

ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า
ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย
**Preferences of Patients and Their Surrogates for Advance Directives
at the End of Life**

ลักษณา สุวรรณนิล
Luksana Suwannil

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**

2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า
ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

ผู้เขียน นางลักษณา สุวรรณนิล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | คณะกรรมการสอบ |
|---|---|
| (รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต) |ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ) |
| |กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต) |
| |กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแสง) |
| |กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา) |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย |
| ผู้เขียน | นางลักษณา สุวรรณนิล |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| ปีการศึกษา | 2554 |

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย และเปรียบเทียบความแตกต่างและความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ จำนวน 251 ราย และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจำนวน 251 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยเท่ากับ 0.82 และความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเท่ากับ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบทีอิสระ (independent t-test) และร้อยละของความสอดคล้อง ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.49$) โดยมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล มากที่สุด และอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.40$, $SD=0.64$) รองลงมา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$) และด้านความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$) ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 3.50$, $SD = 0.48$) โดยมีความต้องการอยู่ในระดับมาก คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของ

ผู้ป่วยมากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.48$) รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนา
ล่วงหน้า ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.78$) ตามลำดับ ส่วนด้านการใช้วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า อยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=2.31$, $SD=0.75$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน
เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความต้องการ
เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า
และความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าความต้องการของผู้ป่วยอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

4. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีความสอดคล้องกัน ร้อยละ 67.73
ซึ่งเป็นความสอดคล้องในระดับปานกลาง ในการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต มีเพียงร้อยละ 6.38 ที่ผู้ป่วย
และผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการที่สอดคล้องกันในการรับการรักษาที่ยืดชีวิต

ผลของการศึกษาครั้งนี้ ทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูลกับ
ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ตัดสินใจแทนในการวางแผนในการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
ผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

| | |
|---------------|--|
| Thesis title | Preferences of Patients and Their Surrogates for Advance Directives at the End of Life |
| Author | Mrs Luksana Suwannil |
| Major Program | Nursing Science (Adult Nursing) |
| Academic Year | 2011 |

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to determine the level of the preferences of patients and their surrogates for advance directives at the end of life. The sample consisted of 251 patients with chronic disease and 251 surrogates selected by purposive sampling. The research instruments were questionnaires developed by the researcher. The instruments composed of 1) the Demographic Data Form, and 2) the Preferences of Patients and of their Surrogates for Advance Directives at the End of Life. The content validity was verified by three experts. Cronbach's alpha reliability coefficients of the preferences of patients and of their surrogates for advance directives at the end of life questionnaire were 0.82 and 0.85 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent t-test and percent of agreement.

The results were as follows:

1. The mean total score of the patients' preferences for advance directives at the end of life was at a moderate level ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.49$). The highest mean score was that of preference for information regarding illness and treatment which was at a high level ($\bar{X}=4.40$, $SD=0.64$), followed by the score of preferences for information regarding advance directives ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$), and preference for methods of advance directives ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$) which were at a moderate level.

2. The mean total score of the surrogates' preferences for advance directives at the end of life was at a high level ($\bar{X}=3.37$, $SD=0.54$). The highest mean score was that of preference for information regarding illness and treatment which was at a high level ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.48$) followed by the score of preferences for information regarding advance directives ($\bar{X}=3.65$, SD

=0.78) which was at a high level. The mean score of preference for methods of advance directives was at moderate level. ($\bar{X}=2.31$, $SD=0.75$).

3. When comparing the mean scores of patients and their surrogates' preferences, it was found that the mean scores of patients' preferences for information regarding illness and treatment, and advance directives were statistically significant higher than those of their surrogates.

4. For the agreement between patients' and their surrogates' preferences, it was found that there was 67.73% of agreement between patients' and their surrogates' preferences on termination of end of life treatment. There was only 6.38% agreement between patients' and their surrogates' preferences on continuing end of life treatment.

The findings of this study can be used by health team to provide information to patients, families, and their surrogates in treatment plans at the end of life in order to meet the patients' preferences.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยได้ด้วยดีจากความมานะอุตสาหะของผู้วิจัย รวมทั้ง การให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ นะแส ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้แนวคิด คำแนะนำและให้คำปรึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ให้การช่วยเหลือ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่าง คณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์ มีความถูกต้องชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ในระหว่างการศึกษา ให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลหลังสวนจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลพุนพิน โรงพยาบาลกาญจน ดิษฐ์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลนาโยง โรงพยาบาลห้วยยอดจังหวัดตรัง โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาและให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณพ่อแม่ พี่น้อง และสามี ที่คอยให้กำลังใจและให้คำปรึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข เพื่อนผู้ร่วมงานที่เป็น กำลังใจ ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในการศึกษา และช่วยเหลือด้านอื่นๆซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

ลัษณา สุวรรณนิล

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ..... | (3) |
| Abstract..... | (5) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (7) |
| สารบัญ..... | (8) |
| รายการตาราง..... | (10) |
| รายการภาพประกอบ..... | (12) |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 5 |
| นิยามศัพท์..... | 7 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 8 |
| 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 10 |
| การแสดงเจตนาล่องหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย..... | 11 |
| ประโยชน์ของการแสดงเจตนาล่องหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... | 12 |
| การเคารพเอกลัทธิกับการแสดงเจตนาล่องหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย..... | 17 |
| กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่องหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย..... | 18 |
| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่องหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย..... | 27 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการแสดงเจตนาล่องหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย..... | 42 |
| | (8) |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 48 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 48 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 50 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 52 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... | 53 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 53 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 52 |
| 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล..... | 55 |
| ผลการวิจัย..... | 55 |
| การอภิปรายผลการวิจัย..... | 78 |
| 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 95 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 87 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 93 |
| บรรณานุกรม..... | 92 |
| ภาคผนวก..... | 111 |
| ก พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 112 |
| ข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 113 |
| ค จำนวน ร้อยละ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับ การแสดงเจตนาล่วงหน้า..... | 129 |
| ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 140 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 141 |

รายการตาราง

| ตาราง | หน้า |
|---|------|
| 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทน..... | 56 |
| 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล..... | 60 |
| 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับทราบของผู้ตัดสินใจแทน ในด้านข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย..... | 63 |
| 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับทราบและประโยชน์ต่อการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต..... | 64 |
| 5 จำนวนและร้อยละของผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามการรับทราบและประโยชน์ต่อการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต..... | 65 |
| 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตจำแนกโดยรวมและรายด้าน. | 67 |
| 7 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต..... | 68 |
| 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต จำแนกรายด้าน..... | 70 |
| 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต จำแนกโดยรวมและรายด้าน..... | 70 |
| 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งโดยรวมและด้าน..... | 73 |
| 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งโดยรายชื่อ..... | 75 |

รายการตาราง (ต่อ)

| ตาราง | หน้า |
|--|------|
| 12 ความสอดคล้องของความต้องการระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต..... | 77 |
| 13. ความถี่ ร้อยละ เหตุผลของการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน | 129 |
| 14. ร้อยละ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย..... | 130 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพประกอบ | หน้า |
|--|------|
| ตัวอย่างการรักษาที่ยืดชีวิต (ภาคผนวก ข)..... | 127 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยและความตาย เป็นความจริงที่ทุกคนรู้อยู่เสมอว่าจะต้องเกิดขึ้น ในบางครั้งมนุษย์สามารถเข้าไปช่วยชะลอไว้ได้ ดังเช่น เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจใช้วิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาพยาบาลก็มีขอบเขตจำกัด เพราะถึงจุดหนึ่งชีวิตจะดับไป ถึงจะเห็นยี่งออย่างไอก็ไม่สามารถยืดชีวิตไว้ได้ (แสวง, 2547) การเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต หรือความตายเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญและเผชิญได้เพียงครั้งเดียว ความตายจึงเป็นวิกฤตการณ์ที่ยิ่งใหญ่ของชีวิต ทุกคนมักกลัวกระบวนการก่อนตาย (dying process) เช่น กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการพลัดพรากจากผู้ที่เป็นที่รัก และกลัวสิ่งที่ไม่รู้เบื้องหลังการตาย (ทัศนีย์และวิภาดา, 2545) มนุษย์สมัยใหม่พยายามยืดชีวิตด้วยความกลัวตายโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์และความรู้ทางการแพทย์ แม้ว่าชีวิตของบุคคลนั้นๆ จะต้องหมดสภาพไปตามอายุขัยแล้วก็ตาม (Lefrancois, 1993; Schwartz & Peterson, 1990 อ้างตาม ศรีเรือน, 2545)

การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ และเครื่องมือต่างๆ ในการรักษาพยาบาลทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มีส่วนช่วยในการยืดชีวิตจากการตายตามธรรมชาติ จนบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงสภาพที่เป็นทุกข์ แทนที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้ตายอย่างสงบ เมื่อถึงเวลากลับถูกเหนี่ยวรั้งไว้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (แสวง, 2546) แม้ว่าการใช้เทคโนโลยีจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่อาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น (กาญจนา, อรัญญา, และวันดี, 2545) และส่งผลต่อผู้ดูแลการคงอยู่ของชีวิตผู้ป่วยเป็นไปอย่างฝืนธรรมชาติ และมีชีวิตอยู่อย่างไม่สามารถคิด รู้สึกหรือรับรู้อะไรได้ และไม่สามารถพูดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตนเอง และไม่ทราบได้ว่าจะมีชีวิตต่อไปอีกนานเท่าใด ปัญหานี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์กันมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งกายและจิตใจ ต้องรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนัก ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ มีการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 65 ยังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนการเสียชีวิต (Sittisombut, Love & Sitthi-amorn, 2001) และผู้ป่วยบางรายมีความทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาล เช่น การศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์

ของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 รายมีความปวดอย่างรุนแรงจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

ในปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ช่วยในการยืดชีวิต เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น เนื่องจากเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถจะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิตควรกระทำที่บ้าน ทั้งนี้เป็นเรื่องของการตายอย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลางญาติมิตรและสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (ปิณฑรและสายพิณ, 2546; พระไพศาล, 2552; พาริดา, 2548; สุรเกียรติ, 2546; Sittisombut, 2002) แม้ว่าการยืดชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุดจะเป็นเป้าหมายของการรักษาตามแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ แต่ก็มีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อยเริ่มหันมาให้ความสำคัญกับจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้เขาบรรลุมรณะสุดท้ายอย่างเจ็บปวดน้อยที่สุด และสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ เป็นมนุษย์และมีคุณค่ามากกว่าการเห็นผู้ป่วย เป็นเพียงวัตถุที่ตั้งของอาการเจ็บป่วย (ศศิธร, 2550)

ในบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย เมื่ออาการหรือโรคเข้าสู่ระยะวิกฤตหรือใกล้ตายที่ต้องได้รับการตัดสินใจอย่างรีบด่วนจึงต้องมีผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจแทนมักจะเป็นครอบครัวของผู้ป่วย (Huffman, 2003) ในบางครั้งการตัดสินใจแทนก่อให้เกิดการขัดแย้งกันระหว่างบุคคลในครอบครัว หรือเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะเลือกรับการรักษาที่ยืดชีวิต หรือยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตก็ได้ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้แจ้งความต้องการไว้ล่วงหน้า การตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจผู้ตัดสินใจแทนว่าเป็นการสมควรหรือไม่ที่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการที่จะชะลอความตาย (สิวลี, 2540) การตัดสินใจที่เร่งด่วนทำให้ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะให้การรักษาพยาบาลต่อไป เพราะมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความหวังที่จะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมีอาการดีขึ้นสามารถฟื้นฝ่าอุปสรรคระยะวิกฤตไปได้ หรือหายป่วยได้ในระดับสูง แม้ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดน้อยก็ตาม และให้เหตุผลเพื่อให้รักษาอย่างเต็มที่ให้ถึงที่สุด และตัดสินใจรับการรักษาต่อเพื่อยืดชีวิต หากเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะทุพพลภาพที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดอย่างชัดเจนทั้งนี้เพื่อลดอาการทุพพลภาพ (จิรายุ, 2549) ปัญหาในการตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและไม่สามารถตัดสินใจเองได้ คือ คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนอาจตัดสินใจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเกิดข้อขัดแย้งต่างๆ ตามมา บางครั้งผลจากการตัดสินใจรับการรักษาที่ยืดชีวิตอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุพพลภาพ หรือรู้สึกไร้คุณค่าในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ในบางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้มีความ

ต้องการที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่สามารถจะกระทำได้ด้วยตนเอง อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือพิการ จึงมีการเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้น (นันทน, 2550; อ่ำพล, 2550) หรือในบางครั้งแพทย์และผู้ตัดสินใจแทนของผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้สมควรยุติการรักษาเพราะเป็นการรักษาที่สูญเปล่า (วิสูตร, จันทรพิมพ์, และอัจฉรา, 2544) ในขณะที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่สอดคล้องกับการตัดสินใจดังกล่าวหรือไม่

ปัจจุบันจึงมีการเรียกร้องให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงเจตนาให้แพทย์ถอดเครื่องมือเหล่านี้ออกจากตัวผู้ป่วยได้ สิทธิในลักษณะเช่นนี้ถูกเรียกว่า “สิทธิในการปฏิเสธการรักษา” (right to refuse medical treatment) (แสวง, 2546) ความพยายามในการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยได้ขยายขอบเขตออกไป ทั้งนี้ก็เพราะว่าผู้ป่วยบางรายแม้ไม่ได้อยู่ภายใต้เครื่องมือทางการแพทย์ แต่ก็ต้องอยู่ภายใต้สภาวะที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย บุคคลที่สนับสนุนความคิดในลักษณะนี้ได้เรียกร้องภายใต้สิ่งที่เรียกว่า “สิทธิที่จะตาย” (right to die) เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรี (แสวง, 2546; นันทน, 2550) แนวความคิดดังกล่าวได้รับการผลักดันจนได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งเน้นการสนองเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับ “สิทธิที่จะตาย” โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานการเจ็บป่วยได้” และ “เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิได้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อการรักษาตนเองไว้ล่วงหน้าน่าจะเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสมวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการดำเนินของโรคทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเสื่อมลงไปเรื่อยๆ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าจะช่วยลดการรักษาที่ผู้ป่วยไม่พึงประสงค์ ลดการช่วยฟื้นคืนชีพที่เกินความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม และยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาซึ่งเป็นสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย (สุคาร์ตัน, 2550) สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีรากฐานความคิดมาจากหลักการเคารพเอกลิทธิของบุคคล (autonomy) กล่าวคือ บุคคลทุกคนที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะคิด ตัดสินใจ หรือกระทำการใดๆ ได้อย่างมีอิสระ ตราบเท่าที่ไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิของผู้อื่น (นันทน, 2550) ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลสามารถทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีไข้ผู้รักษาและพยากรณ์โรค บางครั้งอาจจะต้องตอบคำถาม ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและ

ญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย (สิวลี, 2544; แสง, 2546) การที่พยาบาลมีหลักการหรือแนวทางที่เหมาะสมก็จะสามารถทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย ได้ เพื่อช่วยให้การตัดสินใจของผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน เป็นการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

จากการทบทวนงานวิจัย ในประเทศทางยุโรปและอเมริกาเหนือ พบว่า การแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ถูกกำหนดเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย (Patient Self-Determination Act) เพื่อเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วย (อริยญา, 2547) ซึ่งนิยมปฏิบัติมากกว่ายี่สิบปีแล้ว และบางประเทศยังมีการออกกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายมีสิทธิเรียกร้องขอให้แพทย์ทำให้ตายอย่างสงบ และแพทย์ที่ทำเช่นนั้นไม่มีความผิด เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ และเบลเยียม มีการใช้พินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งเป็นเอกสารในการแสดงถึงความปรารถนาล่วงหน้า เจตนาของผู้ป่วยหรือผู้ที่ผู้ป่วยอนุญาตให้ใครตัดสินใจแทน โดยมีการแจ้งญาติและแพทย์ได้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงเวลาที่อาการทรุดหนักจนถึงจุดที่ไม่หวังว่าจะฟื้น จะใช้การตัดสินใจตามพินัยกรรมที่แสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจนแล้ว (วิฑูรย์, 2552) ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลักประกันความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directive) จะถูกนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยอาศัยหลักการหลังจากศาลได้ช่วยแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนทางสุขภาพขึ้นมาแทนแล้วบุคคลนั้นมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาอันเป็นการยืดชีวิต (William, 1999) สำหรับประเทศแถบเอเชียยังไม่ได้เป็นที่รู้จักแพร่หลาย และยังมีการศึกษาในด้านนี้น้อย เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น (Lee & Quah, 2002; Miyata, Shiraishi, & Kai, 2006) รวมทั้งประเทศไทย สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของจรัญ (2549) เกี่ยวกับความสอดคล้องในการตัดสินใจของผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีการตัดสินใจที่สอดคล้องกันในบางสถานการณ์ และไม่สอดคล้องกันในบางสถานการณ์ เกี่ยวกับการผลของการรักษาทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่ต้องอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานและต้องพึ่งพา ผู้ป่วยจะเลือกยุติการรักษา ในขณะที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะช่วยเหลือต่อเพื่อให้ลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด นอกจากนี้มีการศึกษาของสุภารัตน์ (2550) เกี่ยวกับทัศนคติต่อการให้การแสดงเจตนาล่วงหน้าและผลของการให้ข้อมูลในการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับแสดงเจตนาล่วงหน้า และผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการใช้ การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการช่วยฟื้นคืนชีพ (สุภารัตน์, 2551)

อย่างไรก็ตาม หลังจากการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่จะให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนา

ล่งหน้าในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย เมื่อมีพระราชบัญญัติฉบับนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลมีบทบาทในการดำเนินการตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว การศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่งหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้เห็นแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่งหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่งหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับ ข้อมูลและการแสดงเจตนาล่งหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่งหน้าในระยะสุดท้ายอยู่ในระดับใด
2. ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่งหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับใด
3. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับข้อมูลและการแสดงเจตนาล่งหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
4. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต อยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย หลักจริยธรรม เรื่อง การเคารพ เอกสิทธิ์ (respect for autonomy) ของบอว์แชมป์ และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) และแนวคิดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directives) (Hall, 1996) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต และการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วย โดยครอบคลุมประเด็นดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล และการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

1.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ลักษณะของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค/ความก้าวหน้าของโรค/การพยากรณ์โรค การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบจากการรักษา เป้าหมายการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อใช้ในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

