับผู้วิจัยเพิ่มเติม ผู้ตัดสินใจแทนกลุ่ม

นี้ให้เหตุผลหลักๆ เกี่ยวกับการไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายคือ ต้องการให้ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวก่อนเสียชีวิต ได้เห็นหน้าคนในครอบครัว ทำให้รู้สึกอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว และหมดหวัง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาพุทธที่เน้นการตายอย่างมีสติด้วยจิตที่เป็นกุศล เน้นการตายดี คือ ได้ตายท่ามกลางคนรัก มีญาติมิตรอยู่พร้อมหน้า ไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวท่ามกลางสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย (พระไพศาล, 2554จ) ผู้ตัดสินใจแทนจึงต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวและได้เตรียมจิตใจในขณะที่เสียชีวิต จึงทำให้ผู้ตัดสินใจแทนปฏิเสธการรักษาที่ต้องให้ยานอนหลับและยาแก้ปวด (Chan et al., 2011)

การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย

การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.7 โดยเพศหญิงเป็นเพศที่สามารถยอมรับกับความตาย และเตรียมตัวตายได้ดีกว่าเพศชาย เพราะมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายและมีความกลัวในกระบวนการของความตายเช่นการขี้อชีวิตและความเจ็บปวดก่อนตายมากกว่าเพศชาย ทำให้มีความตระหนักต่อการเตรียมตัวตาย (Yeun, 2005) จึงส่งผลให้มีการตัดสินใจไปแนวทางที่ยุติชีวิตผู้ป่วยได้มากกว่าการขี้อชีวิตผู้ป่วย

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ โดยมีอายุระหว่าง 61-101 ปี ร้อยละ 73.3 และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 86.7 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา (ศรีเรือน, 2553ข) โดยผู้สูงอายุจะมีภาวะทุพพลภาพตามสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง รวมถึงอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงของโรคและการดำเนินโรค (ศิริพันธุ์, 2554) ด้วยอายุที่มากขึ้นและโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาพยาบาลจึงเป็นเพียงการขี้อชีวิตผู้ป่วยออกไปให้นานขึ้นเท่านั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการศึกษาของจิรายุ (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะท้ายของโรค พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายुर้อยละ 56.07 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 73.93 และเหตุผลหลักที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย คือ ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้น นอกเหนือจากความทุกข์ทรมานที่ได้รับอยู่แล้วจากตัวโรคที่เป็น และผลที่ได้รับจากการรักษาสุดท้ายผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิต จึงเห็นว่าไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสินีพและคณะ (Sinuffet al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในไอซียูพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 58 ได้รับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพและยกเลิกการรักษาบางอย่างอย่างน้อย 1 การรักษาโดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 64.2 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์การสูญเสียมากจึงไม่กลัวความตายแต่สามารถยอมรับกับความตายได้ดีกว่าวัยอื่นๆ (ทัศนีย์, 2553) ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ (อำพล, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตน ก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Waldrop & Meeker, 2012) ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าร้อยละ 17.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และร้อยละ 16 ของผู้ป่วยซึ่งผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย ถึงแม้จะมีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าแต่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถนำมาพิจารณาในการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความจำเพาะกับการตัดสินใจเกี่ยวกับความตายและภาวะความเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต(พรเลิศ, 2554) และจากการศึกษาของ ดูกลาสและบราวน์ (Duaglas & Brown, 2002) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีการเตรียมตัวในการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา เนื่องจากมีความไว้วางใจหรือต้องการพึ่งพานุเคราะห์ทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำหรือเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าร้อยละ 85.7 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 90.5

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 85.3 และแหล่งรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 75 ซึ่งลักษณะครอบครัวของคนไทยที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ภายในครอบครัวจากที่เคยมีบุคคลหลายคนที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ กลับกลายเป็นบุคคลเหล่านั้นทุกคน ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือไปเรียนหนังสือ (พระไพศาล, 2554) ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแลและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยค่อนข้างสูง (ศิริพันธุ์, 2554) จึงทำให้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากหากรักษาผู้ป่วยต่อไปจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและเศรษฐกิจ เพราะต้องสูญเสียเวลาในการหารายได้แก่ครอบครัวและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย

การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 3 อย่าง ได้แก่ การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง และการตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ดังนี้

1. การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน พบว่าผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 86.7 ตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบันซึ่งเป็นการตัดสินใจรักษาเฉพาะการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น ไม่มีการเพิ่มเติมการรักษาอย่างอื่นเนื่องจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากอยู่แล้ว การเพิ่มการรักษาอย่างอื่นเข้าไปอีกอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น โดยจะเห็นได้จากผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจมากที่สุด คือ ความทุกข์ทรมานจากการรักษาร้อยละ 75.4 สอดคล้องกับการศึกษาของจิรายุ (2548) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า เหตุผลหลักที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย คือ ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา โดยไม่ต้องการช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป เหตุผล คือ ไม่อยากให้ทรมานและคิดว่าไม่มีประโยชน์ นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนยังต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสบายที่สุด ไม่เกิดความทรมานก่อนการเสียชีวิต และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยร้อยละ 26.2 ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนเห็นว่าการรักษาเพิ่มเติมไม่ได้ก่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยและไม่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควรที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยนั้น เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดความเจ็บปวดทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบจากการศึกษาของมียาชิตะและคณะ (Miyashita et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดการประเมินเกี่ยวกับการตายดีตามมุมมองของสมาชิกในครอบครัวที่สูญเสีย พบว่า สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การตายดีและการมีกระบวนการตายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ, ไชยเพชร, และมัชฉิม (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) เกี่ยวกับการรับรู้การตายอย่างสงบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธระยะท้าย พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้การตายอย่างสงบในหลายรูปแบบ โดยรูปแบบหนึ่งก็คือการไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน

นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนยังให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธ ในเรื่องของความต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมร้อยละ 23.1 ซึ่งศาสนาพุทธมีความเชื่อว่า คนทุกคนเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนด ชีวิตของคนเรานำเนินไปเพราะกรรม เชื่อในผลของกรรม โดยทุกการกระทำย่อมมีผลจากการกระทำนั้น ไม่มีใครปฏิเสธหรือหนีกรรมไปพ้น (มโน เมตตานน โท, 2549) และมีความเชื่อเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมซึ่งเป็นกฎแห่งเหตุผลที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างกรรมกับผลของกรรมอันเป็นกฎที่แน่นอนและตายตัวกรรมแต่ละประเภทถูกกำหนดไว้จากธรรมชาติเป็นกฎแห่งเหตุและผลที่เกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ (พระพรหมคุณาภรณ์, 2547) จากการศึกษา

ของจิรายุ (2548) ในส่วนเหตุผลของการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา พบว่าผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่าอยากปล่อยให้ไปไปตามเวรกรรม เพราะชีวิตมีกรรมเป็นตัวกำหนด

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการรักษาเพิ่มเติมมากที่สุดคือ การช่วยฟื้นชีวิตและการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่านอกจากผู้ตัดสินใจแทนจะตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยการไม่ช่วยฟื้นชีวิตเป็นอันดับแรกแล้ว การรักษารองลงมาคือ ยกเลิกการช็อกไฟฟ้าและไม่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอยู่เดิม 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับรักษาในปัจจุบันแต่ยังคงต้องการคงไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจอยู่ เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการทำการรักษาหรือยกเลิกการรักษาใดๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น แต่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปตามสภาพร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของเฟอร์รันด์และคณะ (Ferrand et al., 2001) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการไม่รับการรักษาเพิ่มเติมและการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิตในไอซียูพบว่าการช่วยฟื้นชีวิตและการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติมซึ่งพบบ่อยที่สุดแต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกการรักษาด้วยการใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 10.8 เท่านั้นเพราะถึงแม้ผู้ตัดสินใจแทนจะต้องการยุติชีวิตผู้ป่วยและปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ก็ต้องการให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดและทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิตเช่นกัน จึงอาจต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปเอง ถึงแม้จะยังได้รับการรักษาโดยการใช้ ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจอยู่ก็ตาม

การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการรักษารองลงมา คือ การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 95.4 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 93.8 และการให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 72.3 เนื่องจากการรักษาเหล่านี้เป็นการรักษาที่ต้องให้เพิ่มเติมและเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษา รวมทั้งเป็นการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น เพราะเมื่อถึงเวลาที่ร่างกายผู้ป่วยรับการรักษาไม่ไหวผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิตในที่สุด จากการศึกษาของมะฮัมเบรและฟาวเลอร์ (Mahambrey & Fowler, 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า เมื่อเปรียบเทียบในผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจและสุดท้ายก็ยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.02$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันกับการได้รับยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดหรือยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่จะยกเลิกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนยังมีการรักษาที่ไม่ต้องการเพิ่มเติมอีกอย่าง คือ การให้เลือดและยาปฏิชีวนะร้อยละ 9.2 เท่ากันและการให้อาหารและสารน้ำร้อยละ 0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาเหล่านี้ เป็นรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ยังคงต้องการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษาของเซงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูพบว่า การให้อาหารและสารน้ำเป็นการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนยังต้องการเพราะเป็นการคงไว้ซึ่งความสุขสบาย แสดงถึงความรักและความหวังดีแก่ผู้ป่วย และการศึกษาของสตีลและคณะ (Stiel et al., 2012) เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 63.8 ได้รับยาปฏิชีวนะ และผู้ป่วยร้อยละ 44.3 ได้รับยาปฏิชีวนะไปตลอดจนกระทั่งเสียชีวิต

2. การตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 9.3 ตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ไม่รับการรักษาอย่างอื่น เพิ่มเติมและยังมีการยกเลิกการรักษาบางอย่างออกไปด้วย เนื่องจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากแล้ว การยกเลิกการรักษาบางอย่างออกไปอาจทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ถึงแม้ว่าการยกเลิกการรักษาบางอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคอยู่ในระยะสุดท้าย มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ และการรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ มักเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้น เช่น การเจาะคอ การใส่ท่ออาหาร การกดนวดหัวใจ ล้วนเป็นวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของรอสส์ (Ross, 1970 อ้างตาม พระไพศาล, 2554ง) ที่ได้พรรณนาถึงการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมัยใหม่ไว้ว่า “ผู้ป่วยอาจจะร้องขอพักผ่อนครวญหาความสงบ เรียกร้องขอสิทธิและศักดิ์ศรีของตนกลับคืน สิ่งที่เขาจะได้รับหาใช่สิ่งที่เขาเรียกร้องไม่ แต่กลับเป็นน้ำยาที่ฉีดเข้าตัวและน้ำเกลือที่ฉีดเข้าเส้น เครื่องนวดหัวใจ หรือไม่ก็การเจาะคอเมื่อจำเป็น” (หน้า 68) ผู้ตัดสินใจแทนจึงต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสบายที่สุด มากกว่าการซื้อชีวิตผู้ป่วยไว้กับความทุกข์ทรมาน โดยจะเห็นได้ว่าเหตุผลของการตัดสินใจที่มากที่สุดคือความทุกข์ทรมานจากการรักษา ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของกูเทียร์เรซ (Gutierrez, 2013) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและระยะเวลาของการสื่อสารการพยากรณ์เชิงลบจากแพทย์กับสมาชิกในครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตในไอซียู พบว่า การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตทั้งการจำกัดการรักษาหรือยกเลิกการรักษาสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีการพยากรณ์โรคในเชิงลบ และการสื่อสารเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลทันเวลา ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น และมีเวลาที่สมาชิกในครอบครัวจะได้เตรียมความพร้อมทางด้านอารมณ์สำหรับการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค และส่งผลให้เสียชีวิตในเวลาอันใกล้ การรักษามบางอย่างจึงไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย จะเห็นได้จากผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 85.7 และผู้ป่วยอายุมากร้อยละ 28.6 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการล้มเหลวของอวัยวะอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสมองเสื่อมรุนแรง ผู้ป่วยที่โรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่หย่อนสมรรถภาพทางกายและผู้ป่วยที่มีอายุมาก เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการรักษาที่ยืดชีวิตเนื่องจากการรักษาไม่อาจสำเร็จได้ หรือการรักษานั้นเกินสมควรที่จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (Austin health, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของกรานิดิโอทิสและคณะ (Kranidiotis et al., 2010) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการยกเลิกการรักษาแก่ผู้ป่วยคือ การไม่ตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคไม่ดี ทั้งโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน การรักษาที่รุนแรงซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยอายุมาก ความเชื่อทางศาสนา และปัจจัยอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่าย เจตจำนงของผู้ป่วย และการขาดแคลนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกมากที่สุดคือการช่วยฟื้นชีวิตร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของแซงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตเลือกยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยการไม่ช่วยฟื้นชีวิตเป็นอันดับแรก รองลงมาคือการใช้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะและการให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 85.7 และสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์รันด์และคณะ (Ferrand et al., 2001) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการไม่รับการรักษาเพิ่มเติมและการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิตในไอซียู พบว่า การหยุดให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและการหยุดเครื่องช่วยหายใจในช่วงสุดท้ายเป็นการยกเลิกการรักษาที่พบมากที่สุด และพบว่าการยกเลิกการให้อาหารและสารน้ำพบได้น้อยมาก สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกการให้อาหารและสารน้ำมีเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้น เนื่องจากการยกเลิกการให้อาหารและสารน้ำเป็นการรักษาสุดท้ายในการยกเลิก เพราะการให้อาหารและสารน้ำเป็นการรักษาที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลโดยใช้ความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Glavan et al., 2008)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของสินัฟและคณะ (Sinuff et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า ในผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ ยังมีการรักษาอื่นที่ต้องการยกเลิกออกไปด้วย คือ การยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 99 และการหยุดการให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร้อยละ 75 แต่การศึกษาคั้งนี้ก็กลับพบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกการรักษาด้วยการใช้ออกซิเจน

หรือเครื่องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 28.6 เนื่องจากการยกเลิกการใช้ออกซิเจนและการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น และโดยบริบทของคนไทยพุทธซึ่งมีความเชื่อในเรื่องของบาป การทำให้ผู้อื่นถึงแก่ชีวิตไม่ว่าจะเจตนาหรือไม่เจตนาถือว่าเป็นการทำบาป และเป็นการทำผิดศีลห้าข้อที่หนึ่ง คือการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ซึ่งตามความเชื่อทางศาสนาเชื่อว่า ผู้ที่รักษาศีลห้า เมื่อยามที่สิ้นอายุขัย จะได้เกิดเป็นเทพบุตรและเทพธิดา อยู่ในสวรรค์ชั้นดาวดึงส์ ด้วยถือว่าเป็นบุญที่เกิดจากความมุ่งมั่น ความตั้งใจ และความศรัทธาอันแรงกล้า (อนุชิตและคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณและไชยเพชร (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวไทยพุทธในผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียูในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนซึ่งนับถือศาสนาพุทธมีความรู้สึกลึกซึ้งเหมือนเป็นการฆ่า และเป็นบาปหากตัดสินใจยุติการรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางร้อยละ 71.4 และในการศึกษาคั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 10.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดไปส่วนปลายลดลง ส่งผลให้ผิวหนังของผู้ป่วยเย็น ชื้นและซีด จากนั้นจะคล้ำขึ้นตามส่วนต่างๆ จนในที่สุดผิวหนังจะขาดเลือดไปเลี้ยง (กิตติกร, 2555) จึงทำให้ไม่สามารถให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ ผู้ป่วยบางรายจึงอาจต้องได้รับการรักษาโดยการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง แต่เมื่อได้รับการรักษาต่อไปก็ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงอาจต้องการที่จะยกเลิกการรักษาดังกล่าว เพราะการคาสายสวนเป็นเวลานานๆ อาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ได้จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 71.4 ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเฉียบพลันร้อยละ 4.5 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 6.9 แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม แสดงให้เห็นว่าผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการการรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มเติมและยังต้องการยกเลิกการรักษาออกไปอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเกอร์สเทลและคณะ (Gerstel et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาของการถอนการช่วยชีวิตในไอซียูและความพึงพอใจของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่มีภาวะไตวายจะตัดสินใจหยุดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นอันดับแรก และในการศึกษาคั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5.6 (1 ราย) ของผู้ป่วยซึ่งผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าโดยการไม่ฟอกไต แต่ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยรายนี้ต้องการที่จะยกเลิกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงทำให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการรักษาหนึ่งที่ผู้

ตัดสินใจแทนต้องการยกเลิกในการรักษาผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่มีภาวะไตวายก็ตาม นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนยังต้องการยกเลิกการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 28.6 เนื่องจากการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นการรักษาที่ไม่ได้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เป็นเพียงการรักษาที่ยืดการตายของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น

3. การตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 4 ตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเป็นการยกเลิกการรักษาที่ได้รับทั้งหมดและไม่รับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติมอีก ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมาเนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนเห็นว่าตลอดช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานมากพอแล้ว ถึงให้การรักษาต่อก็คงไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เพราะถึงอย่างไรผู้ป่วยก็ต้องเสียชีวิต จึงต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสบายและสงบมากกว่า โดยจะเห็นได้ว่าผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 66.7

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ตัดสินใจแทนยังคงมีความต้องการที่จะทำตามเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วย ทั้งที่ก่อนหน้านี้ไม่สามารถทำตามที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ได้ แต่เมื่อให้การรักษาจนถึงที่สุดและพบว่าไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ จึงมีความต้องการที่จะทำตามที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ทั้งก่อนการเจ็บป่วยและระหว่างการเจ็บป่วยเป็นครั้งสุดท้าย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้า ร้อยละ 16 ของผู้ป่วยซึ่งผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยและในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องการไปโรงพยาบาล ร้อยละ 11.1 (2 ราย) และต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 5.6 (1 ราย) โดยจะเห็นว่าผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 66.7 และต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย ร้อยละ 33.3 เนื่องจากคนไทยพุทธเชื่อว่าหากผู้ที่จะเสียชีวิตมีจิตใจที่ปลอดโปร่งและจดจ่อกับสิ่งที่ดีในเวลาที่เสียชีวิต ก็จะได้ไปสวรรค์ ไปเกิดในสถานที่ที่ดีหรือไปในโลกที่มีความสุข(Kongsuwanet al., 2012) รวมทั้งการตายทางศาสนาพุทธ ก็คือ การตายดี หมายถึง การได้ตายในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ตามท่ามกลางญาติพี่น้อง ลูกหลานและคนที่รัก (พระไพศาล, 2554จ) ซึ่งสถานที่เหล่านั้นอาจบ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ ทั้งนี้ก็แล้วแต่การตัดสินใจของผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน แต่โดยบริบทของคนไทยพุทธแล้วมักให้ความสำคัญกับบ้านมากกว่าสถานที่อื่น เพราะเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีกลิ่นไอของความรัก ความอบอุ่นและความผูกพันของครอบครัว และการเสียชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่สงบ มีความเป็นส่วนตัว เป็นมิติหนึ่งขององค์ประกอบเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ (วารภรณ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของยูนิดาและคณะ (2552) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายในส่วนของความต้องการของครอบครัว พบว่า มีผู้ให้ข้อมูล 3 ราย จาก 12 ราย ต้องการพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย

ไม่โดดเด่นยว รวมทั้งครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับการเดินทางกลับบ้านของวิญญาณหลังเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณและคณะ (Kongsuwan et al., 2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในไอซียู พบว่า ชาวพุทธมีความเชื่อเกี่ยวกับจิตใจว่าหากมีจิตใจที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและใกล้ตายไปสู่ที่ดีหรือมีความสุข การส่งผ่านวิญญาณผู้ป่วยไปสู่สถานที่ที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดยการสวดมนต์ การใช้มือสัมผัสผู้ป่วย หรือการกระซิบข้างหูผู้ป่วยว่าไม่ต้องกังวล พยายามคิดถึงแต่สิ่งที่ดี นอกจากนี้ควรมีการจัดเตรียมสถานที่ให้มีความเงียบสงบด้วย

การตัดสินใจยึดชีวิตผู้ป่วย

การตัดสินใจยึดชีวิตผู้ป่วย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยึดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ซึ่งทัศนะของสังคมสมัยใหม่มีความเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องน่ากลัวที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ได้มากที่สุด และควรประวิงเวลาให้มาถึงช้าที่สุด (พระไพศาล, 2554ง) จึงส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนมีการตัดสินใจไปในแนวทางของการยึดชีวิตผู้ป่วย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 66.7 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและเป็นวัยที่เริ่มมีการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิด (ศรีเรือน, 2553ก) ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนบางคนไม่สามารถยอมรับความตายที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิดได้ และพบว่าผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 64.4 รองลงมาคือ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผูกพันและใกล้ชิดกับผู้ป่วย ย่อมต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปให้นานที่สุด และในแง่ของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณและหน้าที่ของบุตรที่พึงมีต่อบิดามารดา ซึ่งศาสนาพุทธมีความเชื่อว่า ความกตัญญูเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงคุณธรรมอันสูงส่งของผู้กระทำ เนื่องจากบิดามารดาเปรียบเสมือนพระในบ้าน มีบุญคุณใหญ่หลวง ผลบุญที่ได้จะทำให้ผู้ที่ตอบแทนบุญคุณบิดามารดา พบแต่ความสุขความเจริญ บริบูรณ์ด้วยลาภยศสรรเสริญ (อนุชิต, ฉลองชัย, โยชิน, และวารุณี, 2555)

นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่มีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเพียงร้อยละ 15.6 และผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้บอกความต้องการไว้ล่วงหน้า จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าถึงร้อยละ 80 จึงเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจตามความคิดเห็นของตนเป็นหลัก โดยเป็นการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของประโยชน์ที่พึงมีต่อผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกหากผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (คุสิต, 2552) และในบริบทของคนไทยพุทธซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตว่าเป็นสิ่งมีค่า ไม่ควรมีการพรากชีวิตผู้อื่น ดังพระพุทธรูปที่