1.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1.2.1 ความหมายการแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directives) หมายถึง เอกสารทางกฎหมายที่แสดงถึงการมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพ เพื่อที่จะบอกถึงการปฏิเสธ หรือ การยินยอมถึงแผนการรักษาในอนาคต ในทางปฏิบัติการวางแผนแสดงเจตนาล่วงหน้า มักจะใช้การปฏิเสธการรักษาบางอย่างที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.2 การแสดงเจตนาล่วงหน้า มี 2 วิธี

1.2.2.1 การทำพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นเอกสารทางกฎหมายที่เขียนลงนามไว้เป็นหลักฐานที่อธิบายถึงความต้องการผู้ป่วย เกี่ยวกับการยืด หรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทีมสุขภาพได้กระทำการยุติถ้าพยากรณ์โรคแยกลง โดยที่จะกระทำเมื่อบุคคลมีความสามารถในการพิจารณารายละเอียดของข้อมูล รู้ถึงผลที่เกิดขึ้นตามมา และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Hall, 1996)

1.2.2.2 การมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน (appointment of surrogate or proxy) เป็นการมอบหมายอำนาจให้กับตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นอยู่บนความต้องการ

และผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

2. ความต้องการการแสดงผลงานล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย

2.1 ความต้องการแสดงผลงานล่วงหน้า โดยการทำพินัยกรรมชีวิต/มอบหมายผู้ตัดสินใจแทน หรือทั้งสองรูปแบบ ในลักษณะที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือด้วยวาจา

2.2 ไม่ต้องการแสดงผลงานล่วงหน้า

3. ความต้องการของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแสดงผลงานล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

3.1 การตัดสินใจด้วยตัวเอง ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ เป็นสิทธิเสรีภาพในการเตรียมตัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยผลของการตัดสินใจครั้งนี้

3.1.1 การตัดสินใจยึดชีวิต

3.1.2 การตัดสินใจยุติการรักษาที่ยึดชีวิต

3.2 การให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทนโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพเนื่องจากความเชื่อถือในทีมสุขภาพ และไว้วางใจ เนื่องจากมีความรู้ ความสามารถ และผลจากการรักษาพยาบาลซึ่งขึ้นอยู่กับตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ทีมสุขภาพเมื่อได้รับการมอบหมายแล้ว การทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นอยู่บนความต้องการ และผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

3.3 การให้ครอบครัวตัดสินใจแทน การตัดสินใจของครอบครัวขึ้นกับ ปัจจัยด้านคุณคุณค่าความเชื่อศาสนา เศรษฐกิจ ภาระของครอบครัว ผลจากการรักษาและการพยากรณ์โรค ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยและความต้องการส่วนบุคคล การตัดสินใจแทนของครอบครัวนั้นใช้หลักการ การมอบหมายอำนาจให้กับตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยการตัดสินใจนั้นอยู่บนความต้องการและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก (จิรายุ, 2549; นิกิริหิมะ, 2547)

3.4 การให้ทีมสุขภาพ และครอบครัวตัดสินใจแทน ทั้งทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ตัดสินใจแทนโดยใช้การตัดสินใจนั้นอยู่บนความต้องการและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่นกัน

4. ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย

4.1 การตัดสินใจแทนโดยลำพัง

4.1.1 การตัดสินใจยึดชีวิต

4.1.2 การตัดสินใจยุติการรักษาที่ยึดชีวิต

4.2 การตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตนาไว้

4.3 การให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทน

4.4 การตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ

นิยามศัพท์

1. ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า หมายถึง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงความต้องการในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ประกอบด้วย ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษาพยาบาล ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า และความต้องการตัดสินใจในการยุติหรือรับการรักษาที่ยืดชีวิต วัดโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการเคารพเอกสิทธิ์ของบอว์แชมป์และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) แนวคิดของฮอลล์ในการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Hall, 1996) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 มาตราที่ 12 และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย (จิรายุ, 2548; นิการิหมีะ, 2547)

2. ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ บุตร สามี ภรรยา ฯลฯ หรือเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายไว้วางใจ ให้เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ

3. ระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ระยะของโรคผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว โรคไม่สามารถหายได้ จะมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้ในการมีชีวิตอยู่โดยไม่จำกัดระยะเวลาอีกเวลานานเท่าใด (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่นับถือ ศาสนาพุทธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางแก้ที่มสุขภาพในการประเมินความต้องการและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน เพื่อใช้ในการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางแก้ที่มสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความต้องการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษา ดังนี้

1. การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า
 - 1.2 ประโยชน์ของการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.3 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การเคารพเอกราชเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.3 ความต้องการเกี่ยวกับการใช้ชีวิตแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.4 ความต้องการตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต หรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า

การแสดงเจตนาล่วงหน้า เป็นการแสดงเจตนาเพื่อการวางแผนการรักษาสุขภาพของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์จริง หรือเป็นการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้า ซึ่งช่วยให้บุคคลที่ยังมีสติสัมปชัญญะสามารถวางแผนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองไว้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในปัจจุบันบุคคลสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเพื่อการรักษาในอนาคต เมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ และเตรียมไว้ล่วงหน้าให้มีผลในการนำมาใช้ในอนาคต เมื่อคนป่วยจนไม่อาจจะแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ด้วยวิธีสื่อสารตามปกติ และไม่สามารถตัดสินใจได้ อาจมีรูปแบบโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือสั่งไว้ด้วยวาจาก็ได้ ซึ่งในการแสดงเจตนาล่วงหน้าอาจจะระบุตัวบุคคลที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย หรือบอกแนวทางการรักษาตามเจตนาของผู้ป่วยหรือทำทั้งสองอย่างร่วมกัน คือ ระบุตัวบุคคลที่จะตัดสินใจแทน และบอกแนวทางในการรักษาด้วย (นรินทร์, 2543; ปิติพร, 2546; สุภารัตน์, 2550; แสง, 2552; Gomez, 2002; Hall, 1996; National Cancer Institute, 2000) โดยผู้ป่วยใช้เป็นเอกสารหรือเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจวางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Demoratz, 2005; Tulsky, 2005)

ผู้ที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จะแสดงความต้องการของตนไว้เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่หมดหวัง คือ ป่วยด้วยโรคทางกายและหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาพยาบาล ดังนี้สันด์ (2544) 1) เป็นผู้ป่วยต้องขอรับการรักษาด้วยความสมัครใจ 2) ป่วยด้วยโรคทางกาย และหรือทางใจ 3) ไม่มีทางที่จะรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นในสภาวะการณ์ของผู้ป่วย ครอบครัว ย่อมมีโอกาสมิหวังที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ได้ 4) ได้รับความทุกข์ทรมานนั้นจะสืบเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ หรือจากการตรวจ หรือจากการตรวจรักษา ความทุกข์ทรมานไม่จำกัดอยู่แต่เรื่องความเจ็บปวดและอาการจากโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย และทำให้อายุ ผู้ที่อยู่ใกล้ สังคมของผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานด้วย 5) ไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

ประโยชน์ของการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นวิธีการที่นำมาใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเนื่องจากในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ การตัดสินใจที่จะยืดชีวิตหรือยุติการรักษา จึงมักเป็นบทบาทของครอบครัวหรือทีมสุขภาพ ซึ่งการตัดสินใจเหล่านั้นอาจไม่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น การให้ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาล่วงหน้าในช่วงที่ยังมีสติสัมปชัญญะ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามที่ตนเองต้องการได้ การแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าได้รับความสนใจ ทั้งแพทย์ พยาบาลและประชาชนในหลายประเทศที่สนับสนุนการใช้การแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้าย รวมทั้งประเทศไทยด้วย (Emanuel, Barry, Stoeckle, Ettelson, & Emanuel, 1991; Danis et al., 1991; Sittisombut, Maxwell, & Sitthi-amorn, 2007) โดยมีประโยชน์กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เป็นการช่วยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และช่วยให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างเหมาะสมตามเจตนาของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยมักไม่ต้องการการรักษาที่ยืดชีวิต และไม่เกิดประโยชน์จากการรักษา ดังกล่าว (Faber & Langendoen, 1991; Molley & Guyatt, 1991) เนื่องจากการรักษาที่เกินความจำเป็นเพื่อยืดชีวิตอาจไปเพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย โดยไม่อาจรักษาให้หายจากโรคได้ นอกจากนี้เมื่อถึงเวลาต้องรักษาจริง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักอยู่ในสภาพที่ไม่อาจตัดสินใจด้วยตนเองว่าต้องการหรือไม่ต้องการการรักษานั้น (Smedira, Evan, Grais, Cohen, & Cook, 1990) เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การใส่สายให้อาหารหรือการใส่สายสวนเข้าไปในหัวใจ ดังนั้นการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้าจึงเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการรักษา แม้ในเวลา que ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของเขาได้ จึงมีประโยชน์ในการช่วยให้การรักษาเพื่อยืดหรือยุติชีวิตเป็นไปตามเจตนาของผู้ป่วย (อรนิช, 2549; Choudhry, Ma, Rasooly, & Singer, 1994; Mower & Braff, 1993)

การศึกษาในอดีตพบว่าผู้ป่วยที่แสดงเจตนาล่วงหน้าส่วนใหญ่ต้องการจำกัดการรักษาเพื่อยืดชีวิต ที่เกินความจำเป็นทั้งหลาย (Schneiderman, Pearlman, Kaplan, Anderson, & Rosenberg, 1992; Sittisombut, et al., 2007) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจำนวนมากวางแผนในการแสดงเจตนาล่วงหน้า แต่ก็มีผู้ป่วยน้อยรายที่ได้ทำแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ได้จริง ๆ การวางแผนการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าว่าผู้ป่วยต้องการหรือไม่ต้องการการรักษาอะไร หรือต้องการให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจแทนด้านการรักษาพยาบาลในอนาคตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ และเพื่อประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ดี การแสดงเจตนาล่วงหน้าถือว่าเป็นประโยชน์ใน

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้เหมือนคนปกติเช่นในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าร้อยละ 57.00 ถือว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยมีการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทนเป็นเครื่องมือที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (Haupt, Seeber, & Janner, 1999) การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายควรทำหลังจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพได้ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรค คือ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและผลของการรักษาที่จะให้แต่ละอย่าง รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาเหล่านั้น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือผลการศึกษาทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือเป็นพื้นฐานในการให้ข้อมูล แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจวางแผนเลือกหรือปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า เมื่อได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอแล้ว (สุดารัตน์, 2550; อรนิช, 2549) ในปัจจุบันมีการนำการแสดงเจตนาล่วงหน้ามาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมที่ให้การดูแลรักษาที่มีความโดยเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ซึ่งในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น มีการขยายขอบเขตของวิถีคิด โดยการให้คุณค่า และการทำความเข้าใจในการมองผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์มากขึ้น ยอมรับความแตกต่างของบุคคล เป็นการปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ผู้ป่วย (ประเสริฐ, 2550; ฟารีดา, 2548; วรณยุพา, 2550, Olmari, Ebbing, Zumbach, Forest, & Rapin, 2000)

นอกจากนี้การนำการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยมาใช้ทำให้การรักษาเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย (Libbus & Russel, 1995; Waddell, Clarmett, Smith, Oldham, & Kellehear, 1996) และทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการในอนาคต (Gomez, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์แลน และบรูเดอร์ (Norlan & Bluder, 1997) พบว่าร้อยละ 67.00 ของผู้ป่วย มีความเห็นว่า การมีการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าสามารถป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการได้ ในขณะที่ร้อยละ 85.00 มีความเห็นว่าทำให้ตนเองแน่ใจว่าจะได้รับการรักษาที่ตนเองต้องการเท่านั้น นอกจากนี้ร้อยละ 74.00 ของผู้ป่วยกล่าวว่า สามารถป้องกันความขัดแย้งของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และยังเป็น การป้องกันการรักษาพยาบาลที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายทั้งที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยแล้ว (Tulsky, 2005) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความต้องการหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เหมาะสม (Singer, Martin, & Kelner, 1999) หรือเกินความจำเป็นทั้งหลาย (Sittisombut, et al., 2007)

2. ประโยชน์ต่อครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทน ครอบครัวมีความเครียดสูงในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยกเลิกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (ประคอง, 2543) ในผู้ป่วยที่ไม่มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Tilden, Tolle, Nelson, & Fields, 2001) การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยทำให้อาการผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและรู้สึก

ผิคน้อยลงเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา (Gomez, 2002) และลดข้อขัดแย้งในหมู่ญาติในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าโดยมอบหมายบุคคลในการตัดสินใจแทนตนเองได้เมื่อตนเองอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์แลน และบลูเดอร์ (Norlan & Bluder, 1997) การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษา พยาบาลสามารถป้องกันความขัดแย้งของครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และสามารถป้องกันความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา และสามารถลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยุติการรักษา

3. ประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีการพูดคุยเกี่ยวกับแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล และบอกความต้องการของตนเองกับสมาชิกในครอบครัว (Gomez, 2002) หรือมีการสื่อสารและน้อยพูดคุยกับแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต และบางครั้งแพทย์ไม่เริ่มพูดคุยเรื่องพินัยกรรมชีวิตกับผู้ป่วย (Kerridge, Pearson, Rolfe, & Lowe, 1998; Vollmann, 2003) ทีมสุขภาพเกิดการขัดแย้งเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะยืดชีวิต (พัชรี, 2546) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต (หมายถึง การดูแลที่ไม่มีทางหายเป็นปกติ) เป็นมูลค่าถึงร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด (สันต์, 2546) และในประเทศไทย การศึกษาของธนาและคณะ (2546) เกี่ยวกับ การทบทวนกระบวนการที่สนเรื่องความตายและมิตินแห่งสุขภาวะ พบว่ามีกรณีตัวอย่างที่ระบุถึงค่าใช้จ่ายช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ต้องจ่ายเงินหนึ่งล้านสามแสนบาท เพื่อแลกกับการมีชีวิตต่อไปอีก 48 วัน ถ้าหากผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษา พยาบาลไว้ มีความคิดเห็นในทางวิชาชีพซึ่งจะมีทางเลือกที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพ ลดความกังวลในการรักษาว่าจะไม่ได้ผลหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นระยะสุดท้าย ลดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์ที่ทำความประสงค์ของผู้ป่วย และญาติ (สันต์, 2543; อรนิช, 2549; Prendergast, 2001) และสามารถนำมาใช้พิจารณาประกอบการรักษา พยาบาลเมื่อระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง ทั้งนี้สามารถลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ลดต้นทุน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลด้วย และลดอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพของทีมรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Sitisombut, Love, & Sithi-amorn, 2005; Taylor, Heyland, & Taylor, 1999) และ การทำพินัยกรรมชีวิตในการแสดงเจตนาล่วงหน้าสามารถลดอัตราการปฏิบัติ การช่วยฟื้นคืนชีพและอัตราการตายในโรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญ (Sitisombut, et al., 2007)

ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย

ปัญหาและอุปสรรคการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย คือ แพทย์ไม่เริ่มพูดเรื่อง
พันธกรรมชีวิตกับผู้ป่วย (Kerridge, et al., 1998; Vollmann, 2003) อาจเนื่องจากทีมสุขภาพ ไม่กล้า
สอบถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะยืดชีวิตหรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิต และพยาบาลผู้ใกล้ชิดใน
การดูแลผู้ป่วยนั้นมีโอกาสได้มีประสบการณ์ในการส่งเสริมการแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาลน้อย
(Johns, 1996) ผู้ป่วยเองก็ขาดความรู้เรื่องพันธกรรมชีวิต และมีความยากลำบากในการเขียน
พันธกรรมชีวิต และการมีความเห็นที่ขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่ผู้ป่วย
มอบหมายให้ตัดสินใจแทนรวมทั้งผู้ให้การดูแลรักษา (Glick, Mackay, Balasingam, Dolan, &
Casper-Isaac, 1998) และยังมีข้อโต้แย้งว่าแม้มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้นั้นก็ยังน้ำหนักไม่
เพียงพอที่เอามาใช้ในการตัดสินใจยืดหรือยุติการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย (Buford, 2008) จาก
ปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาล่วงหน้าน้อย พบว่า ร้อยละ 12.00 -20 .00
เท่านั้นที่มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลไว้ (Larson & Tobin, 2000) สอดคล้องกับ
การศึกษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับอ่อนประมาณ 4 ปีที่ไม่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 1,186 ราย มีเพียง
ร้อยละ 15.00 ที่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้และมีการบันทึกไว้ในหลักฐานทางการแพทย์ สอดคล้อง
กับการศึกษาของเอเชีย มิอุระ ทานาเบ คูริฮาระ และฟูกุฮาระ (Asia, Miura, Tanabe, Kurihara, &
Fukuhara, 1998) ซึ่งพบว่า แพทย์ที่ทราบการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะ
สุดท้ายของผู้ป่วยแล้วมีเพียง ร้อยละ 35 ที่ได้ปฏิบัติตาม ความต้องการของผู้ป่วย และยังมีการศึกษา
การแสดงเจตนาล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุเส้นประสาทไขสันหลัง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ
การแสดงเจตนาล่วงหน้า และได้วางแผนการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล แต่มีเพียง
ส่วนน้อยที่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ ส่วนใหญ่จะทำเมื่อได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว
(Blackmer & Ross, 2002) นอกจากนี้ ฮอฟแมนน์ (Hofmann, et al., 1997) ได้ศึกษาและพบว่าปัจจัย
สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา คือ การพยากรณ์โรคที่ดี การมี
คุณภาพชีวิตที่ดี และไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และการศึกษาย้อนหลังใน
ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ในช่วงปี ค.ศ. 2004 –2007 การแสดงเจตนาล่วงหน้าในผู้ป่วยที่เป็น
โรคมะเร็งมีความสนใจและต้องการที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วยตนเองในระยะสุดท้ายน้อยมีเพียง
ร้อยละ 5.00 -9.00 (Kiermer & Hladschik - Kermer, 2009) และมีผู้สนใจที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้า
น้อยกว่าร้อยละ 1.00 เนื่องจากเหตุผลจากการความไม่แน่นอนในอนาคต และจะต้องการแสดง
เจตนาล่วงหน้าลดลงเมื่อปรึกษากับญาติผู้ดูแล และอาจมีปัญหาเมื่ออาการแยลง หรือควบคุมตนเอง