กล่าวว่า トラบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ตราบนั้นชีวิตก็ยังมีค่าไม่ควรถูกใครจะไปตัดตอนแม้ว่าชีวิตนั้นกำลังจะตายไปก็ตามหากไปเร่งเวลาตายเร็วขึ้นแม้จะเพียงแค่วินาทีเดียวก็เป็นบาป สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาชีวิตผู้ป่วยต่อไปหรือเป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยนั่นเอง

การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 2 อย่าง ได้แก่การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่างและการตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1. การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 22.2 ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ต้องการให้แพทย์รักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือมีชีวิตที่นานขึ้น โดยผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดในร้อยละ 90 เนื่องจากการดูแลเป็นหน้าที่ของบุตรที่พึงมีต่อบิดามารดา ดังหลักธรรมทางศาสนาพุทธที่กล่าวถึงบิดามารดาว่า บิดามารดาเป็นผู้ที่มีอุปการะคุณแก่ลูก ในฐานะเป็นผู้ให้กำเนิดและเลี้ยงดูจนเติบโต ให้การศึกษาอบรมสั่งสอนให้ละเว้นจากความชั่ว และมั่นคงในการทำความดี(พระพรหมคุณาภรณ์, 2547) ผู้ตัดสินใจแทนจึงอยากให้ผู้ป่วยอยู่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรของลูกหลานตราบนานเท่านั้น หรืออาจรู้สึกลัวหากไม่ได้รักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่อาจจะถูกตำหนิจากญาติหรือเพื่อนฝูงได้ (ศรีเกียรติ, 2553) และผู้ตัดสินใจแทนยังมีความไว้วางใจที่มสุขภาพว่าจะสามารถรักษาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุดผู้ตัดสินใจแทนจึงต้องการรักษาอย่างเต็มที่ตามที่ที่มสุขภาพเห็นสมควรในการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิสมบัติและอินทอง (Sittisombut, & Inthong, 2009) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 87 เลือกให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของยุวนิดาและคณะ (2552) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายในส่วนความต้องการของครอบครัว พบว่า มีผู้ให้ข้อมูล 11 ราย จาก 12 ราย ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลอย่างดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับครอบครัว

นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนได้ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับผู้ป่วยยังมีความหวังร้อยละ 60 โดยผู้ตัดสินใจแทนคิดว่าผู้ป่วยยังคงมีความหวังที่จะรอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าที่ใช้ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธ พบว่า ความหวังเป็นคุณค่าพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยต่อไป เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยยังมีความหวังที่จะรอดชีวิตและเชื่อในปาฏิหาริย์และสอดคล้องกับการศึกษาของนิกริหมีและคณะ (2551) ในเรื่องการตัดสินใจรับการรักษาต่อ พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรับการรักษาต่อเพราะเชื่อว่าปาฏิหาริย์เกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาของยุวนิดาและคณะ (2552) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย พบว่า ครอบครัว

ของผู้ป่วยมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น และมีโอกาสรอดจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจและการให้ยากระตุ้นหัวใจ เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนมีความเชื่อถือและไว้วางใจในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ตัดสินใจแทนได้ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการปฏิบัติตามความเชื่อร้อยละ 10 โดยความเชื่อเป็นภาวะทางจิตใจที่จะให้ความเชื่อถือหรือมั่นใจในบุคคล สิ่งของ หรือสิ่งอื่นๆ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันเพื่อให้เกิดความเชื่อก็ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อว่าจะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างงานมงคลต่างๆ เพราะจะทำให้เกิดสิ่งไม่ดี ซึ่งเป็นความเชื่อส่วนบุคคล แต่ในทางศาสนาพุทธไม่ได้มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง แต่ก็มีมีความเชื่อเกี่ยวกับการจัดงานศพซึ่งเป็นพิธีกรรมสุดท้ายที่สำคัญ โดยศาสนาพุทธเชื่อว่า จิตของผู้เสียชีวิตสามารถรับรู้ได้ถึงการเสียชีวิต และเป็นการทำบุญกุศลให้แก่ผู้เสียชีวิต(รจนาและจารุณี, 2558)

2. การตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 77.8 ตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเลือกรับการรักษาเพียงบางอย่างและการรักษานั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมากขึ้น (Silveira et al., 2010) รวมทั้งการรักษานั้นมักเป็นการรักษาที่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากเกินไป ดังเห็นได้จากผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 82.9 โดยผู้ตัดสินใจแทนต้องการรักษาผู้ป่วยต่อไป ต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป พร้อมกับที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทรมาน แต่หากให้การรักษจนถึงที่สุดแล้ว ก็อยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเช่นกัน ซึ่งแมคคัลลอค (McCullough, 2011) กล่าวว่าไว้ว่าความตายไม่ใช่ความเจ็บปวดโดยเนื้อแท้ แต่บางเวลาก็มีความกลัว ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตามเมื่อทำความเข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ก็จะสามารเปลี่ยนเป็นความหวังในการเสียชีวิตอย่างสงบได้ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตมักมีอาการไม่แน่นอน อาจมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงได้ในทุกวัน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 41-60 ปี และ 61-101 ร้อยละ 15.6 และร้อยละ 75.6 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 15.6 การที่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดี จึงมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นได้ ผู้ตัดสินใจแทนจึงต้องการให้การรักษาผู้ป่วยต่อไปแต่ผู้ป่วยบางคนที่มีอายุมากอาจทนการรักษาที่มากเกินไปไม่ไหว ดังเห็นได้จากผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วยร้อยละ 42.9 และผู้ป่วยอายุมากร้อยละ 22.9 ผู้ตัดสินใจแทนจึงตัดสินใจให้การรักษาต่อไปตามอาการของผู้ป่วย โดยจำกัดการรักษาไว้เพียงบางอย่างเท่านั้น จากการศึกษาของสินฟและคณะ (Sinuff et al., 2004) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียูพบว่า สิ่งที่แพทย์ทำนายเกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู คือ ความเป็นไปได้ของการรอดชีวิตมีน้อย ความเข้าใจของแพทย์ในผู้ป่วยที่จำกัดการรักษาที่ช่วยชีวิต ความผิดปกติของอวัยวะ การวินิจฉัยของแพทย์และอายุของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกุกเยทและคณะ (Guyatt et al., 2003) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการทำหน้าที่และการทำงานของอวัยวะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต พบว่า โรคประจำตัวที่รุนแรงและการทำงานของอวัยวะที่อ่อนแอลงมีความสัมพันธ์กับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นชีวิตใน 24 ชั่วโมงของการรักษาในไอซียู

การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการจำกัดมากที่สุด คือ การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารและสารน้ำ การให้เลือดและการให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมแล้ว จึงต้องการให้การรักษาเหล่านี้ต่อไป รองลงมา คือ การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ร้อยละ 97.1 ซึ่งเป็นการรักษาโดยทั่วไปที่ให้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและผู้ป่วยวิกฤต ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำและการรักษาเสถียรภาพการไหลเวียนเลือด (Wiegand & Kalowes, 2007) นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนยังต้องการจำกัดการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพียงร้อยละ 17.1 และร้อยละ 20 ตามลำดับเท่านั้นซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับมาก่อน แต่เนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นการรักษาที่มีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก รวมทั้งเป็นเพียงการรักษาที่ไม่ได้มีผลโดยตรงในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่

การรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการจำกัดอีกสิ่งหนึ่งคือ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจซึ่งมีเพียงร้อยละ 5.7(2 ราย) เท่านั้น การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอยู่เดิม 1 ราย โดยผู้ป่วยรายนี้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วยและต้องการให้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจต่อไป แสดงว่ามีผู้ตัดสินใจแทนต้องการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มอีก 1 ราย นั้นหมายถึง ผู้ตัดสินใจแทนต้องการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแก่ผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้ และต้องการคงไว้ซึ่งการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจต่อไป ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการเพื่อจำกัดการรักษาเลยแม้แต่รายเดียว นั่นคือ การช่วยฟื้นชีวิต เพราะถึงแม้ว่าผู้ตัดสินใจแทนจะตัดสินใจยืดยืดชีวิตผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นผู้ตัดสินใจแทนก็ไม่ต้องการให้ทีมสุขภาพกวดหัวใจหรือการช็อคด้วยไฟฟ้า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการกวดหัวใจหรือการช็อคด้วยไฟฟ้าและ

การบอกผลการตัดสินใจ พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนบอกผลการตัดสินใจของตนแก่ทีมสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 100 เนื่องจากทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยจึงควรมี

การสื่อสารระหว่างผู้ตัดสินใจแทนกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการ จากการศึกษาของลิเมอร์ริก (Limerick, 2007) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยในไอซียู ในส่วนของการตัดสินใจพบว่า การสื่อสารกับทีมสุขภาพของผู้ตัดสินใจแทนจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ตัดสินใจแทนได้มีการสรุปผลการตัดสินใจ และมีความเข้าใจถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากทีมสุขภาพยืนยันเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่แย่งของผู้ป่วยแล้ว

ผู้ตัดสินใจแทนมีการบอกผลการตัดสินใจของตนแก่ครอบครัวและญาติ ร้อยละ 95 เนื่องจากในการตัดสินใจมักจะมีญาติหรือบุคคลอื่นๆ ภายในครอบครัวร่วมกันตัดสินใจหลายคน (Quinn et al., 2012) และเมื่อผู้ตัดสินใจแทนที่เป็นบุคคลเพียงบุคคลเดียวที่จะเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมรักษาได้สรุปผลการตัดสินใจของตนแล้ว ก็จะต้องแจ้งผลการตัดสินใจนั้นแก่บุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ นอกจากนี้ผู้ตัดสินใจแทนได้บอกผลการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 13.3 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ผู้ตัดสินใจแทนบอกนั้น เป็นผู้ป่วยที่ตื่นและรู้สึกตัวดี จึงมีสิทธิที่จะรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตน หรืออาจตัดสินใจร่วมกันกับผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 32 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”

ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จึงควรเป็นการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย ความปรารถนาของผู้ป่วย คุณค่าของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพื่อลดความรู้สึกผิดและความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ตัดสินใจแทน รวมทั้งเพื่อลดความขัดแย้งและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ ผลการตัดสินใจ และเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 120 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปนับถือศาสนาพุทธ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ในระหว่างให้ข้อมูลและยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดำเนินเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 10 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต และแบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอริ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยสามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามอย่างอิสระโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมทั้งสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ โดยหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธและผู้ตัดสินใจแทน ใช้การแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนใช้การแจกแจงความถี่และหากค่าร้อยละ ข้อมูลผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนใช้การแจก

แรงความถี่และหาค่าร้อยละและเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกเป็นรายด้านได้ ดังนี้

1.1 การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูลพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนได้สอบถามอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันมากที่สุดร้อยละ 94.2 รองลงมา คือ แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 74.2 อาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคตร้อยละ 70 ความรุนแรงของโรคผู้ป่วยร้อยละ 64.2 แนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วยและผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 60 การดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็นร้อยละ 57.5 และความเป็นไปได้ในการหายของโรคร้อยละ 55.8