ไม่ได้ (Pautex, Nortaridis, Derame, & Zulian, 2009) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสภาพของผู้ป่วยก่อน การเสียชีวิต ทักษะคิด และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพต่อผู้ป่วยในขณะนี้ สหพันธ์ในการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค เสรีภาพที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือเลือกแนวทางการรักษาให้เป็นไปตามเจตนาล่วงหน้าหรือตามความต้องการของผู้ป่วยได้ (สุภารัตน์, 2550; อรนิช, 2549)

การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะแสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 73.00 ต้องการให้แพทย์รับรู้ถึงการแสดงเจตนาล่วงหน้าและถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ และร้อยละ 86.90 ต้องการพูดคุยกับครอบครัวเพื่อบอกความต้องการของตนเอง (Clements, 2009) นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินดีที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้า และต้องการให้มีการใช้การแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์จะสนใจการทำเอกสารในการแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นพิเศษ (Lee & Quah, 2002) การสื่อสารข้อมูลการเจรจาหรือพูดคุยกันอย่างเปิดอกระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีการจัดการเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการแสดงเจตนาล่วงหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญไปสู่เป้าหมายในการรักษาตามเจตนาของผู้ป่วย (Teno, Stevens, Spernak, & Lynn, 1998; Winzeberg, Hanson, & Tulskey, 2005) การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแก่สาธารณชนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการยอมรับ รวมถึงมีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า เพราะบางครั้งอาจผู้ป่วยอาจเปลี่ยนใจเมื่อได้รับข้อมูลทางการรักษาหรือการวินิจฉัยเปลี่ยนไป โดยผู้ป่วยอาจต้องการทางเลือกสำหรับการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม (Lee & Quah, 2002) นอกจากนี้การพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรกของโรค และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในทีมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลได้ (Johnston, et al., 1995)

การทำแนวทางหรือตัวอย่างเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย เป็นการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า การปฏิเสธการรักษาหรือบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคหรือบาดเจ็บที่ไม่อาจรักษาได้ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิดังกล่าวทั้งนี้การเพื่อเป็นแนวทางในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย และเพื่อความชัดเจนในทางปฏิบัติจึงมีนักกฎหมายและแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีแนวทางหรือตัวอย่างรูปแบบและเงื่อนไขที่ใช้ในการเขียนเพื่อสื่อความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเซ็นชื่อกำกับในข้อที่เลือกไว้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การเคารพเอกสิทธิ์กับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การเคารพเอกสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการเคารพ ความคิด และการกระทำของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นไปตามคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการแสดงความเคารพเอกสิทธิ์ผู้ป่วย (Kiemer & Hladschik -Kermer, 2009) การตระหนักว่าบุคคลเป็นผู้มีความสามารถและมีแนวคิดของตนเอง และมีสิทธิในความคิดเห็นของตนที่จะตัดสินใจ และกระทำตามคุณค่า (value) และความเชื่อ (beliefs) ของตนเอง และต้องมี การกระทำที่แสดงถึงการเคารพเอกสิทธิ์ด้วย เช่น การช่วยให้บุคคลได้กระทำอย่างอิสระ (Kant, 1997 อ้างตามสิวลี, 2553) อย่างไรก็ตามการเคารพเอกสิทธิ์จะไม่รวมถึงในผู้ที่ไม่บรรลุนิติภาวะไร้ความสามารถ ไม่รู้ ถูกบังคับ หรือถูกผู้อื่นใช้ประโยชน์ ได้แก่ เด็กเล็ก บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น (อรนิช, 2549) การแสดงเจตนาล่วงหน้าทำได้ในหลายลักษณะ คือ 1) เคารพในความเป็นส่วนตัวของบุคคล 2) ขอความยินยอมในการรักษา 3) ช่วยเหลือให้สามารถตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ เมื่อมีการร้องขอ (Beauchamp & Childress, 2001) แต่ในบางครั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สอดคล้องกับเจตนาหรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ พยาบาล รวมถึงญาติไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วย และมีบางครั้งไม่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วย (สุดารัตน์, 2550)

การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลใน ระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลและสามารถป้องกันการ รักษาที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นไปสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วย (Pedersen, Hofmann, & Mangset, 2007) มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องการใช้คุณค่าในการตัดสินใจในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของจากรูธรรม (2550) พบว่า คุณค่าซึ่งสำคัญที่สุดที่ใช้ในการตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยุติการรักษา คือ ความหวัง ร้อยละ 92.70 และปราศจากความทรมาน ร้อยละ 47.70 และปัจจัยความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการตัดสินใจในการตัดสินใจยุติการรักษา (นิกริหมี, 2547) และในปญญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของสมาคมโลก ค.ศ. 2005 มีจริยธรรมทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกสิทธิ์ผู้ป่วย ดังนี้ ข้อ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง คือผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยแพทย์ จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น และข้อ 10 สิทธิในศักดิ์ศรีของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะ ได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และผู้ป่วยควรมีทางเลือก และมีสิทธิที่จะ

ตัดสินใจตายอย่างมีศักดิ์ศรี กรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ให้ระบอบบุคคลตัดสินใจแทน เช่นสามี ภรรยา บุตร ทนายความ เป็นต้น ผู้ป่วยมีสิทธิเต็มที่ในการเลือกรักษา เลือกที่จะตาย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา และมีความเท่าเทียมกันด้านการรักษา (ปีติพร และสายพิน, 2546)

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลนิยามใช้อย่างแพร่หลายในนานาประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐ แคนาดา อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ โดยให้ความสำคัญกับสิทธิในตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล สามารถปฏิเสธการรักษาหรือยินยอมรับการรักษาได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นหลักการที่ทีมสุขภาพจะต้องให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ที่จะถูกนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือไม่สามารถเรียกร้องสิ่งใด ๆ ให้กับตนเองได้ บุคคลนั้นมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาอันเป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยได้

สำหรับประเทศไทย มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า คือ พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ ในปี 2550 และกฎหมายไทยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย รัฐธรรมนูญ กฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีรายละเอียด ดังนี้

1. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมประกอบโรคศิลป์ โดยประกาศเมื่อ 16 เมษายน 2541 (ดารารพร, 2541; ละเอียด และสุริ 2549; ศุภชัย; 2543) มีรายละเอียด ดังนี้

สิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ การดำเนิน โรค วิธีการรักษา เรียกว่าความยินยอมโดยการบอกกล่าว (Informed consent) ซึ่งมีผลตามกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วยข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อื่น ที่มีได้เป็นผู้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้ ในข้อนี้ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (the right to safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (the right to be information) สิทธิที่จะเลือก (the right to choose) เป็นสิทธิของผู้บริโภคสินค้าใด รวมถึง

สินค้าด้านสุขภาพ ซึ่งจะลดความขัดแย้งและรับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งความมีอิสระในการตัดสินใจของตนเอง (the right to self determination) หรือเรียกว่าเป็นความเป็นอิสระของมนุษย์ (human autonomy) (นันทน, 2550)

สิทธิผู้ป่วยข้อ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนชอบโดยธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ เนื่องจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้กำหนดว่า เด็ก คือ มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับเด็กนั้น

สำหรับผู้ที่ยกพร่องทางกายหรือทางจิต ที่ไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยภาวะผักถาวร(Persistent/permanent vegetable State –PVS) วิกฤตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย หรือมีอำนาจปกครองผู้ใหญ่ เช่น บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองอาจเป็นญาติที่ น้อย ย่อมสามารถใช้สิทธิต่างๆ ได้เมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในวาระสุดท้ายหรือกฎหมายสิทธิที่จะตาย(right to die)และการรักษาผู้หมดสติ ซึ่งไม่ได้มีลายลักษณ์อักษรให้อำนาจในการที่ยับยั้งชะลอความตายไว้ได้ (วิฑูรย์ และรัชต์ชัย, 2530) ได้แก่

กรณีแรก ถ้าผู้ป่วยหมดสติตามเหตุผลทางวิชาการแล้วผู้นั้นไม่อาจฟื้นใหม่ได้ โดยแพทย์ที่รักษาได้ตัดสินใจแล้วว่าผู้ป่วยตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตัดสินใจของแพทย์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทย์แล้วทำให้เลิกชะลอความตาย

กรณีที่สอง เมื่อแพทย์ที่รักษาได้รับคำร้องขอจากญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด ในลำดับแรกของผู้ป่วยและเห็นด้วย ก็ให้เลิกวิธีการนั้นเช่นกัน

กรณีที่สาม ถ้าบุคคลดังกล่าวในกรณีที่สองไม่มีหรือไม่อาจร้องขอให้แพทย์ที่รักษาอาจจะสั่งให้เลิกใช้วิธีการชะลอความตายด้วยตนเองได้

2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และกฎหมายรัฐธรรมนูญได้รับรองสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง และความเป็นอยู่ส่วนตัวในมาตรา 44 สิทธิในความเป็นส่วนตัว น่าจะรวมถึงสิทธิที่จะตายเข้าไว้ด้วยในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย คือ

ในหมวดที่ 1 ในบททั่วไป มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีการเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

2) มาตรา 28 บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพ

ของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของคนอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมของประชาชน โดยบุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิ

3) มาตรา 32 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

4) มาตรา 56 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบข้อมูล หรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น เว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลนั้น จะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชน หรือส่วนได้ส่วนเสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่น ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

5) มาตรา 57 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใด ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับตน หรือชุมชน ท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

6) มาตรา 61 สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคในการได้รับข้อมูลที่ เป็นความจริง และมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขเยียวยาความเสียหาย รวมทั้งสิทธิรวมตัวกันเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค

3. กฎหมายอาญา ที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เช่น มาตรา 307 การทอดทิ้งคนป่วยคนชรา คนพิการนั้น เป็นความผิดสำหรับผู้มีหน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามสัญญา ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ ภายหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการดูแลรักษา หน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามสัญญาข่มไม่เกิดขึ้น การไม่รักษาจึงไม่อยู่ในขอบข่ายความผิดตามมาตรา นี้ (แสวง, 2546)

4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เกี่ยวข้องกับการเคารพเอกลัทธิ คือ กฎหมายเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า มีดังนี้ หมวด 1 มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ

การพิจารณาเรื่อง วาระสุดท้ายของชีวิต (terminal condition/terminal illness) ควรเป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ซึ่งคำนึงในร่างกฎกระทรวง ได้กำหนดคำนึงตามแนวทางกฎหมาย

ต่างประเทศ คือ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้ และจะต้องเสียชีวิตในที่สุด โดยใช้วิธีการพยากรณ์โรค แต่ไม่ได้ระบุระยะเวลาที่แน่นอน หรืออาจใช้วิธีการคาดการณ์ว่า ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ในวาระสุดท้ายในบางโรคก็ได้ ทั้งนี้รวมถึงสภาวะผู้ป่วยในสภาวะฝักด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ตามร่างกฎกระทรวงได้ออกกฎหมายรองรับดังนี้ คือ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กฎกระทรวงที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง ประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 22 ตุลาคม 2553 ไว้ดังนี้

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 และมาตรา 12 ววรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ สุขภาพ พ.ศ. 2550 นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวง ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 กฎกระทรวงฉบับนี้ให้ใช้บังคับเพื่อพ้นกำหนดสองร้อยสิบวันนับแต่วันประกาศในพระราชกิจจานุเบกษานี้เป็นต้นไป และกฎกระทรวงจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 เป็นต้นไป

คำอธิบาย และแนวทางการปฏิบัติงาน หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือที่ไม่ต้องการรับบริการสาธารณสุขหรือวิธีการรักษาบางอย่าง ในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนาโดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อาการทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้ หนังสือนี้จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาสามารถวางแผนการรักษาได้ โดยใช้หนังสือดังกล่าวเป็นข้อมูลประกอบการดูแลรักษา

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือ ผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตายไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยืดชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อที่ 2 ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือเจตนา” หมายความว่าหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับ

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติกรรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ายังได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองไว้ว่าเป็น วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านกาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างครบถ้วน

วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบอาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆที่แสดงถึงการรับรู้ได้จะมีเพียงปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเท่านั้น

คำอธิบายในการปฏิบัติงาน วาระสุดท้ายของชีวิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับอย่างมีอาจหลีกเลี่ยง หรือเป็นระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยให้บรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือนแล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่รับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้เอง แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปด้วย ต้องอธิบายเป็นกรณีๆ ไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่า สภาพผัดถาวร หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทรา หรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผัดถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตไว้ การที่จะใช้ชีวิตอยู่แบบนั้นเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไปทั้งยังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อญาติ

กรรมานจากการเจ็บป่วย หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

คำอธิบายในการปฏิบัติงาน ความเจ็บป่วยจัดเป็นอาการผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ความเจ็บป่วยจึงเป็นความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละบุคคล ควรยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยจริงถ้าผู้นั้นระบุว่าอาการที่มีคือความเจ็บป่วยอย่างไรก็ตามการพิจารณาเรื่องนี้

จะต้อง คำนึงถึงสภาพและความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นกรณีๆ ไป

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือจิตใจ ที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หาย หรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาต ลื่นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อที่ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือเจตนา

4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุลและหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อ ศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

คำอธิบายในการปฏิบัติงาน

1) คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และกฎกระทรวงตามมาตรา นี้ มิได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์อายุ 18 ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุครบ 18 ปี บริบูรณ์มีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือ

แสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน ทั้งนี้ ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย

2) การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเองโดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสารกับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีตของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาและสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้หรือไม่ โดยการพิจารณาเหล่านี้ควรใช้วิจารณญาณของผู้ประเมิน ตลอดจนคำนึงถึงข้อจำกัดและสภาพแวดล้อมในเวลานั้นเป็นสำคัญ แต่หากผู้นั้นยังมีสภาพอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ก็อาจนัดให้มาทำหนังสือในภายหลังได้หรืออาจปรึกษาจิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

3) แนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรอธิบายแก่ผู้ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำหนังสือนี้ผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรอธิบายแนวทางการรักษาในอนาคตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรบอกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและความเป็นไปของโรคที่เป็นจริงในขณะนั้นให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำหนังสือ ไม่ควรปกปิดข้อมูล เพราะการปกปิดมักจะเป็นผลเสียมากกว่าผลดี หากเป็นความต้องการของญาติที่จะปกปิดข้อมูลแล้ว แพทย์ควรที่จะพูดคุยกับญาติเพื่อหาสาเหตุของการปกปิด และหาเวลาที่เหมาะสมที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพจิตหรืออารมณ์ไม่ปกติในขณะนั้น ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขควรได้รับการฝึกฝนทักษะเรื่อง การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ

4) เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือแสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนาจึงควรมีข้อมูลตามที่ระบุไว้ตามกฎกระทรวง ข้อ 3 ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือเพื่อความสะดวกในติดต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วยเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าว

ในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้องโดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการ ราชกรณี ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนไข้ที่ผู้ดูแลตนเอง และหากไม่มี พยานก็มิได้ทำหนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่ไว้วางใจ สมาชิกใน ครอบครัวหรือญาติทราบด้วยเพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จน อาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็น ฉบับล่าสุดถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่ยืดชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสีย มากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงอย่างไรก็ดีผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/ หอผู้ป่วยวิกฤตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว การถ่ายเลือด การล้างไต เป็นต้น

หนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความประสงค์ใน การเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา ให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร โดยคำนึงถึงศักยภาพ ภาระหน้าที่ของบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขแห่งนั้นเป็นสำคัญ

ข้อที่ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดง เจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อที่ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้น โดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือเจตนาได้ในกรณีที่มิ การแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อที่ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้าย ของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปได้ของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปได้ของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือเจตนา

4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรรภ์

ข้อที่ 7 ให้เลขาธิการ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออกประกาศ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ พร้อมทั้งตัวอย่างหนังสือเจตนา โดยประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา

คำแนะนำเบื้องต้นตามประกาศสำนักงานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2553

1) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไม่ใช่การทำการุณยฆาต (Mercy Killing) แต่อย่างใด

2) มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 รับรองสิทธิแก่บุคคล ในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ตามความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาของตนโดยการสื่อสารกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือเป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน

3) ผู้ที่ควรทำหนังสือนี้เป็นลำดับต้นๆ น่าจะได้แก่ ผู้ที่ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทกับการดำเนินชีวิตของตนที่ประสงค์จะให้การเสียชีวิตของตนมีลักษณะเป็นการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ตามแนวทางศาสนาที่ตนนับถือหรือตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะบุคคลเหล่านั้นจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

4) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจทำหน้าที่นี้ ในกรณีของผู้ป่วยสามารถใช้หนังสือนี้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ช่วยลดข้อขัดแย้งหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ แต่อย่างไรก็ดี การพูดคุยและปรึกษาระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดมาจากการรับบริการสาธารณสุข

5) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขของตนเอง โดยโรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถไปออกแนวทางการปฏิบัติของตนเองเพิ่มเติมได้โดยใช้แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา

จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) เป็นกฎหมายที่ออกมาใหม่ ว่าด้วยสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่จะปฏิเสธการรักษาการรับบริการสาธารณสุขที่เป็น เพื่อป้องกันการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ นับว่าเป็นสิ่งที่ดี ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ ซึ่งการดำเนินการอย่างเหมาะสมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อพิทักษ์สิทธิของตนเองนั้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสมทั้งวิธีการรักษา และผลการรักษา โดยใช้หลักการทางการแพทย์ในการแสดงผลการรักษาว่าได้ผลมากน้อยเพียงใดและอาจเกิดไม่พึงประสงค์อะไรบ้าง

ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความต้องการเป็นสิ่งผลักดันจากภายในของบุคคล ที่ทำให้บุคคลแสดงออกถึงสิ่งที่ตนปรารถนา ซึ่งสามารถประเมินจากการวัดระดับความพึงพอใจของบุคคล ความต้องการของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย บุคคลจะมีความต้องการมากกว่าบุคคลทั่วไป (จริยวัตร, อุษาพร, ชุตินา, อัดถากร, ราตรี และอรชร, 2541) เนื่องจากผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายและจิตใจที่อ่อนแอทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง บางครั้งเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่ได้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตทุกคนต้องการตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน เป็นความต้องการที่ช่วยให้ชีวิตที่เหลืออยู่ สามารถมีคุณภาพชีวิตจากไปอย่างสงบ (ทัศนีย์, 2543; ประเสริฐ, 2545; ฟารีดา; 2548) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ตัดสินใจแทนเพื่อใช้ในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลนั้น มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการศึกษาผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลในระยะวิกฤตและใกล้ตาย ต้องการทราบข้อมูลเรื่องโรค ความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ (กุศล, 2548; คุณิต, 2548; นิการิม๊ะ, 2547; ฟาริดา, 2548; ยูนิดา, 2550; วันวิสาข์, 2546) เมื่อได้ข้อมูลแล้วสามารถใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลและต้องการความอิสระในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง (นิตยา, 2541; อรนิช, 2549) จากการศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.00 ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการดูแลระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเองสามารถแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาในระยะสุดท้ายของเขาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีการสื่อสาร โดยบุคลากรสุขภาพเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยและครอบครัวได้ข้อมูลอย่างเพียงพอสำหรับการตัดสินใจเพื่อการรักษาในอนาคต (Akabayashi, Slingsby & Kai, 2003; Miller & Bolla, 1998; Sittisombut, et al., 2007) และจากการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) เพื่ออธิบายความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ที่เกี่ยวกับการเลือกและปฏิเสธการรักษา รวมถึงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ กลุ่มละ 20 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดต้องการรู้ข้อเท็จจริงว่าเป็นมะเร็ง และต้องการให้แพทย์อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาให้มากขึ้น เพื่อตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง และสำหรับเอกสารแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วยจะระบุชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยยอมรับหรือปฏิเสธ

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเลือกบุคคลหนึ่งและระบุชื่อไว้ในเอกสาร เพื่อทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับความต้องการคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย ทีมสุขภาพจะต้องมีการประเมินความเข้าใจของญาติด้วยเกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย ประโยชน์และข้อจำกัดในแต่ละทางเลือกในการรักษา และก่อนที่ทีมสุขภาพจะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพต้องแน่ใจว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติอยู่บนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและไม่เข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ (วันวิสาข์, 2546; BMA, 2001; Hudak, 2002; Leonard, Doyle & Raffin, 1999) แต่ยังมีปัญหาด้านการให้ข้อมูล และการนำเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยมาใช้พิจารณาการรักษาที่เกินขีดจำเป็นเพื่อยืดชีวิต หรือการรักษาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะเหมาะสมที่สุดและได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้ข้อมูลเพื่อหาข้อตกลงตั้งแต่เริ่มแรกเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ แต่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยกว่าที่ควรจะ

ได้รับ (สุครัตน์, 2550; Goodman, Tarnoff & Slotman, 1998) เมื่อมีกฎหมายไทยที่ออกมาใหม่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ กฎหมายว่าด้วยสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่จะปฏิเสธการรักษาการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) นับว่าเป็นสิ่งที่ดี ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

2. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความสำคัญหากผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ มีความจำเป็นต้องทราบรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนของทีมสุขภาพในทีมจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในผู้ป่วย 206 คน ผลการศึกษาพบว่า ให้ความเห็นว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้าและการมีผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 57.00 เป็นเครื่องมือที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (Haupt, et al., 1999) การแสดงเจตนาล่วงหน้ามีองค์ประกอบส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคคลที่สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้า บุคคลที่เกี่ยวข้อง ความสมบูรณ์ในการปฏิบัติตามการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในการแสดงเจตนาล่วงหน้า และวิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การทำพินัยกรรมชีวิต และการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน (ปีติพร, 2546; Kinzbrunner, Weinreb, & Policzer, 2002) โดยอาจแสดงเป็นลายลักษณ์อักษรหรือบอกกล่าวโดยวาจาก็ได้ (Gilbert, Cousell, Guin, O'Neill, & Briggs, 2001) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การทำพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นหนังสือ หรือเอกสาร ข้อมูล หรือชุดคำสั่ง ซึ่งบุคคลใช้ติดต่อบุคคลในการบอกความต้องการ หรือไม่ต้องการของบุคคลในอนาคตเกี่ยวกับการรักษาที่มีผลทางกฎหมายเป็นเพียงนิติกรรมอย่างหนึ่งที่เป็นการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของแพทย์ เป็นการสั่งเสียตามสิทธิที่บัญญัติในกฎหมาย เป็นการแสดงความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยกับแพทย์โดยตรงว่าต้องการอย่างไร ผู้กระทำต้องบรรลุนิติภาวะ มีสติสมบูรณ์ และป่วยเป็นโรคที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่ารักษาไม่หายขาด โดยต้องมีแพทย์มากกว่า 1 คน ยืนยันว่าผู้ป่วยจริงและจะต้องตายด้วยโรคหรืออาการนั้นจริง ซึ่งแพทย์สภาต้องกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยโรคใดมีลักษณะเช่นใด คือ ผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถกำหนดนั้น หมายถึง เรื่องใดบ้าง (ปีติพรและสายพิณ, 2546; วันวิสาข์, 2546) และผู้ป่วยจะต้องลงลายมือชื่อ ผู้ป่วยจะบอกเลิกเอกสารนี้เมื่อใดก็ได้ ควรจะมีแบบให้ผู้ป่วยกรอกโดยผู้ป่วยจะได้อธิบายสิ่งที่ต้องการได้มากที่สุด เป็นการระบุแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตและไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการได้ด้วยตนเองได้ เพื่อให้บุคคลสามารถสั่งการรักษาที่ตนต้องการในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นเอกสารมีการลงลายมือชื่อไว้

เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อผู้ป่วยถึงเวลาที่อยู่ในภาวะไม่มีหวังที่จะฟื้นขึ้นมาอีก เป็นเรื่องที่ยากลำบากให้มีผลก่อนตาย คือ ห้ามรักษาเพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ตายอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สุจิตรา, 2546; Hall, 1996; National Cancer Institute, 2000; Wallace, Martin, Shaw, & Price, 2001) การใช้พินัยกรรมชีวิต จะใช้ได้ในกรณีที่ความตายจะมาถึง หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย หรืออยู่ในภาวะพัก สมองส่วนบนถูกทำลายปราศจากความรู้สึกนึกคิด แต่ระบบการทำงานของร่างกายอาจทำงานปกติ (ละเอียดและสุรี, 2549; Trammello, 2000) เอกสารพินัยกรรมชีวิตควรมีการถ่ายสำเนาเก็บไว้ในที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ง่าย และให้สำเนาแพทย์ที่ดูแลรักษาตนเองที่โรงพยาบาล ญาติใกล้ชิด และยังมีผู้ป่วยบางรายอาจทำเป็นบัตรที่เป็นพินัยกรรมชีวิตไว้สำหรับพกพาใส่กระเป๋าบัตรเพื่อสะดวกในการแสดงเจตนาในการรักษา พยาบาลที่ตนเองต้องการ (National Cancer Institute, 2000)

ในประเทศไทย พินัยกรรมชีวิตมีการใช้ชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น เรียกว่า พินัยกรรมชีวิต (นันทน, 2550; แสง, 2552) หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้ายของชีวิต (สุจิตรา, 2546) หรือพินัยกรรมเพื่อชีวิต (สันต์, 2544) หรือสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (อำพล, 2546) ในการทำพินัยกรรมชีวิตอาจทำเป็นลายลักษณ์อักษร หรืออาจก็ได้ กล่าวคือ กรณีผู้ป่วยใกล้ตายจะไม่สามารถเขียนหนังสือได้เอง ถ้าผู้ป่วยได้บอกกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ในเวลาเดียวกันอยู่พร้อมหน้ากัน พร้อมทั้งบันทึก วัน เดือน ปี สถานที่ทำพินัยกรรม แล้วให้พยาน เช่น ชื่อรับรองสองคน รับรองลายมือชื่อผู้ทำพินัยกรรม ทีมสุขภาพอาจลงลายมือเป็นพยาน จะเห็นได้ว่า พินัยกรรมชีวิตมีชื่อที่เรียกแตกต่างกันไป แต่ความหมายและการนำไปใช้ไม่ได้แตกต่างกัน อาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการนำไปใช้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาด้านการรักษาไว้ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจได้ ว่าไม่ต้องการการรักษาอะไรบ้าง การเขียนบอกแนวทางการรักษาทั่ว ๆ ไป เป็นการบอกการรักษาอย่างกว้าง ๆ ตามเจตนาของผู้ป่วยว่า ในอนาคตหากเกิดเจ็บป่วยขึ้น ต้องการได้รับการรักษาแบบใด เช่น “ต้องการดูแลแบบประคับประคอง” หรือ “ไม่ต้องการการรักษาที่เกินความจำเป็นเพื่อยืดชีวิต” ซึ่งบุคลากรสุขภาพหรือผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาต้องไปตีความว่า คำสั่งเหล่านี้ หมายถึง อะไร การบอกแนวทางการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เป็นการบอกอย่างชัดเจนว่าบุคคลผู้นั้นต้องการหรือไม่ต้องการรับการรักษาชนิดใด เช่น “ไม่ต้องการการช่วยคืนชีพ” หรือ “ไม่ต้องการใส่เครื่องช่วยหายใจ” หรือ “ไม่ต้องการให้เจาะคอ” หรือ “ไม่ต้องการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก” “ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล” หรือ “ไม่ต้องการการรักษาทุกชนิด” เป็นต้น (นรินทร์, 2543; สุภารัตน์, 2550) ซึ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1646 บัญญัติว่า “บุคคลใดจะแสดงเจตนาโดยพินัยกรรมกำหนดการเพื่อการตายในเรื่องทรัพย์สินของตนเอง หรือในการต่าง ๆ อันจะเกิดเป็นผลบังคับได้ตามกฎหมายเมื่อตนตายก็ได้ แต่พินัยกรรมชีวิต เป็นนิติกรรมฝ่ายเดียวไม่ต้องมีผู้รับ ก่อให้เกิดผลได้เลย เมื่อมีการแสดงเจตนาของผู้ทำนิติกรรม

ทั้งนี้การทำพินัยกรรมชีวิตแบบบอกแนวทางการรักษามีข้อจำกัด เช่น ภาษาที่ใช้ทำให้ผู้เขียนเกิดความยากลำบากในการอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในอนาคตต้องเขียนใช้พื้นที่ 1-2 หน้ากระดาษ ซึ่งตัวผู้ป่วยยังไม่รู้ว่าในอนาคตจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง และต้องรักษาอย่างไร ไม่มีความรู้เรื่องโรค ไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ไม่ทราบวิธีการรักษา ผลดีผลเสียของการรักษา ทำให้ไม่สามารถบอกแนวทางการรักษาได้ ผลที่ตามมา คือไม่ทราบจะเขียนอย่างไร และบางครั้งอาการเปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาได้และบางครั้งแพทย์อาจตีความผิดๆ ได้ ถ้าเขียนพินัยกรรมไม่แจ่มแจ้ง (ปีติพรและสายพิน, 2546; สุภารัตน์, 2550) ทำให้ผู้ป่วยจะเขียนพินัยกรรมชีวิตไม่ได้ และความไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอาการ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงใจได้ ทั้งนี้อาจมีการรักษา แบบประคับประคองได้ ในปัจจุบันผู้มีความรู้พยายามที่จะช่วยในการทำพินัยกรรมชีวิตให้ง่ายและสะดวกแก่การเขียนและอ่านเข้าใจง่ายขึ้น (แสวง, 2552)

สำหรับพินัยกรรมชีวิตด้วยวาจา เป็นการกล่าวโดยสิ่งเสียไว้โดยวาจา (Gilbert, Cousell, Guin, O'Neill, & Briggs, 2001) ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งด้วยวาจา และไม่ต้องการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร (Sittisombut, et al., 2007) โดยผู้ป่วยจะสั่งเสียลูกหลานหรือแพทย์ พยาบาล หรือไว้ด้วยวาจา เมื่อแพทย์ พยาบาลรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยจะบันทึกในรายงานผู้ป่วยหรือเขียนลงในแผนการรักษาพยาบาล และส่งเวรต่อกันเพื่อให้ทีมสุขภาพรับทราบและปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย แต่อาจมีข้อจำกัดทำให้ไม่หลักฐานอื่นๆที่ชัดเจน เช่น พยานที่รับทราบ ผู้ป่วยไม่ได้เขียนเอง ต้องใช้เวลาในการเขียน เรียบเรียง และไม่มีแนวทางที่เขียนชัดเจน ดังได้เกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่รับทราบกัน ในกรณีของท่านพุทธทาส ที่สั่งเสียในการจัดการตามความต้องการของท่านที่มีไว้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือใกล้มรณภาพแต่ด้วยความรัก ศรัทธา ของศิษยานุศิษย์ จึงให้ทีมแพทย์รักษาโดยใช้เครื่องมือเทคโนโลยีชีวิตจนวาระสุดท้าย (พระไพศาล, 2551)

นอกจากนี้ ในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ยังเกี่ยวข้องกับรายละเอียดอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงเอกสารหากมีการปรับเปลี่ยนได้ เนื่องจากความไม่แน่นอนในอาการ ให้ถือฉบับปัจจุบันเป็นหลัก มีการศึกษาในต่างประเทศที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง ใช้สถานการณ์สมมติ เกี่ยวกับการใช้ยาลดปวดผู้ป่วยมะเร็ง และการใช้อุปกรณ์พุงชีวิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.00-66.00 ต้องการรักษาบรรเทาอาการอย่างเต็มที่ กรณีที่ไม่สามารถกลับภาวะปกติได้ และร้อยละ 25.00 ของทั้งหมดต้องการยุติการรักษา แต่เมื่อหลังการรักษาไประยะหนึ่งแล้วร้อยละ 50 ต้องการยุติชีวิต (Foti, Bartels, Van Citters, Merriman & Fletcher, 2005) ที่ต้องการให้ดูแล และจัดการต่างๆ เพื่อใช้ประกอบในการแสดงเจตนาล่วงหน้าก่อนวาระสุดท้ายมาถึง และความต้องการอื่นๆ ในการดูแลประคับประคองเพื่อความสุขสบาย ลดความ

ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การจัดการศพ สถานที่ตาย การจัดการในบางเรื่องของผู้ป่วยยังกังวลหรือเป็นห่วง เช่นการขอโหสิกรรม การต้องการพบปะบุคคลที่ต้องการสังเวยก่อนจาก และรายละเอียดอื่นๆ ซึ่งมีในรายละเอียดในกฎกระทรวงที่เพิ่งออกมารองรับแล้วในปี พ.ศ. 2554

2.2 การมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน (durable power of attorney or proxy directive) ในการตัดสินใจแทน (substituted judgment) ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์และความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก (Day, 2000) โดยตัดสินใจตามคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย และพยายามตัดสินใจให้เหมือนกับที่ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งถ้าไม่มีใครทราบความต้องการที่แน่นอนของผู้ป่วย การตัดสินใจควรมีการพูดคุยปรึกษากันระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและทีมรักษาพยาบาล เพื่อให้มีความเห็นร่วมกันที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (ประคอง, 2543; Jox, Hessler, & Borasio, 2008) โดยจะต้องเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์และภาระของการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วย ถ้าเป็นประโยชน์มากกว่าภาระก็ควรจัดให้มีการรักษาต่อ แต่ถ้าเป็นภาระควรงดเว้นการรักษาดังกล่าว (นรินทร์, 2543; Beauchamp & Childress, 2001; Jacob, 1997; Rich, 2002; Tunzi, 2003) ซึ่งการคัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่แทนจะพบบ่อยในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหนักมากทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่แทนหรือสมาชิกในครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Vittone, 2002)

ผู้ตัดสินใจแทน คือ บุคคลที่ผู้ป่วยเลือกกระตือรือร้นเฉพาะว่าให้ใครเป็นผู้ที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ โดยมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ในลักษณะตัวแทน หรือผู้รับมอบอำนาจในการดูแลสุขภาพรวมถึงตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทน (surrogate selected by patient) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจบอกความต้องการของตนเองหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต (Hall, 1996; Gostin, 1997) ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนจะได้รับมอบหมายด้วยการแสดงเจตนาชัดแจ้งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร อาจเป็นทายาทหรือไม่ใช่ทายาทก็ได้ หากผู้ป่วยไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งทายาทในครอบครัวจะมีลำดับความใกล้ชิดในครอบครัวแตกต่างกัน (วิชัย, 2545) บุคคลที่กฎหมายกำหนดให้เป็นผู้คุ้มครองตามลำดับ (Day, 2000) โดยผู้ที่เหมาะสมที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยมากที่สุดควรเป็นผู้ที่ได้รับเลือกโดยผู้ป่วยให้ตัดสินใจแทน (วิชัย, 2545) บุคคลที่เหมาะสมจะเป็นผู้ตัดสินใจแทน ได้แก่

2.2.1 ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว โดยถูกกำหนดให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของ จารุวรรณ (2550) พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนเป็นครอบครัว ร้อยละ 10.50 และมากถึงร้อยละ 73.00 (Paillaud et al., 2007) โดยส่วนใหญ่พบว่ามิสัมพันธ์ภาพเป็นบุตรมากที่สุด

(วงรัตน์, 2544; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ผู้ป่วยอาจมอบอำนาจให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยไว้วางใจคนเดียวหรือหลายคน เป็นผู้ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่แสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลแทนได้ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตอบสนองหรือไม่ปฏิเสธการรักษาได้เอง สิ่งที่สำคัญที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนจะต้องใช้สิทธิตามเจตนาของผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนบ่งบอกถึงการดูแลและให้การรักษาต่อผู้ป่วย รวมถึงการจัดการของครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว (Pace, 2000 อ้างตามนิกริหมี, 2547) แต่บางครั้งในรายที่มีปัญหาทางจิตที่นักจิตวิทยาต้องมีส่วนในการช่วยเลือกให้ผู้ป่วยว่าผู้ใดเป็นผู้เหมาะสมและมีความสามารถในการช่วยตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Allen & Shuster, 2002; Foster & Turnur, 2007; Lautrette, Peigne, Watts, Souwein, & Azoulay, 2008)

2.2.2 สมาชิกในทีมสุขภาพ มีการมอบหมายทีมสุขภาพให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน ดังเช่น การศึกษาของจากรูรณ (2550) พบว่าเป็นต้องการให้สมาชิกทีมสุขภาพตัดสินใจแทนร้อยละ 18.10 และร้อยละ 28.00 (Paillaud et al., 2007) โดยกำหนดให้ทีมสุขภาพจำนวน 2 คนขึ้นไปเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลไว้ และไม่สามารถหา ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์ผู้ทำการรักษามีหน้าที่ดำเนินการรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยโดยตรง ภายใต้การคำนึงถึงประโยชน์และภาระที่จะเกิดขึ้นหากจัดให้มีการรักษาต่อ ซึ่งถ้าเป็นภาระมากกว่าประโยชน์ ควรงดเว้นการรักษาดังกล่าว (นรินทร์, 2543; Beauchamp & Childress, 2001; Rich, 2002; Tunzi, 2003) นอกจากนี้จำเป็นต้องพิสูจน์ความจริงและปกป้องผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของญาติซึ่งจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้ (วันวิสาข์, 2546; วิชัย, 2545)

1) การตัดสินใจของญาติขัดกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่แพทย์สามารถเน้นให้ญาติทราบว่าการตัดสินใจเลือกการรักษาต่อหรือจะหยุดการรักษานั้นไม่ใช่เพื่อตัวญาติเองแต่เพื่อผู้ป่วย

2) ญาติผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลและความจำเป็นของการตัดสินใจได้หรือไม่ ซึ่งแพทย์ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจมีผลประโยชน์ของผู้ตัดสินใจแทนเข้ามาเกี่ยวข้อง

3) ระดับความสัมพันธ์ของญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเป็นทายาทตามลำดับเท่าใดตามกฎหมาย เพราะโดยหลักแล้วทายาทตามกฎหมายลำดับย่อมมีอำนาจโดยชอบธรรมที่จะตัดสินใจ

ทั้งนี้การมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน มีข้อดีทำให้ผู้ที่รับมอบอำนาจมีสิทธิถูกต้องตามกฎหมายที่จะทำการตัดสินใจแทน หรือกระทำแทนตามเจตนาของผู้ป่วยในเวลาที่ผู้ป่วย

ไม่สามารถตัดสินใจได้ แต่มีข้อเสียคือ ผู้ตัดสินใจแทนอาจเพิกเฉย ไม่สนใจ ลังเลใจ หรือแปลเจตนาของผู้ป่วยผิดได้ อาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Lynn, et al., 2000 อ้างตาม สุคารัตน์ 2550; Fischer, Arnold, & Tulskey, 2000) และหากผู้ป่วยต้องมอบหมายผู้ตัดสินใจแทนที่รู้ใจและไว้ใจได้เพราะการตัดสินใจสามารถทำได้แม้ว่าการป่วยที่ดูเหมือนหนักมากนั้น จะไม่ใช่อาการที่รักษาไม่ หากปล่อยให้ผู้ป่วยตายก็อาจจะมีเรื่องความต้องการทรัพย์สินของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง (ปิติพรและสายพิน, 2546)

3. ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการตัดสินใจเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะจะให้ปฏิบัติกับตนเองอย่างไรนั้นผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเอง หรือให้ผู้อื่นตัดสินใจ โดยในทางปฏิบัติสามารถทำได้โดย

3.1 การตัดสินใจด้วยตัวเอง ผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิด้วยตนเองที่ได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมาย (incompetent) ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลตามอำนาจกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ ขณะแสดงเจตนา นั้นผู้ป่วยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสามารถในการตัดสินใจ ถือว่าการตัดสินใจยึดถือความต้องการของผู้ป่วยเองเป็นหลักในการตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Douglas & Brown, 2002) สำหรับชีวิตของตนเอง

3.2 การให้ญาติ/ครอบครัวตัดสินใจแทน ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน กรณีที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาที่มอบหมายให้ผู้ใดมีอำนาจแทน ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่ก็ได้ ด้วยการแสดงเจตนาที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับชั้นของทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาตรา 1629 และมาตรา 1635 กำหนดให้ทายาทโดยชอบเป็นธรรมมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังดังต่อไปนี้ (วิชัย, 2545) คือ

- 1) คู่สมรสและผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา)
- 2) บิดามารดา
- 3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
- 4) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
- 5) ปู่ย่า ตายาย
- 6) ลุง ป้า น้า อา

ทั้งนี้การคัดเลือกญาติเพื่อทำหน้าที่แทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกด้วยยังเป็นการปฏิบัติโดยยึดหลักจริยธรรมในการเคารพเอกราชของผู้ป่วย (Libbus & Russell, 1995) ในกรณีที่ไม่มีข้อมูล

เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจกระทำจะต้องไม่ตรงข้ามกับสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือสิทธิของผู้ป่วย (Sloan, 1996) จากการศึกษาของเคอร์ริดจ์และคณะ (Kerridge, et al., 1998) พบว่าถ้าผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตและผลที่ไม่พึงประสงค์จะทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตได้อย่างเหมาะสม การมอบหมายในการคัดเลือกบุคคลที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนจะพบได้บ่อยในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ด้วยตัวเอง ผู้ที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย และช่วยปกป้องผู้ป่วย ให้ได้รับสิ่งที่เกิดประโยชน์สูงสุด (Huffman, 2003) และสำหรับสำหรับญาติที่ตัดสินใจให้มีการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยในผู้ป่วยที่ไม่มีหวัง เนื่องจากญาติคิดว่า เป็นการกระทำที่ได้ช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้ว (Schneiderman & Faber-Langendoen, 1994) อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจในการรักษาชีวิตและยุติการรักษาที่ยืดชีวิต พบว่าบางสถานการณ์ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจ ไม่สอดคล้องกัน (จิรายุ, 2549)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทนที่อยู่นอกครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนแต่ค่อนข้างมีน้อย อาจพบในการมอบหมายเพื่อนหรือคู่รักตัดสินใจแทน ดังเช่น การศึกษาที่มีการมอบหมายให้คู่รักร่วมเพศ และคู่รักต่างเพศ ที่ไม่ใช่คู่สมรส เป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงลืม หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Dejamtte, 1998)

3.3 การให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทน ผู้ป่วยและครอบครัวอาจตัดสินใจโดยให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทนเพราะเนื่องจากความเชื่อถือในทีมสุขภาพ และไว้วางใจ ดังเช่น ศึกษาของนิกริห๊ะ (2547) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตในการตัดสินใจโดยให้ทีมสุขภาพ ตัดสินใจเนื่องจากความเชื่อถือในทีมสุขภาพ ร้อยละ 71.40-89.50 และปัจจัยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตในการรับการรักษาต่อเนื่องจากเชื่อถือในทีมสุขภาพ ร้อยละ 32.00-59.30 ทั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และผลจากการรักษาพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์ และการวางแผนการรักษาและเหตุผลของทีมสุขภาพในการรักษาหรือยุติการรักษา หากผู้ป่วยมีการแสดงเจตนาล่วงหน้าหรือพินัยกรรมชีวิต ทีมสุขภาพสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจ (พัชรี, 2546) เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย (Fry, 1998) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองและมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจ (Hewitt, 2002) และบางครั้งญาติผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนยังต้องการให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนในสถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมีความต้องการให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจถึง ร้อยละ 57.00 (Sithisombut & Inthong, 2009)

3.4 การให้ทีมสุขภาพและครอบครัวร่วมกันตัดสินใจแทน การตัดสินใจที่ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวหรือญาติ ตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของพัชรี (2546)

พบว่าบุคคลหลักที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ แพทย์และญาติ ส่วนพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษา อาจจะเป็นเนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทราบเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยนั้นต้องการให้ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนและแพทย์ร่วมกันวิเคราะห์ตามเจตนาของผู้ป่วยร่วมกัน (Akabayashi, et al, 2003; Miyata, et al., 2006; Sithisombut & inthong, 2009)

4. ความต้องการตัดสินใจในการรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการตัดสินใจเลือกแนวทางหลายๆ ทางโดยมีหลักในการพิจารณาในการเลือก ทั้งนี้เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ (เรมวอล, 2542; อุทัย, 2545) การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาโดยตรง โดยการตัดสินใจมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิดเชิงเหตุผล และสะท้อนความคิดออกมาสู่การเลือกข้อปฏิบัติ การใช้หลักคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ปลูกฝังกันมา การตัดสินใจในระยะสุดท้ายมี 2 ประเด็น คือ การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตและยุติการรักษาที่ยืดชีวิต หรือปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิต

4.1 การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต (life sustaining treatment) เป็นการรักษาหรือปฏิบัติการ ต่าง ๆ ของทีมสุขภาพที่มีผลทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น โดยปราศจากการกลับคืนสู่ภาวะปกติ (คูลิต, 2548; Flynn & Davis, 1990) ซึ่งการรักษาที่ยืดชีวิต ได้แก่ การรักษาด้วยออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหาร และสารน้ำด้วยวิธีพิเศษ การให้เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดใหญ่ และการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ การรักษาด้วยเคมีบำบัด การฉายแสง และการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (hemodialysis) (Asch, Faber-Langendoen, Shea, & Christakis, 1999; Goodman, Tarnoff & Slotman, 1998) เป็นต้น การรักษาโดยใช้เทคโนโลยีเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยมี ความทุกข์ทรมานในการมีชีวิตที่ต้องฝืนธรรมชาติ อยู่กับอุปกรณ์ที่ช่วยยืดชีวิต บางครั้งทุกข์ทรมานต่อการรักษาที่ได้รับ บางรายต้องนอนอยู่กับเตียงโดยไม่มีรับรู้ใด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้ให้การดูแล (เกสรฯ, 2540) การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมีหลายวิธี ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ออกซิเจน การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร เป็นต้น (คูลิต, 2545) ประเด็นปัญหาที่พบบ่อยที่ต้องใช้ในการตัดสินใจ คือ การช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

4.1.1 การช่วยฟื้นคืนชีพ หมายถึง เป็นการรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมอง อวัยวะสำคัญได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษา

ที่เหมาะสม โดยวิธีการนวดหัวใจ ผายปอดและการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ บางรายอาจใช้กระตุ้นไฟฟ้าร่วมด้วย (โชคชัยและอภิรักษ์, 2545)

ข้อบ่งชี้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ จะกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหัวใจหยุดเต้น และการหายใจหยุด และเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว 2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงที่บริเวณคอและขาหนีบไม่ได้ 3) มีการหายใจหยุดหรือหายใจเป็นเอือกๆ 4) ตัวซีดหรือเขียว (cyanosis) 5) ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน (ประดิษฐ์, 2541, วิจิตรา, 2543) การช่วยชีวิตต้องใช้ระยะเวลาในการทำที่ค่อนข้างรวดเร็ว เพื่อสามารถที่จะยืดชีวิตผู้ป่วย จึงต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วด้วย ถึงจะมีประสิทธิภาพ

ข้อห้ามในการช่วยฟื้นคืนชีพ (สันต์, 2544) ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีคำสั่งว่าไม่ให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (หมายถึง หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ได้ทำไว้ก่อนการหมดสติในครั้งนี้ และยังมีผลในการบังคับใช้) ซึ่งตอนนี้ในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลแม้เป็นเรื่องที่ยังใหม่อยู่ที่มีสุขภาพก็ควรศึกษาและทำตามเจตนาของผู้ป่วย

2) ผู้ป่วยที่มีอาการแย่งลง เช่น ผู้ป่วยอาการหนักและทรุดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่แล้วมีภาวะหัวใจ/หายใจหยุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่แพทย์อย่างน้อย 2 คน มีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและไม่สามารถหายใจ

3) การช่วยฟื้นคืนชีพนั้น จะทำให้ผู้ช่วยชีวิตจะได้รับอันตราย เช่น เกิดการบาดเจ็บ หรือมีการติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

การช่วยฟื้นคืนชีพช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่บางครั้งอาจทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ หรืออาจมีชีวิตที่ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ไม่สามารถรับรู้อะไรได้ มีชีวิตเหมือนผัก มีชีวิตที่ต้องฝืนธรรมชาติ (สุดารัตน์, 2550; ศิริรัตน์, 2546) มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เป็นภาวะที่ต้องให้การดูแลและสูญเสียทรัพยากรในการรักษา (เกสร, 2540; สุดารัตน์, 2550; Gomez, 2002)

การศึกษาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าร้อยละ 65.00 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ยังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนการเสียชีวิต (Sittisombut, Love & Sitthi-amorn, 2001) ผลจากการช่วยฟื้นคืนชีพจากการศึกษาของฟิตซ์เจอร์าลด์ และคณะ (Fitzgerald et al., 1997) พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 44 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพมีสภาพที่แย่งลงกว่าเดิม ไม่สามารถรับรู้อะไรหรือสื่อสารอะไรได้ ทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น ยังเป็นปัญหาที่มีผลขัดแย้งว่าจำเป็นหรือไม่และใคร คือ ผู้ตัดสินใจที่ดีที่สุดขึ้นอยู่กับทำให้คุณค่าเรื่องนี้อย่างไร เพราะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวแล้วไม่มี

โอกาสตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ในการตัดสินใจของญาติหรือทีมสุขภาพ หากผู้ป่วยได้บอกความต้องการหรือได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องตามคุณค่าและความเชื่อของตนเองอย่างแท้จริง ในประเทศไทย พบว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตัดสินใจวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้า โดยการทำพินัยกรรมชีวิตที่สามารถลดการช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ทำให้เกิดความหวังที่ดีได้ (Sittisombut, et al., 2007)

4.1.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นการใช้เครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ เพื่อใช้ในการกู้ชีวิต วัตถุประสงค์ของการได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่อง 1) ให้มีปริมาตรออกซิเจนที่ส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ ร่วมกับการขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมา ในปริมาณที่เพียงพอที่จะรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย 2) เพื่อลดการทำงานของการทำงานของหัวใจ ซึ่งทำให้ความต้องการออกซิเจนลดลง 3) หลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้นกับปอด และส่งเสริมให้ปอดฟื้นตัวเร็ว (วิจิตร, 2543) และข้อบ่งชี้ในการได้การช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ 1) ผู้ป่วยภาวะหายใจวายจากการล้มเหลวเกี่ยวกับกลไกการหายใจ แต่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น ได้รับยาเกินขนาด มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ 2) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น ปอดบวมน้ำ หรือ ARDS 3) ผู้ป่วยมีปัญหาหลอดลม เช่น การอุดกั้นทางเดินหายใจ หอบหืด และ ถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง 4) กรณีอื่นๆ ที่มีภาวะหายใจวายเกิดขึ้น เช่น หลังผ่าตัดช่องอก หรือบาดเจ็บช่องอก ช็อค หัวใจวาย สมองได้รับบาดเจ็บ 5) เมื่อมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น การเจาะแก๊สในหลอดเลือดแดง (ABG) การเอกซเรย์ปอด อัตราการหายใจ และปริมาตรหายใจมีภาวะเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน (ชูศักดิ์, 2540)

การรักษาผู้ป่วยด้วยเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ผู้ป่วยอาจพบกับความทุกข์ทรมานต่างๆ และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจพบว่ามีความปวดอย่างรุนแรงจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าทำให้ไม่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถในการทำกิจกรรม ไม่สามารถจัดการหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) ในเรื่องประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าระยะแรกในการรับรู้ว่าจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้เกิดความอึดอัด หงุดหงิดรำคาญ และกังวลใจและในระยะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องปรับจังหวะให้หายใจตามเครื่องและการดูแล และความยุ่งยากในการสื่อสาร นอกจากนี้ยังต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก และใส่เครื่องช่วยหายใจหรือได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น (Sittisombut, Love, & Sitthi-amorn, 2001) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบกับความทุกข์ ทรมาน แม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวก็ตาม แต่ยังไม่ได้มี

การกล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยจะยอมใช้เครื่องช่วยหายใจหากสามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้เอง และมีเหตุผลเช่นไร

ทั้งนี้ประโยชน์และโทษ จากการรักษายืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด (สันต์, 2542) คือ

ด้านประโยชน์

1) การป้องกันหรือลดความขัดแย้ง ระหว่าง

1.1) แพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการที่จะประวิงการตายออกไปให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ

1.2) แพทย์ พยาบาลด้วยกัน ในหมู่แพทย์ พยาบาลด้วยกัน หรือระหว่างแพทย์กับพยาบาล บางครั้งมีข้อคิดเห็นต่างกันว่าผู้ป่วยหมดหวังหรือไม่หมดหวังหรือเมื่อหายจากหมดหวังแล้วควรทำอย่างไร ทั้งนี้เพราะหลักเกณฑ์หรือระเบียบปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่หมดหวังยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและยอมรับกันทั่วไป

1.3) ญาติผู้ป่วย ญาติแต่ละฝ่าย อาจมีความเห็นที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน และมีตัวอย่างพี่น้องถึงกับทะเลาะและโกรธกันไปตลอดชีวิต สืบเนื่องจากการดูแลรักษาญาติที่หมดหวังจนต้องหย่าขาดจากกันทำให้ลูกคนอื่นๆ ประสบกับชะตากรรมจากภาวะผู้ตัดสินใจแทนที่แตกแยกไปด้วย

1.4) ผู้ป่วย ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่มีฐานะ และหรือสภาพความอบอุ่นในผู้ตัดสินใจแทนที่แตกต่างกัน มักเกิดข้อขัดแย้งในจิตใจเมื่อได้พบเห็นความแตกต่างที่ได้รับจากความเอาใจใส่ของญาติ แพทย์และพยาบาล แม้กรณีที่ได้รับความสะดวกเอาใจใส่เท่าเทียมกันจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป อาจเกิดความสับสนและความขัดแย้งในจิตใจตนเอง บางขณะอาจอยากจากไปเร็วๆ แต่บางขณะอาจอยากอยู่ต่อไปนานๆ ได้

1.5) คนในสังคม คนในสังคมมีหลากหลายความคิดมากขึ้น ต่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวังจึงมีมากขึ้น

2) โอกาสผู้ป่วยจะฟื้นเหมือนปาฏิหาริย์ เช่น ไม่ทราบสาเหตุใดที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือโดยหวังว่าอาจจะมีผู้คิดค้นยาหรือวิธีการรักษาโรคนี้ขึ้นมาในอนาคตอันใกล้ เป็นต้น ซึ่งมีโอกาสนี้น้อยแต่ก็ยังมีผู้หวังอยู่เช่นนี้เสมอ จึงมีผู้ใช้เป็นข้ออ้างเพื่อประวิงการตายออกไป ผู้ที่ใช้ข้ออ้างนี้ควรคำนึงถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยเปล่าประโยชน์และยังได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นนานขึ้น เพียงเพื่อหวังว่าจะมีสักคนหนึ่งที่ฟื้นหรือหายจากโรคโดยปาฏิหาริย์ได้ เป็นต้น

ดังนั้นหากเกิดการขัดแย้งกันหรือมีท่าทีว่าจะขัดแย้งกัน แพทย์ และพยาบาลจึงมักใช้วิธีการยึดชีวิตออกไปเพื่อบรรเทาหรือป้องกันการขัดแย้งรุนแรงหรือบานปลายออกไปจากความทุกข์ทรมานที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง

ด้านโทษของการยึดชีวิต (สันต์, 2542; 2546ก)