1.2 การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนได้พิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมา คือ ความเชื่อทางศาสนา ร้อยละ 99.2 ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับร้อยละ 94.2 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยร้อยละ 88.3 ประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร้อยละ 84.2 ความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วยร้อยละ 80.8 ความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยร้อยละ 77.5 ความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการร้อยละ 45.8 ความเปล่าประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 41.7 และการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 18.3

1.3 การปฏิบัติในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนได้ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนและทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้มากที่สุดร้อยละ 88.3 และร้อยละ 82.5 ตามลำดับรองลงมา คือ มีการวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกร้อยละ 66.7 ผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกร้อยละ 64.2 แหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเพียงร้อยละ 51.7 รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผลและสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ร้อยละ 41.7 และ 39.2 ตามลำดับ

2. ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายร้อยละ 68.3 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 และตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5 รวมทั้งผู้ตัดสินใจแทนได้บอกผลการตัดสินใจของตนแก่ทีมสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมาคือครอบครัวและญาติ ร้อยละ 95 และผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13.3

3. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

3.1 การตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย

3.1.1 การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดร้อยละ 90 รองลงมาคือผู้ป่วยยังมีความหวังร้อยละ 60 อายุน้อยและมีโอกาสที่อาการจะดีขึ้นร้อยละ 20 และต้องการปฏิบัติตามความเชื่อร้อยละ 10

3.1.2 การตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 82.9 รองลงมา คือ ต้องการประคับประคองอาการของผู้ป่วยร้อยละ 42.9 อายุมากร้อยละ 22.9 ผู้ป่วยยังมีความหวังร้อยละ 17.1 ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมร้อยละ 8.6 ต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและการรักษาไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคร้อยละ 5.7 เท่ากัน และมีค่าใช้จ่ายมากในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 2.9

3.2 การตัดสินใจชีวิตผู้ป่วย

3.2.1 การตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 75.4 รองลงมา คือ การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยร้อยละ 26.2 ต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรมร้อยละ 23.1 โรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 13.9 อายุมากและเป็นภาระของครอบครัวร้อยละ 12.3 เท่ากัน ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยร้อยละ 10.8 ไม่มีเงินรักษาผู้ป่วยร้อยละ 9.2 และผู้ป่วยไม่มีความหวังที่จะหายจากโรคร้อยละ 7.7

3.2.2 การตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมและยกเลิกการรักษาบางอย่าง ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษามากที่สุดร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรคอยู่ในระยะสุดท้ายร้อยละ 85.7 อายุมากร้อยละ 28.6 ต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วย เป็นภาระของครอบครัว และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 14.3 เท่ากัน

3.2.3 การตัดสินใจยกเลิกการรักษาทั้งหมด ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุดร้อยละ 66.7 เท่ากัน รองลงมาคือต้องการทำตามเจตจำนงของผู้ป่วยร้อยละ 33.3

3.3 การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษามากที่สุดร้อยละ 62.2 เท่ากัน รองลงมา คือ เป็นไปตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพร้อยละ 48.8

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นข้อมูลให้พยาบาลได้ทราบว่าผู้ตัดสินใจแทนมีการตัดสินใจภายใต้กระบวนการหรือขั้นตอนของการตัดสินใจในแต่ละข้อเป็นอย่างไรบ้าง สามารถนำข้อมูลส่วนนี้มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในแต่ละด้าน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแทนอย่างครอบคลุม โดยใช้แนวทางของกระบวนการตัดสินใจในแต่ละข้อมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงเหตุผลหรือความเชื่อที่ผู้ตัดสินใจแทนใช้ในการตัดสินใจ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือในด้านของภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น เนื่องจากมีข้อคำถามบางข้อที่เมื่อนำไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเข้าใจถึงความหมายของคำถามซึ่งผู้วิจัยจะต้องอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือโดยการปรับมาตรการวัดเป็นช่วงมาตราเพื่อที่จะได้สามารถหาความสัมพันธ์ของกระบวนการตัดสินใจ ผลการตัดสินใจ และเหตุผลของการตัดสินใจ

3. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

4. ควรมีการทำวิจัยศึกษาเจาะลึกในข้อมูลเชิงคุณภาพถึงเหตุผลของการตัดสินใจ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจ รวมทั้งเหตุผล หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้ตัดสินใจแทนนำมาพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- กวีวัฒน์ วีรกุล. (2555). Autonomy อิศระในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล, กวีวัฒน์ วีรกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และวิเชียร ทองแดง (บรรณาธิการ), *จริยธรรมทางการแพทย์* (หน้า 121-132). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กัญญา สุทธิพงษ์. (2550). การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และความซับซ้อนใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต. (2556). ความหวัง. ใน กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล* (หน้า 79-94). สงขลา: บริษัท จอยปริ้นท์ จำกัด.
- กิติพล นาควิโรจน์. (2555). แนวทางการช่วยให้ผู้ที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจแทน (Power of attorney) ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาแทนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้. ค้นจาก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เว็บไซต์: http://www.thaifp.com/palliative/symptom/commu/commu_poa.html
- กรแก้วก่าพลศิริ. (2542). การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรายุ เนื่อน้อย. (2548). การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2553). ICU transitional care. ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และ ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical care at difficult time* (หน้า 20-31). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็น เทอร์ไพรซ์.
- ชาย โทษิตา. (ไม่ปรากฏปีพิมพ์). *ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา*. ค้นจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/.../Article05.htm>

- คูสัต สถาวร. (2545). การจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยวิกฤต. ใน อภิรักษ์ ภาลวัฒน์วิไชย, อติสร วงษา, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และอุษณา สุวีระ (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 6-12). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- คูสัต สถาวร. (2552). Patient's living will: Where should we stand?. ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical care: Towards optimal perfection* (หน้า 827-840). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็น เทอร์ไพรซ์.
- คูสัต สถาวร. (2554ก). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 313-326). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ อักษรสัมพันธ์.
- คูสัต สถาวร. (2554ข). Palliative care in the ICU setting. ใน ยูวเรสมคณ์ สิทธิชาญปัญญา, อุมารณ์ ไพศาลสุทธิเดช, ศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ (Nation forum of Paliative Care: The Harmony of Education to Service)* (หน้า 171-192). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.
- คูสัต สถาวร. (2554ค). Legal issues in end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 405 - 421). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ดวงพร หุ่นตระกูล. (2551). การปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต. ใน คณะจารย์สถาบันพระบรมชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 10, หน้า 258 - 283). นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์จำกัด.
- เดชปญโญ ภิกขุ. (2554). *อริยสัจ 4 หัวใจพุทธศาสนา*. ค้นจาก เว็บไซต์: <http://www.whatami.net>
- ทวีศักดิ์นพเกษร. (2551). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1 คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคนองค์กรชุมชนสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being with the dying)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิ.พรินท์ (1991) จำกัด.
- ธนัญญา สมัย. (2554). *ภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติและการรักษาด้วย pacemaker*. ค้นจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: <http://www.ns.mahidol.ac.th/English/th/departments/MN/th/med-km55-1.html>

- นโม เมตตานนโท. (2549). *ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน เมตตานนโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 5 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 15-134). กรุงเทพมหานคร: ชมรมชีวิตนิตารักษ์.
- นริสา สมะแอ, กิตติกร นิลมานันต์, วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2556). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 31-43.
- นิกิริหะนิจินิกิริ, อัญญา เชาวลิต, และอุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 431-439.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). *การบริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- บดินทร์ขวัญนิมิต. (2548). การรักษาระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในผู้ใหญ่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, 363-382.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). การสุ่มตัวอย่าง. ใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร (บรรณาธิการ), *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 180-214). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2542). ปฏิบัติการกู้ชีวิต. ใน จินตนา ศรินาวิน, สุมาลี นิมนานิตย์, และวันชัย วนะชีวันาวิน (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 257-272). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. (2535). *กฎหมายปัจจุบัน*. ค้นจาก คณะกรรมการพัฒนา
กฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เว็บไซต์:
<http://www.lawreform.go.th/lawreform/index.php>
- ประมวลกฎหมายอาญา. (2499). *พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499*. ค้นจาก
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเว็บไซต์:
<http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB06/%BB06-20-9999-update.pdf>
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2550). *คู่มือยา* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.
- ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์. (ไม่ปรากฏปีพิมพ์). *capacity*. ค้นจาก คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เว็บไซต์: <http://www.med.cmu.ac.th/secret/meded/MEDE5/MEDE5PDF/Chapter03%20MEDE05.pdf>

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2547). *เชื้อกรรมรู้กรรมแก้กรรม*(พิมพ์ครั้งที่ 1).

กรุงเทพมหานคร: ส่องสยาม.

พระไพศาล วิสาโล. (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.

พระไพศาล วิสาโล. (2554ก). *เผชิญความตายด้วยใจสงบ*. ใน *นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ (บรรณาธิการ), เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 2*(พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 13-18). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.

พระไพศาล วิสาโล. (2554ข). *ธรรมะสำหรับผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.

พระไพศาล วิสาโล. (2554ค). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ*. ใน *พระไพศาล วิสาโล (บรรณาธิการ), เหนือความตาย จากวิกฤตสู่โอกาส* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 19-40). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.

พระไพศาล วิสาโล. (2554ง). *ความตาย: กระบวนทัศน์ที่แปรเปลี่ยน*. ใน *พระไพศาล วิสาโล (บรรณาธิการ), เหนือความตาย จากวิกฤตสู่โอกาส* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 59-76). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.

พระไพศาล วิสาโล. (2554จ). *ตายดีมีสุข*. ใน *พระไพศาล วิสาโล (บรรณาธิการ), เหนือความตาย จากวิกฤตสู่โอกาส* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 15-18). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค. (2556). *พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2556*. ค้นจาก ราชกิจจานุเบกษา เว็บไซต์:

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2556/A/025/4.PDF>

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. ค้นจาก กระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์: http://www.moph.go.th/hot/national_health_50.pdf

พรเลิศ นัตรแก้ว. (2554). *Advance Care Planning and Living Will*. ใน *วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒน์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรทัต ณ อุทยา, และไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันมรณะ ใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 169-188). กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี บจก.

พัชรี ชูทิพย์. (2547). *การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ยุวนิดา อารามมณเฑียร, กิตติกร นิลมานันต์, และพัชรียา ไชยลังกา. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(4), 33-43.
- รจนา วิริยะสมบัติ, และจารุณี วาระหัส. (2558). ผู้สูงอายุ: มิติด้านจิตวิญญาณ. สงขลา: เลิศวิถีการพิมพ์.
- รัชฎา แก่นสาร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 12, หน้า 334-558). นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์จำกัด.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2550). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย*. ค้นจาก สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน เว็บไซต์:
<http://www.ombudsman.go.th/10/documents/law/Constitution2550.pdf>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. ค้นจากราชบัณฑิตยสถาน เว็บไซต์: <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2555). Ethical issue at the end-of-life ประเด็นทางจริยธรรมในวาระสุดท้ายของชีวิต. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล, กวีวัฒน์ วีรกุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และวิเชียร ทองแดง (บรรณาธิการ), *จริยธรรมทางการแพทย์* (หน้า 183-200). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วารารณ์ คงสุวรรณ. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี*. สงขลา: สำนักพิมพ์เมืองการพิมพ์
- วรรณสิทธิ์ ไวทยะเสวี. (2555). *คู่มือการศึกษาพระอภิธรรมมัตถสังคหะ 9 ปริจเฉท*. มูลนิธิเนบมหานิรันนท. ค้นจากเว็บไซต์: <http://www.ebooks.in.th/ebook/7196/>
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). ผู้สูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 50-60). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธาราเพรส จำกัด.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี. (2553). จิตวิญญาณ ระยะสุดท้ายของชีวิตและความตาย. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-21). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธาราเพรส จำกัด.

- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553ก). วัยกลางคน. ใน ศรีเรือน แก้วกังวาล (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ (เล่ม 2)* (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 468-531). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553ข). วัยสูงอายุ. ใน ศรีเรือน แก้วกังวาล (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ (เล่ม 2)* (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 535-636). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เศรษฐพงศ์ บุญศรี. (2557). *ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (neuromuscular blocking agent)*. ค้นจากภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เว็บไซต์: <http://www.med.cmu.ac.th/musclerelaxant>
- สง่า ลือชาพัฒน์พร. (2554). *เพื่อรอยยิ้มเมื่อสิ้นลม ประสบการณ์ของ กานดาวศรี ตูลาธรรมกิจ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2552). หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส, และ ไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ), *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 25 - 62). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เดือนตุลา.
- สันฐิติ โมรากุล. (2552). Surviving Sepsis Campaign: Initial Resuscitation. ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical Care: The model of Holistic Approach 2008-2009* (หน้า33-48). กรุงเทพมหานคร: บ. บีขอนแก่นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care)*. ค้นจากเว็บไซต์: <http://visitdrsant.blogspot.com/2010/07/end-of-life-care.html>
- สารภีรังษิโกศย์, นัยนาพิพัฒน์วิชชาและรวีวรรณเผ่ากัณหา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1), 43-55.
- สิวลี ศิริไธ. (2556). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต. (2556). ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย. Proceeding ใน การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย วันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2556 ณ มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, 51-59.

- สุจิตรา อ่อนค้อม. (2552). บทที่ 3 พระพุทธศาสนา. ใน สุจิตรา อ่อนค้อม (บรรณาธิการ), *ศาสนาเปรียบเทียบ* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 51-183). กรุงเทพมหานคร: บริษัท สหธรรมิก จำกัด.
- สุภาวดี วรพันธุ์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- แสวงบุญเฉลิมวิภาสและอเนก ชมจินดา. (2546). *กฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- สมชาย ฐานวุฑโฒ. (2553). *สัปดาห์ปริศนธรรม 7: ธรรมที่ทำให้คนเป็นสัตว์บุรุษ*. ค้นจากเว็บไซต์: http://www.dmc.tv/pages/top_of_week/สัปดาห์ปริศนธรรม-7.html
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสถานะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: สำนัก. ค้นจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ เว็บไซต์: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mentalHealthSum54.pdf>
- สำนักบริหารยุทธศาสตร์. (2557). *แผนพัฒนากลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน (พ.ศ. 2557 – 2560) ฉบับทบทวนใหม่ (รอบปี พ.ศ. 2560)*. กรุงเทพมหานคร: สำนัก. ค้นจาก สำนักบริหารยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน เว็บไซต์: www.osmsouth-border.go.th/files/gover/20160524_yqwkdyzx.doc
- อนุชิต ดวงพรหม, นลองชัยอดกกลิ่น, โยธิน ญาณประดับ, และวารุณี จิตต์รัตน์. (2555). *ทำบุญไหว้พระ พุทธทำนวย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รุ่งเรืองวิริยะพัฒนาโรงพิมพ์ จำกัด.
- อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร. (2552). *การลดลงของครอบครัวสามชั่ววัยในสังคมไทย: นัยเชิงนโยบาย*. ค้นจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เว็บไซต์: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article05_ThreeGeneration.pdf
- อรัญญา เชาวลิต. (2547). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 147- 162). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2556). ไครควรรัดคตินใจ: ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ และคูสิต สดาวรร (บรรณาธิการ), *The dawn of palliative care in Thailand* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 91-97). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

- อาทร สรรพานิช.(2554). หลักการของเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ. ใน *ขงยุทธ ขจรปรีดานนท์* (บรรณาธิการ), *อุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต*(พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 333-352). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอสทีซี มีเดีย แอนด์ มาเก็ตติ้ง.
- เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ. (2552).กฎหมายการแพทย์ที่ควรทราบในการดูแลผู้ป่วยหนัก. ใน *เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล* (บรรณาธิการ), *Critical care: The model of holistic approach 2008-2009* (หน้า604-655). กรุงเทพมหานคร: บ. บีขอนแก่น เ็นเทอร์ ไพร์ซ์ จำกัด.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต. ค้นจากเว็บไซต์: www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload.../Palliative_Care.pdf
- Austin Health. (2011). *Life Prolonging Treatment Policy. A guide to life prolonging treatment and limitation of treatment*. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/02/Austin-limitation-of-treatment-policy.pdf>http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%90%E0%B8%98%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B9%E0%B8%8D%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%B2%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2_%E0%B8%9E.%E0%B8%A8._2550
- Australian and New Zealand Intensive Care Society. (2014). *ANZICS Statement on Care and Decision-Making at the End of Life for the Critically Ill*. Retrieved from <http://www.anzics.com.au/Downloads/ANZICS%20Statement%20on%20Care%20and%20Decision-Making%20at%20the%20End%20of%20Life%20for%20the%20Critically%20Ill.pdf>
- Badger, J. M. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *American Journal of Critical Care, 14*, 513-521.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (2000). End-of-life decisions in adult intensive care: Current research base and directions for future. *Nursing Outlook, 48*(4), 158-164.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Nonmaleficence. In T. L. Beauchamp, & J. F. Childress (Eds.), *Principles of biomedical ethics* (5th., pp. 113-164). New York, England: Oxford University press.

- Beca, J. P., & Astete, C. (2011). End of life treatment decision making. In R. Abraham (Ed.), *Bioethics in the 21st Century* (chap. 2). Retrieved from: <http://www.intechopen.com/books/bioethics-in-the-21st-century>
- 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), 38-45.
- Beckstrand, R. L., Kirchhoff, K. T. (2005). Providing end-of-life care to patient: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care, 14*, 395-403.
- Berger, J. T., Derenzo, E. G., Schwartz, J. (2008). Surrogate decision making: Reconciling ethical theory and clinical practice. *Annals of Internal Medicine, 149*(1), 48-53.
- Bernat, J. L. (2005). Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocritical Care, 2*, 198-205.
- Bishop, L., Dougherty, L., Bodenham, A., Mansi, J., Crowe, P., Kibbler, C., ...Treleaven, J. (2007). Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. *International Journal of Laboratory Hematology, 29*, 261-278.
- Blinderman, C. D., & Billings, J. A. (2015). Comfort care for patients dying in the hospital. *New England Journal of Medicine, 373*, 2549-2561.
- Bocharov, M. V., & Kahn, J. M. (2012). New obstacles to improving the quality of end-of-life care in ICU. *Critical Care, 16*(1), 1-3.
- Browning, A. M. (2010). Life-support technology and the dying experience: Implications for critical care nursing practice. *Dimensions of Critical Care Nursing, 29*, 230-237.
- Carlet, J., Thijs, L.G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., ...Thompson, B.T. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU statement of the 5th international consensus conference in critical care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Medicine, 30*, 770-784.
- Carson, R. C., Juszczak, M., Davenport, A., & Burns, A. (2009). Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease?. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4*(10), 1611-1619.

- Chan, T. W., Poon, E., & Hegney, D. G. (2011). What nurses need to know about Buddhist perspectives of end-of-life care and dying?. *Progress in Palliative Care, 19*(2), 61-65.
- Chan, T. K., & Tipoe, G. L. (2014). The best interests of persistently vegetative patients: To die rather than to live?. *Journal of Medical Ethics, 40*, 202-204.
- Chang, Y., Huang, C.F., & Lin, C.C. (2010). Do-not-resuscitate orders for critically ill patient in intensive care. *Nursing Ethics, 17*, 445-455.
- Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Downing, G.M., Intaratat, P., Lesperance, M., & Leutrakul, S. (2012). Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the palliative performance scale (PPSv2). *Palliative Medicine, 26*, 1034-1041.
- Chidwick, P., Sibbald, R., & Hawryluck, L. (2013). Best interests at end of life: An updated review of decisions made by the Consent and Capacity Board of Ontario. *Journal of Critical Care, 28*(1), 22-27.
- Chouliara, Z., Kearney, N., Stott, D., Molassiotis, A., & Miller, M. (2004). Perceptions of older people with cancer of information, decision making and treatment: A systematic review of selected literature. *Annals of Oncology, 15*, 1596-1602.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies, 25*, 663-683.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., ... & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 31*, 2255-2262.
- Clayton, J., Fardell, B., Hutton-Potts, J., Webb, D., & Chye, R. (2003). Parenteral antibiotics in a palliative care unit prospective analysis of current practice. *Palliative Medicine, 17*(1), 44-48.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society, 103*, 1965-1975.
- Cook, D., Rocker, G., Marshall, J., Sjkovist, P., Dodek, P., Griffith, L., ...Guyatt, G. (2003). Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine, 349*, 1123-1132.

- Cooke, C. R., Hotchkin, D. L., Engelberg, R. A., Rubinson, L., & Curtis, J. R. (2010). Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the ICU. *Chest Journal*, 138, 289-297.
- Curtis, J. R., & Vincent, J. L. (2010). Critical care ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*, 376, 1347-1353.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- De Vos, M. A., van der Heide, A., Maurice-Stam, H., Brouwer, O. F., Plotz, F. B., Schouten-van Meeteren, A. Y., ...Bos, A. P. (2011). The process of end-of-life decision making in pediatrics: A national survey in the Netherlands. *Pediatrics*, 127, 1004-1012.
- Dougherty, L. (2006). *Central venous access devices: Care and management*. Oxford, PA: Wiley Blackwell.
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patient attitude toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 61-65.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Emanuel, L, & Scandrett, K.G. (2010). Decisions at the end of life have we come of age. *Biomed Central Medicine*, 8(1), 1-8.
- Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P., & Lemaire, F. (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: A prospective survey. *The Lancet*, 357, 9-14.
- Fife, R., Shapiro, R.A., & Weinreb, N.J. (2002). Physician-assisted suicide and euthanasia. In M. K. Barry, J. W. Neil, & J. W. Neal (Eds.), *20 common problems: End of life care* (pp. 365-383). New York, England: McGraw-hill.
- Fisher, M., & Ridley, S. (2012). Uncertainty in end-of-life care and shared decision making. *Critical Care and Resuscitation*, 14(1), 81-87.
- Gerstel, E., Engelberg, R. A., Koepsell, T., & Curtis, J. R. (2008). Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 178, 798-804.