1) ความทุกข์ทรมาน ความทุกข์ทรมานย่อมเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้นและนานขึ้นทั้งทางกายและทางใจ ผู้ป่วยจะต้องได้รับความเจ็บปวดทรมานมากขึ้นจากการยึดชีวิต แม้ผู้ป่วยจะรอดชีวิตต้องประสบปัญหากับความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรม ไม่สามารถจัดการกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยตนเอง และหากญาติไม่สามารถปรับตัวได้อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (สันต์, 2546ข)

2) ค่าใช้จ่าย การยึดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องการยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง และต้องใช้แพทย์พยาบาลจำนวนมากในการดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยและญาติ หรือสังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการดูแลและทำให้ผู้ป่วยที่หมดหวังทุกข์ทรมานมากขึ้นจนถึงวาระสุดท้าย

3) การเบียดเบียนผู้อื่น เนื่องจากประเทศไทยยังยากจนงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลยังมีอยู่จำกัด มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ไม่เพียงพอ การใช้บุคลากรดังกล่าวและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อไปรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง ย่อมเป็นการเบียดเบียนผู้อื่นที่ยังมีหวังในการรักษาที่ยังมีอยู่จำนวนมาก

4.2 การยุติการรักษาพยาบาลที่ยึดชีวิต หรือการปฏิเสธการรักษาที่ยึดชีวิต การตัดสินใจที่ยึดชีวิตเป็นทางเลือกในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายด้วยเหตุผลสำคัญ คือ ผลของการรักษาไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น (คูสิต, 2548; Emanuel, Barry, Stoeckle, Ettelson, & Emanuel, 1991) นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องการให้มีการรักษาเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาเพื่อยึดชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรง (Covinsky et al., 1996) ในการยุติการรักษาที่ยึดชีวิตมีวิธีหลายวิธี อาจเริ่มจากการจำกัดการรักษา ซึ่งตัวอย่างการจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยอาจเลือกทำอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่ การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ การยกเลิก/การยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ การไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษายู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป หยุดการให้เลือดหรือพลาสมา ไม่สั่งยาปฏิชีวนะตัวใหม่ หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต หยุดให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (คูสิต, 2548) ประเด็นที่พบบ่อยมี ดังนี้

4.2.1 การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ หมายถึง การที่แพทย์มีคำสั่งไม่ให้เริ่มการช่วยฟื้นชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือการหยุดหายใจเกิดขึ้น (ประคอง, 2543; Gomez, 2002) แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลเพื่อความสบายและมีศักดิ์ศรี (BMA, 2001; Scanlon, 2003) การไม่ทำการกู้ชีวิตในผู้ป่วยที่มีหลักฐานชี้ชัดว่าสมองตายแล้ว หรือในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคที่มีการประเมินสภาพแล้วว่าผู้ป่วยควรถึงแก่กรรมอย่างสงบ ควรมีแพทย์ร่วมพิจารณาตัดสินใจมากกว่า หนึ่งคนจะทำให้มีความรอบคอบมากขึ้น (จริยา, ประดิษฐ์ และวิมลลักษณ์, 2544; แมน, 2542) การช่วยฟื้นชีวิตจะไม่กระทำในกรณีต่อไปนี้ (ประดิษฐ์, 2541; สันต์, 2544)

1) ผู้ป่วยที่มีคำสั่งว่าไม่ให้มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (คำสั่งนี้ หมายถึง หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยที่ได้ทำไว้ก่อนการหมดสติในครั้งนี้อย่างมีผลใช้) ที่มีสุขภาพควรจะกระทำตามเจตนาของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะเมื่อได้ถึงทราบเจตนาดังกล่าว

2) ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง เช่น ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักและทรุดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่แล้วมีภาวะหัวใจ/หายใจหยุด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมานานกว่า 30 นาที โดยไม่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตมาก่อน นอกจากนี้แพทย์อย่างน้อย 2 คน มีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและไม่สามารถรักษาให้หายได้

การช่วยฟื้นคืนชีวิตนั้น จะทำให้ผู้ที่ทำการช่วยชีวิต และผู้อื่นได้รับอันตราย เช่น เกิดการบาดเจ็บ หรือมีติดโรครุนแรง เป็นต้น

4.2.2 การยกเลิก/การยับยั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ ร่วมกับยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไป บางรายมีชีวิตอยู่ด้วยอุปกรณ์เหล่านี้ตลอดเวลา ทำให้ชีวิตต้องฝืนธรรมชาติ เกิดความทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์ที่ช่วยในการยืดชีวิต คุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มีสภาพชีวิตที่ไม่ต่างอะไรไปจากผัก (สันต์, 2544) การยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจขึ้นกับความรุนแรงของเจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมามากและมีอายุมากจะมีการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจมาก (Diringer, Edwards, Aiyagari, & Hollingsworth, 2001) นอกจากนี้ทัศนคติของบุคคลยังส่งผลต่อการยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย สจอกวิสต์ เบอร์จรีน สวอนทิสส์สัน และเนลล์สัน (Sjokvist, Berggren, Svantesson, & Nilstun, 1999) ศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า ประชาชน แพทย์ และพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการจะยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจถ้าตนเป็นผู้ป่วยมะเร็ง และยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อญาติของตนเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และการศึกษาของกรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน พบว่า ร้อยละ 86.70 ต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่ออยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา

อย่างไรก็ตามมีในปี 2546 มีการสำรวจความคิดเห็นของนักกฎหมายในประเทศไทย กรณีการปิดเครื่องช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยไม่มีโอกาสฟื้นตายตามคำขอร้องของผู้ป่วยถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (สุจิตรา, 2546) ซึ่งเป็นประเด็นการทำ Active Euthanasia แต่เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ออกมา ถือว่าแพทย์ผู้รักษาทำตามเจตนาของผู้ป่วยถือว่าเป็นความผิด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ลักษณะของความเจ็บป่วยครอบคลุมไปถึง ความรุนแรงของโรค ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษาของโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผลกระทบของโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้มีผลต่อการแสดงเจตนาตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตว่าต้องการอย่างไร และพบว่า ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความปวดจากโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงการไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ คุณภาพชีวิตที่ลดลงมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (ฟาริดา, 2548; Patrick, Radall, Engelberg, Neilsen, & McCown, 2003) จากการศึกษาของโรเซ็นเบลล์ และบล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) พบว่า อาการและอาการแสดงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจยุติการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย การไม่สามารถควบคุมการปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยุติการรักษา รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความโศกเศร้า ข้อมูลเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการ ความก้าวหน้าของโรค และความเสี่ยงในการรักษาในทางที่เลวลงเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงเจตนาล่วงหน้าในการตัดสินใจยุติการรักษา (คูสิต, 2548; นิการิหิมะ, 2547; Akabayashi, et al., 2003; Collins, Parks, & Winter, 2006; Kierner & Hladschik –Kermer 2009)

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว

2.1 คุณค่า และความเชื่อ (value and beliefs) วัฒนธรรม คุณค่าและความเชื่อมีพื้นฐานมาจากความศรัทธา ยอมรับความรู้สึกมากกว่าเหตุผลข้อเท็จจริง เป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ ความเชื่อเป็นตัวกำหนด

พฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ (สิวลี, 2543) รวมถึงความรู้สึกความมีคุณค่าทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นคุณค่าที่มีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาตามความเชื่อและคุณค่าของตน การปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง โดยเกณฑ์การตัดสินใจในการให้คุณค่าแตกต่างกันไปเมื่อเจ็บป่วย (กฤษณา, 2544) ดังเช่นการศึกษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เฉพาะเพราะจะมีคุณค่าเหมาะกับโรคของตนเอง จะแตกต่างกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยอื่นๆ (Singer, Thiel, & Salit, 1997) และการศึกษาของจากรูธ (2550) มีการใช้คุณค่าเกี่ยวกับความหวังในการตัดสินใจเพื่อรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตถึงร้อยละ 92.70 ในการตัดสินใจนอกจากนี้ยังมีความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาใช้ในการรักษาการยืดหรือยุติชีวิตอีกด้วย (คูสิต, 2548; นิกริม๊ะ, 2547; พันธ์, 2546).

2.2 อายุ เพศ และการศึกษา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ในระยะสุดท้าย จากการศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีการทำเอกสารระบุวิธีการรักษาไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วย ที่มีอายุระหว่าง 24 - 85 ปี ผู้หญิงที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีปัญหาสุขภาพไม่แข็งแรง ได้มีการทำเอกสารระบุการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้ามากกว่าเพศชาย ในผู้ป่วยที่อายุน้อยและสุขภาพแข็งแรง จะมีการวางแผนในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตน้อยกว่าผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยที่มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้า เช่น การศึกษาของชิฟฟ์ และคณะ (Schiff, Rajkumar, & Bulpitt, 2000) เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 74.00 ต้องการทำพิธีกรรมชีวิต โดยร้อยละ 34.00 ได้ตัดสินใจยุติการรักษาที่ช่วยชีวิต โดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว และต้องเป็นภาระต่อครอบครัว และยังมีการศึกษาที่พบว่าอายุ เพศ ไม่มีผลต่อการกำหนดว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาล่วงหน้าไม่ได้เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาหรือกำหนดผู้ตัดสินใจแทนหรือไม่ สิ่งสำคัญคือการศึกษาการศึกษาสูงมีความเป็นไปได้ที่จะแสดงเจตนามากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยและการแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนของทีมสุขภาพในทีมจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในผู้ป่วย 206 คน ผลการศึกษาพบว่า การแสดงเจตนาล่วงหน้าและการมีผู้ตัดสินใจแทนเป็นเครื่องมือที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 57.00 (Haupt, et al., 1999) และการศึกษาของมีซีย์และคณะ (Mezey, et al., 2000) เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยจำนวน 1,016 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงโดยร้อยละ 88.00 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการทำเอกสารระบุการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าสำหรับสำหรับระยะสุดท้ายของมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับน้อย

2.3 ทัศนคติต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้า พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 67.00 มีความเห็นว่า การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสามารถป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการได้ นอกจากนี้ร้อยละ 74.00

การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถป้องกันความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ (Miyata, et al., 2006; Norlan & Bruder, 1997) และมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ยอมรับการ แสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Heffner, Fahy, Hilling, Barbieri, 1996) และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่าร้อยละ 75.10 เห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิต เหตุผลเนื่องจาก สามารถจะแสดงเจตนาชัดเจนเพื่อทำพินัยกรรม ชีวิตได้ ร้อยละ 83.20 เห็นว่าไม่เป็นการละเมิดสิทธิพื้นฐานในเรื่องสิทธิมนุษยชน เพราะเป็นสิทธิ ส่วนบุคคลที่จะแสดงความประสงค์เกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเอง แต่ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ จะทำพินัยกรรมชีวิตต้องให้ข้อมูลเพียงพอ เพื่อการตัดสินใจถูกต้องและเหมาะสม เห็นว่าควรมี องค์กรหรือหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อใช้เป็นบรรทัดฐาน ควบคุม ตรวจสอบพิจารณาวิธีปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้ถูกต้องตามกฎหมายและเจตนาของ ผู้ทำพินัยกรรมชีวิต ตลอดจนพิจารณากรณีที่เกิดข้อสงสัยหรือข้อพิพาทต่างๆ และหน่วยงานควร เป็นผู้เสนอแนวทางและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สนใจไม่ควรมีอำนาจอื่นใด และการศึกษาของ สุดารัตน์ (2550) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยโดยศึกษาทั้งผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไป และผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ถ้าหากมีการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าใน การรักษาพยาบาลไว้สามารถลดการทำการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความต้องการ ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อมีโอกาสรอดชีวิต (Sittisombut, et al., 2005; Sittisombut, et al., 2007)

2.4 ภาวะครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายมักมีชีวิตที่ ต้อง พาสื่ออื่นตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว เป็นผู้ดูแล ต้องประสบปัญหาความยุ่งยากทั้งด้านส่วนตัว การดูแลช่วยเหลือ เศรษฐกิจ (จารุวรรณ, 2544) จากการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยสูงอายุ ต้องการการทำพินัยกรรมชีวิต เหตุผลที่ผู้สูงอายุตัดสินใจ ใช้สิทธิมากที่สุดร้อยละ 74.67 โดยร้อยละ 34 ได้ตัดสินใจยุติการรักษาที่ช่วยชีวิต โดยให้เหตุผลว่า ไม่ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว และต้องเป็นภาระต่อครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด (กรแก้ว, 2542; นิกริหิมะ, 2547; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2541; Schiff et al., 2000) อย่างไรก็ตามปัจจัยหนึ่ง ที่ญาติและผู้ตัดสินใจแทนไม่ต้องการรักษาต่อ ภาวะในการดูแลผู้ป่วย (Jacob, 1997)

2.5 ภาวะเศรษฐกิจ/ค่าใช้จ่าย ฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการแสดงเจตจำ นงล่วงหน้า สันต์ (2544) กล่าวว่าเหตุผล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องได้รับยา และอุปกรณ์ที่มีราคาแพง และ ต้องใช้แพทย์ พยาบาลในการดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งมากกว่าบุคคลทั่วไป ญาติผู้ป่วยต้องเสียเงิน จำนวนมากในการดูแลรักษา เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า พบว่าร้อยละ 47.00 เพราะไม่ต้องการการสูญเสียเงินในสถานการณ์ที่หมดหวังต่อการรักษา และ

รู้สึกไม่มีความคาดหวังที่ตนเองจะดีขึ้นและไม่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Bottrell, Leitman, Mezey, Mitty & Ramsay, 2000; Mezey et al., 2000) เนื่องจาก ต้องยึดความทุกข์ทรมานออกไปผู้ป่วยส่วนมากที่รอดจากการช่วยชีวิตส่วนมากต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก ใช้ค่าใช้จ่ายสูง (Detsky et al., 1981 อ้างตามสุตารัตน์, 2550)

2.6 ประสบการณ์ในอดีตในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต/การตายของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น การมองการตายตามทัศนะทางศาสนา ตามความรู้สึกของมนุษย์ปุถุชนทั่วไปอยู่ที่การยอมรับความจริงว่าความตายเป็นสัจธรรมของชีวิตที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงพ้น (บำเพ็ญจิต, 2547; ศรีเรือน, 2545) ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ที่เคยพบเห็นการตายของผู้อื่นจะมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่เคยพบเห็นการตายของผู้อื่น (Valente, 2004) ทำให้มีการยอมรับการตายของตนเอง เพราะเกิดความตระหนัก และมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับการตายของตนเอง ผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับการยึดชีวิตมาก่อน สามารถคาดการณ์ผลที่อาจเกิดขึ้น กล้าที่จะตัดสินใจยึดชีวิตถ้าผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดี ในทางกลับกัน ถ้ามีประสบการณ์ในทางลบเกี่ยวกับการยึดชีวิตผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธการยึดชีวิต บุคคลที่มีความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ความตาย และชีวิตหลังความตาย มีผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตาย สามารถวางแผนเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Daaleman & Vander creek, 2000)

2.7 บทบาทในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาพยากรณ์โรค และมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษามากที่สุด โดยเฉพาะผลดีผลเสีย หรือประเด็นที่อาจขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือสายยางต่างๆ เข้าไปในร่างกาย หรือแม้แต่สถานที่ตาย (ทัศนีย์, 2543)

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อและปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต เป็นตัวกำหนดสถานะของครอบครัว และบทบาทในครอบครัวในสังคม การมีคู่สมรส ทำให้รับรู้ถึงการได้รับการดูแล และรู้ว่าตนเองยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบบุคคลอื่น (ชัดเจน, 2543) จากการศึกษาของ ดุค ทอมสัน และเฮสทาย (Duke, Thomson, & Hastie, 2007) พบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล (Gloria, Sue, & Mariance, 2007) สถานภาพสมรสมีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของวิลสัน (Wilson, 2000) ในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-85 ปี และมีสถานภาพโสดจะมีการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ในการยุติการรักษาที่ยึดชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ซึ่งจะมีการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตน้อย และยังมีบทบาทของคู่ที่ไม่ได้แต่งงาน เช่น คู่รักร่วมเพศ คู่รักต่างเพศ ในกฎหมายรัฐนิวออร์ลีน ประเทศ

สหรัฐอเมริกาว่ามีความสำคัญในการใช้พินัยกรรมชีวิตเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีอาการหลงลืม หรืออยู่ในภาวะที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้ เพื่อช่วยในการได้รับข้อมูลและรักษาตามพินัยกรรมชีวิตที่เขียนไว้ (Dejarntte, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับโรค และผลการรักษามีผลต่อการตัดสินใจเลือกการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย (Sittisombut, et al., 2005; Sittisombut, et al., 2007)

3. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพมีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย เนื่องจากบุคลากรในทีมสุขภาพมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลเมื่อเจ็บป่วย จึงมีความเชื่อถือไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ และให้ข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Miyata et al., 2006) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการ เป้าหมายการรักษา การพยากรณ์โรค รวมทั้งแผนการรักษาพยาบาล (คุสิต, 2548) และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่ได้รับการมอบหมายเป็นผู้ตัดสินใจแทนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ทีมสุขภาพต้องให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยในการตัดสินใจเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อการรักษาในวาระสุดท้าย การให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับโรค และผลการรักษามีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย (Sittisombut, et al., 2005; Sittisombut, et al., 2007) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า การให้ข้อมูลที่ยังไม่ดีพอ และการสื่อสารข้อมูลในการวางแผนในการรักษา มีความสำคัญ (ประคอง, 2543) และความเข้าใจของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องยังเป็นปัญหาของการแสดงเจตนาล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยไม่รู้ว่าภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพมักจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยไม่รู้ว่าขณะที่ใส่ท่อหายใจและเครื่องช่วยหายใจจะไม่สามารถพูดได้ (Fischer et al., 1998) โดยแพทย์ผู้มีความรู้ทางการแพทย์ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลในการวางแผนการรักษา โดยปฏิบัติตามคุณค่า วัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลระยะสุดท้าย (คุสิต, 2548; Crane, Wittink, & Doukas, 2006) เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทนจะต้องการการแสดงเจตนาหรือไม่ก็ตาม แต่เป็นบทบาทของทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยในการตัดสินใจเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อการรักษาในวาระสุดท้าย ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพเห็นว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ประกอบด้วย ความต้องการของผู้ป่วยเอง ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจะต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคนเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Silveira, Dipiero, Gerrity, & Feudtner, 2000; Collins, Parks, & Winter, 2006) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายและไม่สามารถ

ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ ดังนั้นจึงควรแสดงเจตนาล่วงหน้าแต่เนิ่นๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัว และไม่สามารถตัดสินใจได้ (Gomez, 2002; Ray, Hurst, & Perrier, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ (2550) พบว่า คุณค่าซึ่งสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และครอบครัวต้องการให้แพทย์ หรือครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน คือ ความเชื่อถือว่าไว้วางใจ (ร้อยละ 84.20 และ 59.10 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ทีมสุขภาพต้องมีความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ตัดสินใจแทนในเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้า เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ตัดสินใจแทน การให้ข้อมูลและการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา การพยากรณ์โรค และทางเลือกในการรักษาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คุสิต, 2548; พิฑูร, 2551) และในการที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอย่างเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจ แต่ยังมีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่ทำงานในห้องฉุกเฉินในเรื่องเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล และกฎหมายที่เกี่ยวข้องน้อย มีถึงร้อยละ 68.00 (Jezewski & Feng, 2007) และประสบการณ์ที่จะนำการแสดงเจตนามาใช้บ่อย แพทย์เองก็ไม่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจและทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยร่วมกัน

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ผู้ป่วยมักมีอาการและอยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเองไม่ได้ บ่อยครั้งที่ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย หรือทีมสุขภาพตัดสินใจใช้การรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีเพื่อยืดชีวิต หรือยุติการรักษาเหล่านั้น ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นในปี 2550 จึงมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา โดยบุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานการเจ็บป่วยได้” และ “เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิได้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ” ทำให้มีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว หรือญาติ และทีมสุขภาพ ในการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้านั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการเพื่อการตัดสินใจในการรับการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย เพื่อวางแผนและให้การช่วยเหลือตอบสนองตามความเชื่อและคุณค่ากับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ตัดสินใจแทนประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ (ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้) ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 97 โรงพยาบาล
2. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ที่เป็นบุคคลผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ คือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วย มีคุณสมบัติต่อไปนี้
 - 1.1 นับถือศาสนาพุทธ
 - 1.2 อายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยกลางคนซึ่งมีความความเข้าใจชีวิตและมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต (ศรีเรือน, 2545)
 - 1.3 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นก็ได้ หรือแพทย์นัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก
 - 1.4 สามารถพูดคุยสื่อสารได้
 - 1.5 มีญาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ตัดสินใจแทน มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เป็นบุคคลในครอบครัว ที่เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ

2.2 อายุ 18 ปีขึ้นไป

2.3 นับถือศาสนาพุทธ

2.4 สามารถพูดคุยสื่อสารได้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เลือกโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ขนาด 60 เตียงขึ้นไปมี 25 โรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดน) และจังหวัดระนองไม่มีโรงพยาบาล 60 เตียงขึ้นไป รวมทั้งหมด 10 จังหวัด

2. สุ่มจังหวัดมาร้อยละ 50 เพื่อจัดให้กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และจัดหน่วยประชากรที่ต่างชั้นกันให้มีความต่างกันมากที่สุด (ธวัชชัย, 2543) ได้ตัวแทนจังหวัดมา 5 จังหวัด

3. กำหนดจำนวนโรงพยาบาล จังหวัดละ 2 โรงพยาบาล ได้ตัวแทนรวม 10 โรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาในการเก็บข้อมูล 1 โรงพยาบาล จึงสุ่มจังหวัดที่เหลืออยู่ขึ้นมาใหม่อีก 1 จังหวัด และได้โรงพยาบาลแทนโรงพยาบาลเดิม 1 โรงพยาบาล

4. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เปิดตาราง อำนาจการทดสอบ (power analysis) ในการหาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & hungler, 1999) ดังนี้

4.1 กำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (power of test: 1- β) เท่ากับ 0.80

4.2 กำหนดขนาดความแตกต่างภายในกลุ่มที่ต้องการศึกษา 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับต่ำ คือ 0.25 เนื่องจากมีงานวิจัยด้านนี้น้อย

4.3 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวน 502 ราย คือ ผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทน กลุ่มละ 251 ราย

5. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 50 ราย (ผู้ป่วย 25 ราย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 25 ราย) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 502 ราย (ผู้ป่วย 251 ราย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 251 ราย)

6. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ มีทั้งหมด 19 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้หารายได้หลัก รายได้ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว บทบาทในครอบครัว โรคเรื้อรัง และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้หรือครั้งล่าสุด สิทธิการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการใช้การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย และประโยชน์ของการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล

1.2 แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้าย มีทั้งหมด 4 ด้าน รวมทั้งหมด 32 ข้อ

1.2.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 7 ข้อ

1.2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า จำนวน 10 ข้อ

1.2.3 ความต้องการเกี่ยวกับการใช้ชีวิตแสดงเจตนาล่วงหน้า จำนวน 9 ข้อ

1.2.4 ความต้องการตัดสินใจในการยุติ/ยืดยื้อรับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ตัดสินใจแทน แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ มีทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้หารายได้หลักของครอบครัว รายได้ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว บทบาทในครอบครัว การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยและระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์การแสดงเจตนาล่วงหน้าต่อผู้ป่วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์การแสดงเจตนาล่วงหน้าต่อตนเองในฐานะผู้ตัดสินใจแทน ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย บุคคลที่เคยมีการตัดสินใจแทนและโรคของผู้ป่วยที่เคยตัดสินใจแทน รวมถึงลักษณะของการตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย และวิธีการที่เลือกในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2 แบบสอบถามความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนา
ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งหมดมี 4 ด้าน รวมทั้งหมด 32 ข้อ

2.2.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย
จำนวน 7 ข้อ

2.2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า จำนวน 10 ข้อ

2.2.3 ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า จำนวน 9 ข้อ

2.2.4 แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรับ
การรักษา/ยุติรับการรักษาที่ยืดผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดง
เจตนาล่วงหน้า 3 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย
ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีการแสดงเจตนา
ล่วงหน้า

เกณฑ์การกำหนดคะแนนความต้องการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ
ตั้งแต่ 0 - 5 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อความนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อความนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อความนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ตัดสินใจแทนไม่มีความต้องการตามข้อความนั้นเลย

การแปลความหมายระดับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้วิจัย
แบ่งระดับคะแนน โดยรวมและรายข้อเป็น 3 ระดับด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น โดยนำค่าผลต่าง
ระหว่างคะแนนสูงสุดคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่กำหนด (ชูศรี, 2544) ดังนี้

ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0.00 - 1.66 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า
อยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.67 - 3.33 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า
อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3.34 - 5.00 หมายถึง ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า
อยู่ในระดับมาก

ส่วนแบบสอบถามความต้องการตัดสินใจในการยุติ/ยี่รับการรักษาพยาบาลที่ชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากความสอดคล้องของความต้องการ

เกณฑ์การกำหนดในการหาความสอดคล้องแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวทางของ วิเชียร (2538) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| ร้อยละของความสอดคล้อง | ระดับความสอดคล้อง |
|-----------------------------|-------------------|
| น้อยกว่าร้อยละ 50 | น้อย |
| ร้อยละ 50-79 | ปานกลาง |
| มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 | มาก |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท และมีประสบการณ์ทางการวิจัยด้านจริยศาสตร์ 1 ท่าน เพื่อการตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหาและกรอบแนวคิดความชัดเจนของภาษาความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อความที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วย 20 ราย ผู้ตัดสินใจแทน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความเข้าใจข้อความ และคำนวณความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามผู้ป่วยเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามผู้ตัดสินใจแทนเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และ โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล
2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการวิจัยเป็นรายบุคคล แนะนำตัว อธิบายกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถให้ข้อคิดเห็นได้อย่างอิสระเมื่อเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาในการทำวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ พร้อมทั้งขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีการกระทบกระเทือนทางอารมณ์หรือจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะยุติการสอบถามทันที และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายและ แสดงความรู้สึกอย่างเต็มที่ รับฟังด้วยความเต็มใจ ยอมรับและเข้าใจในสภาพที่เกิดขึ้นให้กำลังใจในการแก้ปัญหาตามความสามารถที่ทำได้หรือทางเลือกอื่น รวมทั้งประสานงานกับทีมพยาบาลเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง สำหรับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น (ภาคผนวก ก)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย
 - 1.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยจัดทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 10 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
 - 1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในและหัวหน้าผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัย ทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีผู้ตัดสินใจแทนคู่กัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธที่กำลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้แบบสอบถามรายบุคคลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และได้อธิบายเพิ่มเติมในข้อ ที่กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดในการอ่านแบบสอบถาม

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดอีกครั้งก่อนนำไปประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) รวม 3 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า และความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า

4. ความต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายในการรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละของความต้องการที่สอดคล้องกัน (percent of agreement)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนภาคใต้ 60 เตียงขึ้นไป (ยกเว้น 3 จังหวัดชายแดนใต้) จำนวน 502 ราย ผลวิจัยที่ได้นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน
2. ข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
3. การรับทราบสิทธิและประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย
4. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 4.1 ข้อมูล การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
 - 4.2 ข้อมูล การแสดงเจตนาล่วงหน้า
 - 4.3 การใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า
5. เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
6. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 251 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.57) เป็นวัยผู้สูงอายุ โดยมีช่วงอายุระหว่าง 70-82 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.64) โดยมีอายุเฉลี่ย 63.83 ปี (SD=11.64) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.31) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 74.10) เป็น

กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน (ร้อยละ 55.78) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน (ร้อยละ 54.98) ผู้หารายได้หลักส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 60.56) โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5001-10,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 34.66) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 59.36) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.15) มีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 68.12) (ตาราง 1)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน

กลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำนวน 251 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 70.92) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 29.08) รองลงมาอยู่ในช่วง 50-59 (ร้อยละ 23.91) อายุเฉลี่ย 46.97 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.28) มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 29.88) รองลงมาเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 27.09) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน (ร้อยละ 62.90) ผู้ตัดสินใจแทนเองเป็นผู้หารายได้หลักมาก (ร้อยละ 59.78) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 37.85) รองลงมาอยู่ในช่วง 500-10,000 บาท (ร้อยละ 32.70) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 65.70) มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.15) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 50.20) อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ร้อยละ 79.09) และอยู่รวมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยนาน 21-30 ปี (ร้อยละ 20.72) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน (N=502)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้ป่วย (n ₁) | | ผู้ตัดสินใจแทน (n ₂) | |
|--|---------------------------|--------|----------------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | (คน) | | (คน) | |
| เพศ | | | | |
| หญิง | 147 | 58.57 | 178 | 70.92 |
| ชาย | 104 | 41.43 | 83 | 29.08 |
| อายุ (ปี) | | | | |
| ผู้ป่วย ($\bar{X} = 63.83, SD = 16.63; \min = 40, \max = 82$) | | | | |
| ผู้ตัดสินใจแทน ($\bar{X} = 46.97, SD = 13.33, \min = 18, \max = 78$) | | | | |
| 18 - 29 | 0 | 0 | 24 | 9.56 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้ป่วย(n_1) | | ผู้ตัดสินใจแทน(n_2) | |
|---------------------------|------------------|--------|-------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | (คน) | | (คน) | |
| 30 – 39 | 0 | 0 | 48 | 19.12 |
| 40 – 49 | 34 | 13.55 | 73 | 23.08 |
| 50 – 59 | 54 | 21.51 | 60 | 23.91 |
| 60 – 69 | 61 | 24.30 | 31 | 12.35 |
| 70 – 82 | 102 | 40.60 | 15 | 5.98 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| คู่ | 184 | 73.31 | 199 | 79.28 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 62 | 24.70 | 29 | 11.56 |
| โสด | 5 | 1.99 | 23 | 9.16 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 18 | 7.17 | 1 | 0.40 |
| ประถมศึกษา | 186 | 74.10 | 132 | 52.59 |
| มัธยมศึกษา | 7 | 2.79 | 64 | 25.50 |
| ปวช./ปวส./อนุปริญญา | 32 | 12.75 | 22 | 8.76 |
| ปริญญาตรี | 7 | 2.79 | 32 | 12.75 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 0.40 | 0 | 0 |
| อาชีพ | | | | |
| เกษตรกรกรรม | 42 | 16.73 | 68 | 27.09 |
| รับจ้าง | 35 | 13.94 | 75 | 29.88 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 19 | 7.57 | 35 | 13.94 |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 10 | 3.99 | 31 | 12.35 |
| พระภิกษุ | 4 | 1.59 | 0 | 0 |
| ประมง | 1 | 0.40 | 1 | 0.40 |
| นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา | 0 | 0 | 2 | 0.80 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน | 140 | 55.78 | 39 | 15.54 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้ป่วย (n ₁) | | ผู้ตัดสินใจแทน (n ₂) | |
|--|---------------------------|-------|----------------------------------|--------|
| | จำนวน (คน) | | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน) | | | | |
| 1 – 2 | 66 | 26.29 | 49 | 19.52 |
| 3 – 5 | 138 | 54.99 | 158 | 62.96 |
| 6 – 8 | 44 | 17.53 | 41 | 16.33 |
| 9 – 10 | 3 | 1.19 | 3 | 1.19 |
| ผู้หารายได้หลักในครอบครัว | | | | |
| บุตร | 152 | 60.57 | 53 | 21.11 |
| คู่สมรส | 44 | 17.52 | 33 | 13.14 |
| ตัวเอง | 42 | 16.72 | 150 | 59.77 |
| หลาน | 8 | 3.20 | 0 | 0 |
| พี่น้อง | 3 | 1.19 | 0 | 0 |
| บิดา/มารดา | 2 | 0.80 | 15 | 5.98 |
| รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน (บาท) | | | | |
| ผู้ป่วย | | | | |
| \bar{X} =15,900, SD=1.36; min=1000, max=100,000) | | | | |
| ผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| \bar{X} =5,000, SD=1.35; min=3,500, max=100,000) | | | | |
| ไม่เกิน 5000 | 45 | 17.93 | 29 | 11.55 |
| 5001 – 10,000 | 87 | 34.66 | 82 | 32.67 |
| 10,001 – 20,000 | 76 | 30.28 | 95 | 37.85 |
| มากกว่า 20,000 | 43 | 17.13 | 45 | 17.93 |
| ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว | | | | |
| เพียงพอ | 149 | 59.36 | 165 | 65.73 |
| ไม่เพียงพอ | 83 | 33.07 | 70 | 27.87 |
| เหลือเก็บ | 19 | 7.57 | 16 | 6.40 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้ป่วย (n ₁) | | ผู้ตัดสินใจแทน (n ₂) | |
|---|---------------------------|--------|----------------------------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| บทบาทในครอบครัว | | | | |
| สมาชิกในครอบครัว | 156 | 62.15 | 167 | 66.50 |
| หัวหน้าครอบครัว | 95 | 37.85 | 84 | 33.50 |
| สิทธิในการรักษา | | | | |
| บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 171 | 68.13 | - | - |
| เบิกได้ | 72 | 28.69 | - | - |
| จ่ายเงิน | 4 | 1.59 | - | - |
| บัตรประกันสังคม | 4 | 1.59 | - | - |
| การอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย (ปี) | | | | |
| (\bar{X} =21.63, SD=17.08; min=0, max=54) | | | | |
| ไม่ได้อยู่ด้วยกัน | | | 55 | 21.91 |
| อยู่ด้วยกัน (n = 196) | - | - | 196 | 79.09 |
| 1 – 10 | - | - | 36 | 14.35 |
| 11 – 20 | - | - | 26 | 10.36 |
| 21 – 30 | - | - | 52 | 20.72 |
| 31 – 40 | - | - | 48 | 19.12 |
| มากกว่า 40 | - | - | 34 | 13.55 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | | |
| บุตร | - | - | 126 | 50.20 |
| คู่สมรส (สามี- ภรรยา) | - | - | 98 | 39.03 |
| บิดา มารดา | - | - | 12 | 4.78 |
| พี่น้องร่วมบิดาและ/ หรือ มารดาเดียวกัน | - | - | 5 | 1.99 |
| ในเครือญาติเดียวกัน(เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย หลาน) | - | - | 10 | 4.00 |

2. ข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลและการรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 37.05) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.82) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1- 5 ปี (ร้อยละ 56.55) มีจำนวนโรคที่เป็น 1 โรค (ร้อยละ 67.30) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.50) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 - 10 ครั้ง (ร้อยละ 72.47) ใช้เวลาในการเข้ารับการรักษา 1-3 วัน (ร้อยละ 65.33) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ร้อยละ 67.33) ไม่มีอาการเจ็บปวดจากโรค (ร้อยละ 71.71) และมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 90.00) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ($n_1=251$)

| การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| โรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (บางรายเป็นมากกว่า 1 โรค) | | |
| โรคความดันโลหิตสูง | 93 | 37.05 |
| โรคเบาหวาน | 72 | 21.82 |
| โรคปอด | 47 | 18.72 |
| โรคหัวใจ | 38 | 15.14 |
| โรคมะเร็ง | 21 | 4.78 |
| โรคอื่นๆ (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเกาต์, โรคไตวาย) | 87 | 34.66 |
| จำนวนโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (โรค) | | |
| 1 | 169 | 67.33 |
| 2 | 68 | 27.09 |
| 3 | 13 | 5.18 |
| 4 | 1 | 0.40 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ปี) | | |
| $(\bar{X} = 6.75, SD. = 6.35; \min = 1, \max = 40)$ | | |
| 1 – 5 | 142 | 56.57 |
| 6 – 10 | 76 | 30.28 |
| 11 – 40 | 33 | 13.15 |
| การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย | | |
| มาก | 67 | 26.69 |
| ปานกลาง | 157 | 62.55 |
| เล็กน้อย | 18 | 7.17 |
| ไม่รุนแรง | 9 | 3.59 |
| จำนวนครั้งที่เข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง) | | |
| $(\bar{X} = 8.47, SD. = 8.53; \min = 0, \max = 50)$ | | |
| ไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (OPD case) | 2 | 0.80 |
| 1 – 10 | 182 | 72.49 |
| 11 – 20 | 42 | 16.73 |
| 21 – 30 | 13 | 5.18 |
| 31 – 50 | 12 | 4.80 |
| จำนวนวันที่เข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งปัจจุบันหรือครั้งล่าสุด (วัน) $(\bar{X} = 3.55, SD. = 2.49; \min = 0, \max = 15)$ | | |
| ไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล | 2 | 0.80 |
| 1 – 3 | 164 | 65.30 |
| 4 – 7 | 66 | 26.30 |
| 8 – 11 | 15 | 6.00 |
| 12 – 15 | 4 | 1.59 |
| ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน | | |
| 1. การช่วยเหลือตัวเอง | | |
| ช่วยเหลือตนเองได้ | 169 | 67.33 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง | 80 | 31.87 |
| ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ | 2 | 0.80 |
| 2. ความเจ็บปวดจากอาการของโรค | | |
| ไม่มี | 180 | 71.71 |
| มี | 71 | 28.29 |
| 3. การใช้ยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคับประคองอาการเจ็บป่วย | | |
| การใช้ยา | 226 | 90.02 |
| การใช้ยา และการคาสายสวนปัสสาวะ | 5 | 1.99 |
| การให้ออกซิเจนที่บ้าน | 2 | 0.80 |
| การคาสายสวนปัสสาวะ | 2 | 0.80 |
| การใช้เคมีบำบัด/รังสีรักษา | 2 | 0.80 |
| การทำกายภาพบำบัด | 2 | 0.80 |
| การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน | 2 | 0.80 |
| การล้างไต | 2 | 0.80 |
| การใช้ยาและการล้างไต | 1 | 0.40 |
| การให้อาหารทางสายยาง | 1 | 0.40 |
| การใช้ยา และการใช้เคมีบำบัด/รังสีรักษา | 1 | 0.40 |
| การใช้ยาและการให้ออกซิเจน | 1 | 0.40 |
| ไม่มีการใช้ | 4 | 1.59 |