- Gesang, B. (2007). Passive and active euthanasia: What is the difference?. *Medicine Health Care and Philosophy, 11*(2), 175-180.
- Glavan, B. J., Engelberg, R. A., Downey, L., & Curtis, J. R. (2008). Using the medical record to evaluate the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 36*, 1138-1146.
- Graw, J. A., Spies, C. D., Wernecke, K. D., & Braun, J. P. (2012). Managing end-of-life decision making in intensive care medicine a perspective from Charite Hospital, Germany. *Plos One Journal, 7*(10), 1-8.
- Gries, C. J., Curtis, J. R., Wall, R. J., & Engelberg, R. A. (2008). Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest, 133*, 704-712.
- Gunduz, S., Unal, D., & Ozdogan, M. (2014). Use of blood transfusion at the end of life: Does it have any effects on survival of cancer patients?. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15*, 4251-4254.
- Gutierrez, K. M. (2013). Prognostic categories and timing of negative prognostic communication from critical care physicians to family members at end of life in an intensive care unit. *Nursing Inquiry, 20*, 232-244.
- Guyatt, G., Cook, D., Weaver, B., Rocker, G., Dodek, P., Sjokvist, P., ... & Levy, M. (2003). Influence of perceived functional and employment status on cardiopulmonary resuscitation directives. *Journal of Critical Care, 18*(3), 133-141.
- Hansen, L., Press, N., Rosenkranz, S. J., Baggs, J. G., Kendall, J., Kerber, A., ... & Chesnutt, M. S. (2012). Life sustaining treatment decisions in the ICU for patients with ESLD: A prospective investigation. *Research in Nursing & Health, 35*, 518-532.
- Hermann, C. P., & Looney, S. W. (2011). Determinants of quality of life in patients near the end of life: A longitudinal perspective. *Oncology Nursing Forum, 38*(1), 23-31.
- Hilden, H. M., & Honkasalo, M. L. (2006). Finnish nurses' interpretations of patient autonomy in the context of end-of-life decision making. *Nursing Ethics, 13*(1), 41-51.
- Hillman, K. M. (2012). Limitations at the end of life. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 186*, 581-582.
- Holley, J. I., (2011). Palliative care and withholding and withdrawing dialysis. *Dialysis & Transplantation, 40*(4), 154-155.

- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the end of life. *Intensive and Critical Care Nursing, 23*, 331-341.
- Huddle, T. S., & Bailey, F. A. (2012). Pacemaker deactivation: Withdrawal of support or active ending of life. *Theoretical Medicine and Bioethics, 33*, 421-433.
- Jonseb, A.R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine* (7th ed.). New York, England: McGraw-Hill.
- Kapa, S., Mueller, P. S., Hayes, D. L., & Asirvatham, S. J. (2010). Perspectives on withdrawing pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator therapies at end of life: Results of a survey of medical and legal professionals and patients. *Mayo Clinic Proceedings, 85*, 981-990.
- Kenny, N.P. (2011). Responding to requests for euthanasia and physician assisted suicide. In L. E. Linda, & S. L. Lawrence (Eds.), *Paliative care core skills and clinical competencies* (2nd ed., pp. 284-299). St. Louis, MO: Saunders.
- Kinzbrunner, B.M., Weinreb, N. J., & Policzer, J. S. (2002). Predicting prognosis: How to decide when end of life care is needed?. In M. K. Barry, J. W. Neil, & J. W. Neal (Eds.), *20 common problems: End of life care* (pp. 3-28). New York, England: McGraw-hill.
- Kirk, R. E. (1995). *Experimental design: Procedure for the behavioral science* (3rd ed., pp. 51). Boston: Brooks cole publishing company.
- Kompanje, E. J. O., Van der Hoven, B., & Bakker, J. (2008). Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end-of-life. *Intensive Care Medicine, 34*, 1593-1599.
- Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*, 329-336.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care, 17*(3), 151-159.
- Kongsuwan, W., & Matchim, Y. (2012). End-of-life decision making: An exemplar story in nursing practice in an ICU. *Songklanagarind Journal of Nursing, 32*(2), 56-68.

- Kranidiotis, G., Gerovasili, V., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Vasileiadis, I., Magira, E., ... & Clouva-Molyvdas, P. M. (2010). End-of-life decisions in Greek intensive care units: A multicenter cohort study. *Critical Care, 14*(6), 1-9.
- Kwok, T., Twinn, S., & Yan, E. (2007). The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments. *Journal of Advanced Nursing, 58*, 256-262.
- Leclaire, M. M., Oakes, J. M., & Weinert, C. R. (2005). Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest Journal, 128*, 1728-1735.
- Lee, J. K., Keam, B., An, A. R., Kim, T. M., Lee, S. H., Kim, D. W., ...Heo, D. S. (2012). Surrogate decision making in Korean patients with advanced cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer, 21*(1), 183-190.
- Leibovitz, A., Baumohl, Y., Walach, N., Kaplun, V., Sigler, E., Balan, S., & ...Hobot, B. (2004). Medical staff attitudes: Views and positions regarding blood transfusion to terminally ill cancer patients. *American Journal of Clinical Oncology, 27*, 542-546.
- Limerick, M.H. (2007). The process used by surrogate decision makers to withhold and withdraw life sustaining measures in an intensive care environment. *Oncology Nursing Forum, 34*, 331-339
- Lind, R., Lore, G. F., Nortvedt, P., & Hevroy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process perspectives of relatives. *Nursing Ethics, 19*, 666-676.
- Locsin, R.C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in Southern Thailand. *Nursing in Critical Care, 18*, 200-211.
- Mahambrey, T., & Fowler, R. (2004). What factors are associated with decisions to withdraw mechanical ventilation in the intensive care unit?. *Canadian Medical Association Journal, 170*, 466.
- Manasurakarn, J., Chaowalit, A., Suttharangsee, W., Isaramalai, S., & Geden, E. (2008). Values underlying end-of-life decisions of Thai buddhist patients and their families. *Songklanagarind Medical Journal, 26*, 549-559.
- Mani, R.K. (2003). *Limitation of life support in the ICU: Ethical issues relating to end of life care*. Retrieved from <http://www.ijccm.org>

- McCullough, E. (2011). Is there hope for a peaceful death?. *Journal of Palliative Medicine*, *14*, 380-380.
- Mehta, R.S., Anderson, W.G., Hunt, S., Chaitin, E.K., & Arnold.R.M. (2011). Withholding and withdrawing life-sustaining therapies. In L. E. Linda, & S. L. Lawrence (Eds.), *Paliative care core skills and clinical competencies* (2nd ed., pp. 300-318). St. Louis, MO: Saunders.
- Meng, J., Lu, X. B., Tang, Y. X., Sun, G. P., Li, X., Yan, Y. F., ...Li, X. X., (2013). Effects of allogeneic blood transfusion in patients with stage II colon cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *14*, 347-350.
- Mercurio, M. R. (2006). Parental authority, patient's best interest and refusal of resuscitation at borderline gestational age. *Journal of Perinatology*, *26*, 452-457.
- Meriman, M.P. (2002). Measuring outcomes and quality of life. In M. K. Barry, J. W. Neil, & J. W. Neal (Eds.), *20 common problems: End of life care* (pp. 73-88). New York: McGraw-hill.
- 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*, 486-498.
- Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients' preferences. *Bio Med Central Medical Ethics*, *7*(1), 1-9.
- Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., ...Uchitomi, Y. (2004). Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Supportive Care in Cancer*, *12*, 885-889.
- Mrad, F. A., Mourad, C., Najem, C. (2012). Depressive symptoms among surrogate decision makers in Lebanese ICUs. *Functional Neurology*, *27*(2), 95-99.
- Mueller, P. S., Hook, C. C., & Hayes, D. L. (2003). Ethical analysis of withdrawal of pacemaker or implantable cardioverter defibrillator support at the end-of-life. *Mayo Clinic Proceedings*, *78*, 959-963.

- Nava, S., Sturani, C., Hartl, S., Magni, G., Ciontù, M., Corrado, A., ...Simonds, A. (2007). End of life decision making in respiratory intermediate care units: A European survey. *European Respiratory Journal*, 30(1), 156-164.
- New South Wales Government. (2005). *Guidelines for end-of-life care and decision-making*. Geneva: NSW government. Retrieved from http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf
- Norton, S.A., Tilden, V.P., Tolle, S.W., Nelson, C.A., & Eggman, S.T. (2003). Life support withdrawal: Communication and conflict. *American Journal of Critical Care*, 12, 548-555.
- Pantilat, S. (2008). *Advance directives*. Retrieved from http://missinglink.ucsf.edu/lm/ethics/Content%20Pages/fast_fact_advance%20directive.htm
- Pantilat, S. Z., & Isaac, M. (2008). End of life care for the hospitalized patient. *Medical Clinics of North America*, 92, 349-370.
- Pattison, N. (2004). Integration of critical care and palliative care at end-of-life. *British Journal of Nursing*, 13(3), 132-139.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed., pp. 328-350). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Quinn, J. R., Schmitt, M., Baggs, J. G., Norton, S. A., Dombeck, M. T., & Sellers, C. R. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 21(1), 43-51.
- Rich, K. L. (2013). Introduction to bioethics and ethical decision making. In J. B. Butts, & K. L. Rich (Eds.), *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice* (3rd., pp. 31-68). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Romain, M., & Sprung, C. L. (2014). End-of-life practices in the intensive care unit: The importance of geography, religion, religious affiliation, and culture. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 5(1), 1-7.
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The role of palliative care at the end of life. *The Ochsner Journal*, 11, 348-352.

- Rosenfeld, K.E., Wenger, N.S., & Kagawa-Singer, M. (2000). End-of-life decision making. *Journal of General Internal Medicine, 15*, 620-625.
- Rubinfeld, G. D. (2004). Principles and practice of withdrawing life sustaining treatments. *Critical Care Clinics, 20*, 435-451.
- Sanford, J., Townsend, R, J., Horigan, A., & Hall, P. (2011). A process of decision making by caregivers of family members with heart failure. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 25*(1), 55-70.
- Schuklenk, U., Van Delden, J. J., Downie, J., Mclean, S. A., Upshur, R., & Weinstock, D. (2011). End-of-Life decision making in Canada: The report by the Royal Society of Canada Expert Panel on end-of-life decision making. *Bioethics, 25*(1), 1-73.
- Schulman-Green, D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2005). Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. *American Journal of Critical Care, 14*(1), 64-70.
- Sibbald, W. R. & Chidwick, P. (2010). Best interests at end-of-life: A review of decisions made by the Consent and Capacity Board of Ontario. *Journal of Critical Care, 25*(1), 1-7.
- Siegel, M. D. (2009). End-of-life decision making in the ICU. *Clinics in Chest Medicine, 30*(1), 181-194.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y., & Langa, K. M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New England Journal of Medicine, 362*, 1211-1218.
- Sinuff, T., Cook, D. J., Rocker, G. M., Griffith, L. E., Walter, S. D., Fisher, M. M., ... Guyatt, G. H. (2004). DNR directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Canadian Journal of Anesthesia, 51*, 1034-1041.
- Sittisombut, S., & Inthong, S. (2009). Surrogate decision maker for end-of-life care in terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital. *Thailand International Journal of Nursing Practice, 15*(2), 119-125.
- Stacy, K. M. (2012). Withdrawal of life sustaining treatment: A case study. *Critical Care Nurse, 32*(3), 14-24.

- Starks, H., Vig, E.K., & Pearlman, R.A. (2011). Advance Care Planning. In L. E. Linda, & S. L. Lawrence (Eds.), *Paliative care core skills and clinical competencies* (2nd ed., pp. 270-283). St. Louis, MO: Saunders.
- Stiel, S., Krumm, N., Pestinger, M., Lindena, G., Nauck, F., Ostgathe, C., ...Elsner, F. (2012). Antibiotics in palliative medicine results from a prospective epidemiological investigation from the HOPE survey. *Support Care Cancer*, 20, 325-333.
- Sullivan, M. D. (2003). Hope and hopelessness at the end-of-life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 393-405.
- Sulmasy, D. P., & Snyder, L. (2010). Substituted interests and best judgments. *The Journal of the American Medical Association*, 304, 1946-1947.
- Sykes, N., & Thorns, A. (2003). Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Archives of Internal Medicine*, 163, 341-344.
- Tamura, M. K., Covinsky, K. E., Chertow, G. M., Yaffe, K., Landefeld, C. S., & McCulloch, C. E. (2009). Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *New England Journal of Medicine*, 361, 1539-1547.
- Thelen, M. (2005). End-of-life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*, 25(6), 28-37.
- Tilden, V. P., Tolle, S. W., Nelson, C. A., & Fields, J. (2001). Family decision making to withdraw life sustaining treatments from hospitalized patients. *Nursing Research*, 50(2), 105-115.
- Torke, A. M., G Caleb Alexander MD, M. S., & Lantos, J. (2008). Substituted judgment: The limitations of autonomy in surrogate decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1514-1517.
- Treece, P. D., Engelberg, R. A., Crowley, L., Chan, J. D., Rubenfeld, G. D., Steinberg, K. P., ...Curtis, J. R. (2004). Evaluation of a standardized order form for the withdrawal of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32, 1141-1148.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509.

- Vig, E. K., Taylor, J. S., Starks, H., Hopley, E. K., & Edwards, K. F. (2006). Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end of life decision making. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1688-1693.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). Content analysis. In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & E. R. Lenz (Eds.), *Measurement in nursing and health research* (4th ed., pp. 279-286). New York, England: Gasch printing.
- Watson, L.Z., Ditto, P. H., Danks, J. H., & Smucker, W. D. (2008). Actual and perceived gender differences in the accuracy of surrogate decisions about life sustaining medical treatment among older spouses. *Death Studies, 32*(3), 273-290.
- Whellan, D. J., Goodlin, S. J., Dickinson, M. G., Heidenreich, P. A., Jaenicke, C., Stough, W. G., ... Rich, M. W. (2014). End-of-life care in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 20*(2), 121-134.
- White, D. B. (2011). Rethinking interventions to improve surrogate decision making in intensive care units. *American Journal of Critical Care, 20*, 252-257.
- White, D. B., Curtis, J. R., Lo, B., & Luce, J. M. (2006). Decisions to limit life sustaining treatment for critically ill patients who lack both decision making capacity and surrogate decision makers. *Critical Care Medicine, 34*, 2053-2059.
- Wiegand, D. L. M. (2006). Withdrawal of life sustaining therapy after sudden, unexpected life threatening illness or injury: Interactions between patients' families, healthcare providers, and the healthcare system. *American Journal of Critical Care, 15*(2), 178-187.
- Wiegand, D. L. M., & Kalowes, P. G. (2007). Withdrawal of cardiac medications and devices. *AACN Advanced Critical Care, 18*, 415-425.
- World Health Organization. (2002). *Definition of palliative care*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yeun, E. (2005). Attitudes of elderly Korean patients toward death and dying: An application of Q-methodology. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 871-880.
- Zerwekh, J. V. (2006). Ethical issues at the end of life. In J. V. Zerwekh (ed.), *Nursing care at the end of life: Palliative care for patients and families* (1st ed., pp. 197-211). Philadelphia: F. A. Davis Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 27 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 5 ตอน ตอนที่ 1 มีทั้งหมด 2 ข้อ ตอนที่ 2 มีทั้งหมด 2 ข้อ ตอนที่ 3 มีทั้งหมด 3 ข้อ ตอนที่ 4 มีทั้งหมด 1 ข้อ และตอนที่ 5 มีทั้งหมด 3 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุดหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หย่า/หม้าย
4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. นักเรียน/นักศึกษา () 3. รับจ้าง () 4. ธุรกิจส่วนตัว () 5. เกษตรกร () 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 7. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้บาทต่อเดือน
7. สิทธิการรักษาพยาบาล () 1. จ่ายเงินเอง () 2. เบิกได้ () 3. ประกันสุขภาพ () 4. ประกันสังคม
8. การวินิจฉัยโรค (สำหรับผู้ป่วย).....
.....
9. โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังของผู้ป่วย.....
10. การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า (advance directive) () 1. ไม่มี () 2. มี ได้แก่ (ระบุ).....
.....
11. ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตครั้งนี้วัน
12. อาการปัจจุบันของผู้ป่วย (สำหรับผู้ป่วย)

สัญญาณชีพ

อุณหภูมิร่างกาย = องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต = มิลลิเมตรปรอท

อัตราการหายใจ = ครั้งต่อนาที

อัตราการเต้นของหัวใจ = ครั้งต่อนาที

13. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน (สำหรับผู้วิจัย)

() 1. การให้ออกซิเจน

() 1.1 ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ระบุ)

() 1.2 ใส่ท่อช่วยหายใจ

() 2. การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 3.1 ลิโวเฟด (levophed)

() 3.2 โดพามีน (dopamine)

() 3.3 โดบูทามีน (dobutamine)

() 3.4 อะดรีนาลีน (adrenaline)

() 3. การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

() 4. การให้อาหารและสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ

() 4.1 การให้อาหารทางสายยาง

() 4.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

() 4.3 การให้อาหารทางสายยางและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

() 4.4 อื่นๆ (ระบุ)

() 5. การให้เลือด

() 6. การให้ยาปฏิชีวนะ

() 7. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

() 8. การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

() 9. การให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 9.1 เฟนทานิล (fentanyl)

() 9.2 มิคาโซแลม (midazolam)

() 9.3 มอร์ฟีน (morphine)

() 9.4 อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้าย
ของชีวิต

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดหรือเติมข้อความในช่องว่าง
ที่กำหนด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หย่า/หม้าย
4. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา
() 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. นักเรียน/นักศึกษา
() 3. รับจ้าง () 4. ธุรกิจส่วนตัว
() 5. เกษตรกร () 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 7. อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้บาทต่อเดือน
7. ความเพียงพอของรายได้ () 1. เพียงพอ
() 2. ไม่เพียงพอ
8. แหล่งรายได้ของครอบครัว () 1. บิดาหรือมารดา
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () 2. สามีหรือภรรยา
() 3. ตนเอง
() 4. อื่นๆ (ระบุ)
9. บทบาทของท่านในครอบครัว () 1. หัวหน้าครอบครัว
() 2. สมาชิกในครอบครัว
10. ลักษณะครอบครัว () 1. ครอบครัวเดี่ยว
() 2. ครอบครัวขยาย

11. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย
- () 1. บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย
 - () 2. สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย
 - () 3. บุตรของผู้ป่วย
 - () 4. พี่หรือน้องของผู้ป่วย
 - () 5. หลานของผู้ป่วย
 - () 6. อื่นๆ (ระบุ)
12. ท่านมีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่
- () 1. ไม่มี
 - () 2. มี การตัดสินใจในระยะสุดท้ายกับใคร (ระบุ)
13. ในการตัดสินใจครั้งนี้ท่านได้ตัดสินใจด้วยตนเองหรือได้ปรึกษาใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1. ตนเอง
 - () 2. ปรึกษากับทีมสุขภาพ
 - () 3. ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว (ระบุ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

ปฏิบัติหมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความในข้อนี้ๆ

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการหายของโรค		
2. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วย		
3. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย		
4. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย		
5. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต		
6. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็น		
7. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน		
8. ท่านได้สอบถามถึงสุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย		
9. ท่านได้พิจารณาถึงความเปล่าประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย		
10. ท่านได้พิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย		
11. ท่านได้พิจารณาถึงความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ		
12. ท่านได้พิจารณาถึงความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ		

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
13. ท่านได้พิจารณาความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย ได้แก่ กฎแห่งกรรม ความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงและไม่สามารถกำหนดชีวิต อายุ ความเจ็บป่วย เวลา และสถานที่ที่จะเสียชีวิตได้		
14. ท่านได้พิจารณาถึงความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ		
15. ท่านได้พิจารณาถึงคุณภาพชีวิตจากการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย		
16. ท่านได้พิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย		
17. ท่านได้พิจารณาถึงการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย		
18. ท่านได้พิจารณาถึงความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย		
19. ท่านได้พิจารณาถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย		
20. ท่านได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วย		
21. ท่านได้วิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		
22. ท่านได้วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		
23. ท่านได้วิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		
24. ท่านได้วิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		
25. ท่านได้วิเคราะห์ถึงแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือท่าน เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยจิตเวช หน่วยสังคมสงเคราะห์ และหน่วยสิทธิประโยชน์		
26. ท่านได้ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		
27. ท่านได้ปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ท่านได้คิดไว้		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
ไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ท่านตัดสินใจอย่างไรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- () 1. ตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย (หากท่านเลือกข้อนี้ให้ทำตอนที่ 2 ต่อไป)
- () 2. ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย (หากท่านเลือกข้อนี้ให้ข้ามไปทำตอนที่ 3 ต่อไป)

ตอนที่ 2 ท่านตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยในรูปแบบไหน (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

- () 1. ท่านตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่าง

เหตุผล.....

.....

.....

.....

- () 2. ท่านตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วยหรือเลือกการรักษาเพียงบางอย่าง

เหตุผล.....

.....

.....

.....

การรักษาที่ท่านเลือกเพื่อรักษาผู้ป่วย คือ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 2.1 การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ
- () 2.2 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ
- () 2.3 การช่วยฟื้นชีวิต
- () 2.4 การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- () 2.5 การให้อาหารและสารน้ำ
- () 2.6 การให้เลือด
- () 2.7 การให้ยาปฏิชีวนะ
- () 2.8 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- () 2.9 การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ตอนที่ 3 ท่านตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยในรูปแบบไหน (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)

() 1. ท่านตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน

เหตุผล.....

.....

.....

.....

การรักษาที่ท่านไม่ต้องการเพิ่มเติม คือ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1.1 การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ
- () 1.2 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ
- () 1.3 การช่วยฟื้นชีวิต
- () 1.4 การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- () 1.5 การให้อาหารและสารน้ำ
- () 1.6 การให้เลือด
- () 1.7 การให้ยาปฏิชีวนะ
- () 1.8 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- () 1.9 การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

() 2. ท่านตัดสินใจไม่รับการรักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างอื่นและยกเลิกการรักษาบางอย่าง

เหตุผล.....

.....

.....

การรักษาที่ท่านต้องการยกเลิก คือ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 2.1 การใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ
- () 2.2 การให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ
- () 2.3 การช่วยฟื้นชีวิต
- () 2.4 การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- () 2.5 การให้อาหารและสารน้ำ
- () 2.6 การให้เลือด
- () 2.7 การให้ยาปฏิชีวนะ
- () 2.8 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- () 2.9 การแทงสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

() 3. ท่านตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

เหตุผล.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 ท่านตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย

เหตุผล.....

.....

.....

.....

() ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย

การรักษาที่ท่านเลือกเพื่อความสบายคือ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 3.1 การให้ยานอนหลับ

() 3.2 การให้ยาแก้ปวด

() 3.3 อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 5 ท่านได้บอกผลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของท่านแก่ใคร (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ผู้ป่วย

() 2. ครอบครัวและญาติ

() 3. ทีมสุขภาพ

ภาคผนวก ข

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามในแบบสอบถามกับมโนทัศน์ของตัวแปรนั้นๆ หรือคำถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปรหรือไม่ โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็น 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิด
- 2 หมายถึง คำถามเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดบางส่วน ต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก
- 3 หมายถึง คำถามค่อนข้างเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง คำถามเกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดมาก

I-CVI (item level content validity index) หมายถึง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อโดยคำนวณจากจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนความคิดเห็นในข้อคำถามนั้นระดับ 3 และ 4หารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012)

S-CVI (scale level content validity index) หมายถึง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งชุด สามารถคำนวณได้ 2 วิธี (Polit & Beck, 2012) คือ

วิธีที่ 1 คำนวณจากจำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนความคิดเห็นในข้อคำถามนั้นระดับ 3 และ 4 หารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด วิธีการนี้เรียกว่า S-CVI/UA (universal agreement) แต่ทั้งนี้วิธีดังกล่าวเป็นวิธีที่เข้มงวดเกินไปและเป็นการยากที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยในทุกๆ ข้อของแบบสอบถามเพราะความคิดเห็นอาจเกิดขึ้นจากอคติหรือความไม่เข้าใจ

วิธีที่ 2 เรียกว่า S-CVI/Ave (average scale level content validity index) โดยคำนวณจากค่า CVI ซึ่งเฉลี่ยแล้วในทุกรายการหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.9 ขึ้นไปซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ตาราง 19

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจ
แทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ												I-CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1				✓				✓				✓	1
2				✓				✓				✓	1
3				✓				✓				✓	1
4				✓				✓				✓	1
5				✓				✓				✓	1
6				✓				✓				✓	1
7				✓				✓				✓	1
8				✓				✓				✓	1
9				✓				✓				✓	1
10			✓					✓				✓	1
11				✓				✓				✓	1
12				✓				✓				✓	1
13				✓				✓				✓	1
14				✓				✓				✓	1
15				✓				✓				✓	1
16			✓					✓				✓	1
17				✓				✓				✓	1
18				✓				✓				✓	1
19				✓				✓				✓	1
20				✓				✓				✓	1
21				✓				✓				✓	1
22				✓				✓				✓	1
23			✓					✓				✓	1

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ												I-CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
24				✓				✓				✓	1
25				✓				✓				✓	1
26				✓				✓				✓	1
27				✓				✓				✓	1
	รวม												27
	S-CVI/Ave												27/27
													= 1

ตาราง 20

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ												I-CVI
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ตอนที่ 1													
1				✓				✓				✓	1
2				✓				✓				✓	1
ตอนที่ 2													
1				✓				✓				✓	1
2				✓				✓				✓	1
ตอนที่ 3													
1				✓				✓			✓		1
2				✓				✓				✓	1
3				✓				✓				✓	1

ภาคผนวก ก
เอกสารให้การยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะสุดท้าย ซึ่งทำการวิจัยโดย นางสาวปวันนุช กลิ่นมาลี นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยที่ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและความสำคัญในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้ตัดสินใจแทน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นางสาววันนุช กลิ่นมาลี นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง การตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจและผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยผลจากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตให้เกิดผลดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ แต่หากท่านยินดีเข้าร่วมก็สามารถตอบตกลงด้วยวาจาหรือลงนามก็ได้ โดยท่านสามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมทั้งสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ และในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านเกิดความรู้สึกว่าท่านไม่พร้อม สามารถหยุดการตอบแบบสอบถามชั่วคราว และผู้วิจัยจะคอยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและอยู่เป็นเพื่อน จนท่านรู้สึกดีขึ้นและพร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากท่านยังไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือยังไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามให้เสร็จในคราวเดียว ผู้วิจัยจะขออนุญาตเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้งต่อไป แต่หากท่านมีความประสงค์ที่จะขอลอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ท่านก็สามารถทำได้ตลอดเวลาตามต้องการ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและแผนการรักษาตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามคนอื่นๆ และจะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่กล่าวถึงนามแต่ละบุคคล จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล โดยตอบแบบสอบถามเพื่อแสดงความคิดเห็นตามคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของท่าน

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาววันนุช กลิ่นมาลี)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 21

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาล่วงหน้า และผลการทดสอบไคสแควร์ ($N = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การแสดงเจตจำนง		ไม่มี		X^2	p-value
	มี	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.03	1.00
ชาย	11	52.4	54	54.5		
หญิง	10	47.6	45	45.5		
อายุ (ปี)					3.92	0.14
18-40 ปี	1	4.8	6	6.1		
41-60 ปี	1	4.8	23	23.2		
61-101 ปี	19	90.4	70	70.7		
ระดับการศึกษา					3.74	0.15
ไม่ได้รับการศึกษา	1	4.8	18	18.2		
ประถมศึกษา	18	85.7	64	64.6		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2	9.5	17	17.2		
โรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง					4.49	0.73
มีโรคประจำตัว	19	90.5	84	84.8		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	9.5	15	15.2		

ตาราง 22

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามอายุ โรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต อาการปัจจุบัน การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วย ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และผลการทดสอบไคสแควร์ ($N = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลการตัดสินใจ		ชีวิตผู้ป่วย		X^2	p-value
	(n = 45)		(n = 75)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					1.88	0.39
18-40 ปี	4	8.9	3	4		
41-60 ปี	7	15.6	17	22.7		
61-101 ปี	34	75.6	55	73.3		
โรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง					1.11	0.79
มีโรคประจำตัว	38	84.4	65	86.7		
ไม่มีโรคประจำตัว	7	15.6	10	13.3		
ระยะเวลาของความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต					1.22	0.75
2-14 วัน	20	44.4	33	44.0		
15-30 วัน	13	28.9	25	33.3		
31-45 วัน	5	11.1	10	13.3		
มากกว่า 45 วัน	7	15.6	7	9.3		
อาการปัจจุบันของผู้ป่วย					2.57	0.28
E ₁ V _T M ₁	40	88.9	58	77.3		
E ₄ V _T M ₄	3	6.7	9	12.0		
E ₄ V ₃ M ₃	2	4.4	8	10.7		

ตาราง 22 (ต่อ)

ผลการตัดสินใจ ข้อมูลส่วนบุคคล	ชีวิตผู้ป่วย		ญาติชีวิตผู้ป่วย		X^2	p-value
	(n = 45)		(n = 75)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับ แผนการรักษาพยาบาล ล่วงหน้าของผู้ป่วย					0.31	0.62
ไม่มี	36	80.0	63	84.0		
มี*	9	20.0	12	16.0		
ไม่ใส่ท่อช่วย หายใจ	5	38.5	8	44.4		
ไม่กวดหัวใจ	2	15.4	5	27.8		
ไม่เจาะคอ	4	31.0	0	0		
ไม่รับการรักษาที่ โรงพยาบาล	1	7.7	2	11.1		
ไม่ฟอกไต	1	7.7	1	5.6		
ไม่ต้องการให้ ร่างกายมีแผล	0	0	1	5.6		
ต้องการเสียชีวิต ที่บ้าน	0	0	1	5.6		

* หมายถึง ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง

ตาราง 23

จำนวนและร้อยละของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำแนกตามลักษณะทั่วไป ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และผลการทดสอบไคสแควร์ ($N = 120$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลการตัดสินใจ		ยึดชีวิตผู้ป่วย		ยุติชีวิตผู้ป่วย		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.48	0.56
ชาย	14	31.1	28	37.3				
หญิง	31	68.9	47	62.7				
อายุ (ปี)							0.71	0.70
18-40 ปี	8	17.8	18	24.0				
41-60 ปี	30	66.7	45	60.0				
61-77 ปี	7	15.6	12	16.0				
ระดับการศึกษา							0.04	0.98
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.2	2	2.7				
ประถมศึกษา	15	33.3	24	32.0				
สูงกว่ามัธยมศึกษา	29	64.4	49	65.3				
ความเพียงพอของรายได้							0.16	0.80
เพียงพอ	39	86.7	63	84.0				
ไม่เพียงพอ	6	13.3	12	16.0				
แหล่งรายได้ของครอบครัว*							N/A	
ตนเอง	40	85.1	60	75.0				
สามีหรือภรรยา	2	4.3	11	13.8				
บิดาหรือมารดา	1	2.1	0	0				
บุคคลอื่น	4	8.5	9	11.3				

* หมายถึง แหล่งรายได้ของครอบครัวมาจากบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คน

ตาราง 23 (ต่อ)

ผลการตัดสินใจ ข้อมูลส่วนบุคคล	ชีวิตผู้ป่วย (n = 45)		ญาติชีวิตผู้ป่วย (n = 75)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	43	95.6	64	85.3		
ครอบครัวขยาย	2	4.4	11	14.7		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					2.04	0.84
บุตร	29	64.4	49	65.3		
สามีหรือภรรยา	9	20.0	9	12.0		
พี่หรือน้อง	2	4.4	6	8.0		
หลาน	2	4.4	5	6.7		
บิดาหรือมารดา	2	4.4	4	5.3		
อื่น ๆ	1	2.2	2	2.7		
ประสบการณ์การตัดสินใจ ในระยะท้ายของชีวิต					0.06	1.00
ไม่มี	38	84.4	62	82.7		
มี	7	15.6	13	17.3		

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์เพชรพิเชฐเชียร อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังสี ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายการศึกษาและ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. คุณสุพัทธาอุปนิสากร พยาบาลชำนาญการพิเศษและ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อพย.)
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวปวันนุช กลิ่นมาลี

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5410421031

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2551

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลปฏิบัติการ (พนักงานมหาวิทยาลัย) หอผู้ป่วยอายุรกรรมทางเดินหายใจ ฝ่ายบริการ
 พยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2551 - เดือน
 สิงหาคม พ.ศ. 2558

ประสบการณ์การนำเสนอผลงาน

ปวันนุช กลิ่นมาลี, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และจารุวรรณ มานะสุรการ. (2559). การตัดสินใจและผล
 จากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธใน
 ระยะท้ายของชีวิต. Proceeding ในการประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 8
 ระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อ. ท่าศาลา
 จ. นครศรีธรรมราช, 663-670.