2.2 การรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 37.84) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.68) และส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค (ร้อยละ 70.11) โดยทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.57) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($n_2=251$)

| การรับทราบข้อมูลของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| การรับทราบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) โรค | | |
| ความดันโลหิตสูง | 95 | 37.84 |
| โรคเบาหวาน | 72 | 28.68 |
| โรคปอด | 45 | 17.93 |
| โรคหัวใจ | 33 | 13.15 |
| โรคมะเร็ง | 21 | 8.37 |
| โรคอื่นๆ (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเกาต์, โรคไตวาย) | 64 | 19.40 |
| การรับทราบจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วย | | |
| 1 โรค | 176 | 70.11 |
| 2 โรค | 65 | 25.89 |
| 3 โรค | 8 | 3.19 |
| 4 โรค | 2 | 0.80 |
| ระยะเวลาที่รับทราบการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ปี) | | |
| $(\bar{X} = 6.58, S.D. = 5.86; \min = 1, \max = 30)$ | | |
| 1 – 5 | 142 | 56.57 |
| 6 – 10 | 81 | 32.27 |
| 11 – 30 | 28 | 11.20 |

3. การรับทราบสิทธิและประโยชน์การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย

3.1 การรับทราบสิทธิและประโยชน์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ในระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิ การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายมาก่อน (ร้อยละ 80.10) และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการมีสิทธิเกี่ยวกับการ

แสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายว่ามีประโยชน์ต่อตนเองและผู้ตัดสินใจแทน (ร้อยละ 78.48) และให้เหตุผลว่าเป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการของตนเองได้เมื่อตนเองยังรู้ตัวดี มากที่สุด (ร้อยละ 77.83) รองลงมา มีแนวทางในการตัดสินใจ ไม่ขัดแย้งกันมากที่สุด (ร้อยละ 11.79) (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามการรับทราบสิทธิและประโยชน์เกี่ยวกับการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย ($n_1=251$)

| สิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| การรับทราบสิทธิการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย | | |
| ไม่ทราบ | 201 | 80.08 |
| ทราบ | 50 | 19.92 |
| ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการมีสิทธิการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย | | |
| มีประโยชน์ เหตุผล คือ (บางรายให้เหตุผลมากกว่า 1 ข้อ) | 197 | 78.48 |
| 1. เป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการ เมื่อยังรู้ตัวดี | 165 | 65.73 |
| 2. มีแนวทางในการตัดสินใจ ไม่ขัดแย้งกัน | 25 | 9.96 |
| 3. ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และเวลาในการดูแล | 17 | 6.77 |
| 4. ไม่ได้ให้เหตุผล | 5 | 1.99 |
| ไม่แน่ใจ เหตุผล คือ | 40 | 15.94 |
| 1. การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงได้/อาการของโรคอาจเปลี่ยนแปลงได้ | 14 | 5.58 |
| 2. เป็นเรื่องใหม่ยังให้เหตุผล ความคิดเห็นไม่ได้ | 11 | 4.38 |
| 3. ไม่มั่นใจในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจะปฏิบัติตามตนเองที่ตนเองต้องการได้ | 11 | 4.38 |
| 4. ความต้องการของผู้ป่วยและญาติอาจไม่ตรงกัน | 3 | 1.20 |
| 5. การตัดสินใจอาจผิดพลาดได้ | 1 | 0.40 |
| ไม่มีประโยชน์ เหตุผล คือ | 14 | 5.58 |
| 1. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับของญาติ/ผู้ตัดสินใจแทน | 6 | 2.40 |
| 2. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับของทีมสุขภาพ | 4 | 1.59 |
| 3. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับของหลายฝ่าย | 4 | 1.59 |

3.2 การรับทราบสิทธิและประโยชน์ของผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ ไม่เคยรับทราบสิทธิของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย (ร้อยละ 77.70) ส่วนใหญ่มีความคิดว่าการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายมีประโยชน์ (ร้อยละ 75.70) โดยให้ความเห็นว่ามีแนวทางในการตัดสินใจ ไม่ขัดแย้งกันมากที่สุด (ร้อยละ 48.47) รองลงมา คือ เป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการในการดูแลเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายเมื่อยังรู้ตัวดี (ร้อยละ 45.41) ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย (ร้อยละ 76.49) ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์เคยตัดสินใจแทนให้กับบิดามารดา (ร้อยละ 66.10) โดยโรคที่ตัดสินใจแทนในระยะสุดท้าย มากที่สุด คือ โรคมะเร็ง (ร้อยละ 28.80) รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 18.64) ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่จะตัดสินใจร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 62.72) โดยเลือกการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต (ร้อยละ 67.80) (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละ ของผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามการรับทราบและประโยชน์ของการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ($n_2=251$)

| สิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| การรับทราบสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย | | |
| ไม่เคยทราบ | 195 | 77.69 |
| เคยทราบ | 56 | 22.31 |
| ความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต | | |
| มีประโยชน์ เหตุผล คือ (บางรายให้เหตุผลมากกว่า 1 ข้อ) | 190 | 75.69 |
| 1. มีแนวทางในการตัดสินใจ ไม่ขัดแย้งกัน | 95 | 37.84 |
| 2. เป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการในการดูแลเมื่อยังรู้ตัวดี | 89 | 35.45 |
| 3. ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และเวลาในการดูแล | 8 | 3.19 |
| 4. ไม่ได้ให้เหตุผล | 4 | 1.59 |

ตาราง 5 (ต่อ)

| สิทธิการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ไม่แน่ใจ เหตุผล คือ | 47 | 18.72 |
| 1. ความต้องการของผู้ป่วยและญาติอาจไม่ตรงกัน | 21 | 44.68 |
| 2. การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงได้/อาการของโรคอาจเปลี่ยนแปลงได้ | 15 | 8.37 |
| 3. เป็นเรื่องใหม่ยังให้เหตุผล ความคิดเห็นไม่ได้ | 6 | 2.39 |
| 4. การตัดสินใจอาจผิดพลาดได้ | 3 | 1.20 |
| 5. ไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้ | 2 | 0.80 |
| ไม่มีประโยชน์ มีเหตุผล คือ | 14 | 5.58 |
| 1. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับของญาติ/ผู้ตัดสินใจแทน | 8 | 3.19 |
| 2. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหลายฝ่าย | 5 | 1.20 |
| 3. การตัดสินใจขึ้นอยู่กับของทีมสุขภาพ | 1 | 0.40 |
| ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย | | |
| 1. ไม่เคยมีประสบการณ์ | 192 | 76.49 |
| 2. มีประสบการณ์ | 59 | 23.51 |
| 2.1 บุคคลที่เคยตัดสินใจแทน | | |
| 2.1.1 บิดา มารดา | 39 | 16.87 |
| 2.1.2 ลูก ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตายาย | 7 | 3.03 |
| 2.1.3 สามี ภรรยา | 6 | 2.60 |
| 2.1.4 บุตร ธิดา | 3 | 1.30 |
| 2.1.5 พี่น้องร่วมบิดา มารดา/บิดาหรือมารดาเดียวกัน | 2 | 0.80 |
| 2.1.6 พ่อ แม่ของคู่สมรส | 2 | 0.80 |
| 2.2 ผู้ร่วมในการตัดสินใจ | | |
| 2.2.1 ตัดสินใจร่วมกับบุคคลอื่น | 57 | 22.71 |
| 2.2.1.1 สมาชิกในครอบครัว | 37 | 14.74 |
| 2.2.1.2 ครอบครัวและทีมสุขภาพ(แพทย์ พยาบาล) | 18 | 7.17 |
| 2.2.1.3 ครอบครัว ทีมสุขภาพ และบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไว้วางใจ /เคารพนับถือ | 2 | 0.80 |
| 2.1.2 ตัดสินใจด้วยตนเองโดยลำพัง | 2 | 0.80 |

ตาราง 5 (ต่อ)

| สิทธิการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| วิธีการตัดสินใจแทนผู้ป่วย | | |
| 1. ตัดสินใจ ยุติ/งดการรักษาที่ยืดชีวิต | 40 | 15.93 |
| 2. ตัดสินใจรับการรักษาที่ยืดชีวิต โดยวิธี | 19 | 7.59 |
| 2.1 ใส่ท่อช่วยหายใจและ การใช้เครื่องช่วยหายใจ | 13 | 5.18 |
| 2.2 ใช้หลายวิธีร่วมกัน | 5 | 1.99 |
| 2.3 ใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ | 1 | 0.40 |

4. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

4.1 ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าใน การรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยรวม

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.49$) เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ย ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับ
มากเพียงด้านเดียว ($\bar{X}=4.40$, $SD=0.64$) รองลงมา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความต้องการ
ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$) และ ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธี
แสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนา
ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยรวม และรายด้าน ($n_1=251$)

| ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย | \bar{X} | SD | ระดับความต้องการ |
|---|-----------|------|------------------|
| 1. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล | 4.40 | 0.64 | มาก |
| 2. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.25 | 0.79 | ปานกลาง |
| 3. ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | 2.11 | 0.58 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 3.25 | 0.49 | ปานกลาง |

4.2 ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย รายด้าน

ระดับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับของแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับมาก 6 ใน 7 ข้อ มีเพียง 1 ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้อเดียว ($\bar{X}=3.32$, $SD=1.54$) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการทราบความรุนแรงของโรค ($\bar{X}=4.71$, $SD=0.63$) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย ($\bar{X}=4.70$, $SD=0.70$) และทราบระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค ($\bar{X}=4.62$, $SD=0.76$)

2) ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า อยู่ในระดับมาก 5 ใน 10 ข้อ อีก 5 ข้ออยู่ในระดับปานกลาง สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการทราบความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.71$, $SD=0.93$) วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.95$) ความหมายของพินัยกรรมชีวิต ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.98$)

3) ด้านความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า อยู่ในระดับมาก 2 ใน 9 ข้อ ระดับปานกลาง 2 ข้อ และระดับน้อย 3 ข้อ และ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา ($\bar{X}=4.38$, $SD=1.06$) และ การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว ($\bar{X}=3.48$, $SD=1.39$) และ การมอบให้สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน ($\bar{X}=2.46$, $SD=1.42$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต จำแนกรายด้าน ($n_1=251$)

| ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----------|------|-------|
| <i>ความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย</i> | | | |
| 1. ความรุนแรงของโรค | 4.71 | 0.63 | มาก |
| 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วย | 4.70 | 0.70 | มาก |
| 3. ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | 4.62 | 0.76 | มาก |
| 4. การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือแผนการรักษาพยาบาล | 4.60 | 0.68 | มาก |

ตาราง 7 (ต่อ)

| ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----------|------|---------|
| 5. ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษา | 4.47 | 0.84 | มาก |
| 6. เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | 4.37 | 0.85 | มาก |
| 7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ) | 3.32 | 1.54 | ปานกลาง |
| <i>ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า</i> | | | |
| 1. ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.71 | 0.93 | มาก |
| 2. วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.65 | 0.95 | มาก |
| 3. ความหมายของพันธกรรมชีวิต | 3.45 | 0.98 | มาก |
| 4. ความหมายผู้ตัดสินใจแทน | 3.43 | 0.92 | มาก |
| 5. คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | 3.40 | 0.89 | มาก |
| 6. บทบาท หน้าที่ผู้ตัดสินใจแทน | 3.09 | 0.92 | ปานกลาง |
| 7. ข้อดี ข้อเสียในการมอบหมาย ผู้ตัดสินใจแทน | 3.03 | 0.97 | ปานกลาง |
| 8. ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำ พันธกรรมชีวิต | 2.94 | 1.03 | ปานกลาง |
| 9. ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพันธกรรมชีวิต | 2.94 | 1.04 | ปานกลาง |
| 10. ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา พยาบาล | 2.86 | 0.96 | ปานกลาง |
| <i>ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า</i> | | | |
| 1. การทำพันธกรรมชีวิต โดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | 4.38 | 1.05 | มาก |
| 2. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | 3.48 | 1.39 | มาก |
| 3. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นผู้ตัดสินใจแทน | 2.46 | 1.42 | ปานกลาง |
| 4. การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทน ฝ่ายเดียว | 2.03 | 1.22 | ปานกลาง |
| 5. การทำพันธกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | 1.65 | 1.47 | น้อย |
| 6. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจ/ เคารพนับถือ และทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน | 1.40 | 1.06 | น้อย |
| 7. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคลที่ไว้วางใจ เคารพนับถือร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน | 1.31 | 1.05 | น้อย |

ตาราง 7 (ต่อ)

| ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | \bar{X} | SD | ระดับ |
|---|-----------|------|-------|
| 8. การมอบหมายให้บุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือที่อยู่นอก ครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | 1.18 | 0.96 | น้อย |
| 9. การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายเพียงคนเดียว | 1.12 | 1.10 | น้อย |

4.3 ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโดยรวม

ระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.50$, $SD=0.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.48$) รองลงมา ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.78$) ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้าระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.31$, $SD=0.75$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย จำแนกโดยรวม และรายด้าน ($n_2=251$)

| ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ตัดสินใจแทน | \bar{X} | SD | ระดับความต้องการ |
|---|-----------|------|------------------|
| 1. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การรักษาพยาบาล | 4.51 | 0.48 | มาก |
| 2. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.65 | 0.78 | มาก |
| 3. ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | 2.31 | 0.75 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 3.50 | 0.48 | มาก |

4.4 ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย รายด้าน

ระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนา
ล่วงหน้าในการรักษาในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 3 อันดับของแต่ละด้านดังนี้

1) ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล อยู่ใน
ในระดับมากที่สุด สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการทราบข้อมูล
เกี่ยวกับโรค/การเจ็บป่วย ($\bar{X}=4.82$, $SD=0.43$) ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}=4.73$, $SD=0.58$) และระยะ
ของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค ($\bar{X}=4.69$, $SD=0.63$)

2) ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า อยู่ในระดับ
มาก 9 ใน 10 ข้อ สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการทราบ ความหมาย
ของการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=4.02$, $SD=0.93$) วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า พันัยกรรมชีวิต
($\bar{X}=3.99$, $SD=0.99$) และความหมายของพันัยกรรม ชีวิต ($\bar{X}=3.90$, $SD=0.96$)

3) ด้านความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า อยู่ใน
ในระดับมาก 2 ใน 9 ข้อ และค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การทำพันัยกรรม
ชีวิตโดยการตั้งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา ($\bar{X}=4.49$, $SD=0.83$) การมอบหมายให้สมาชิกใน
ครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน ($\bar{X}=3.68$, $SD=1.32$) การมอบให้สมาชิกในครอบครัวและทีม
สุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน ($\bar{X}=2.72$, $SD=1.44$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดง
เจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของผู้ป่วย จำแนกรายด้าน ($n_2=251$)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----------|------|-------|
| ด้านความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย | | | |
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วย | 4.82 | 0.43 | มาก |
| 2. ความรุนแรงของโรค | 4.73 | 0.58 | มาก |
| 3. ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | 4.69 | 0.63 | มาก |
| 4. ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษา | 4.67 | 0.69 | มาก |
| 5. การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือแผนการรักษาพยาบาล | 4.63 | 0.66 | มาก |
| 6. เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | 4.39 | 0.81 | มาก |
| 7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ) | 3.64 | 1.32 | มาก |

ตาราง 9 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | \bar{X} | SD | ระดับ |
|---|-----------|------|---------|
| ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | |
| 1. ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 4.02 | 0.93 | มาก |
| 2. วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.99 | 0.99 | มาก |
| 3. ความหมายของพินัยกรรมชีวิต | 3.90 | 0.96 | มาก |
| 4. ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน | 3.76 | 0.87 | มาก |
| 5. คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | 3.67 | 0.94 | มาก |
| 6. ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพินัยกรรมชีวิต | 3.59 | 0.96 | มาก |
| 7. ข้อดี ข้อเสียในการมอบหมาย ผู้ตัดสินใจแทน | 3.47 | 0.96 | มาก |
| 8. บทบาท หน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน | 3.42 | 1.00 | มาก |
| 9. ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำ พินัยกรรมชีวิต | 3.36 | 1.07 | มาก |
| 10. ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล | 3.33 | 1.02 | ปานกลาง |
| ด้านความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | |
| 1. การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | 4.49 | 0.83 | มาก |
| 2. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน เพียงฝ่ายเดียว | 3.68 | 1.32 | มาก |
| 3. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพเป็น ผู้ตัดสินใจแทน | 2.72 | 1.44 | ปานกลาง |
| 4. การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทน เพียงฝ่ายเดียว | 2.31 | 1.24 | ปานกลาง |
| 5. การทำพินัยกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | 1.93 | 1.62 | ปานกลาง |
| 6. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพ นับถือ และทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน | 1.65 | 1.54 | น้อย |
| 7. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับ บุคคลที่ไว้วางใจ/ เคารพนับถือ เป็นผู้ตัดสินใจแทน | 1.57 | 1.54 | น้อย |
| 8. การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายเพียงคนเดียว | 1.28 | 1.24 | น้อย |
| 9. การมอบหมายให้บุคคลที่ไว้วางใจ/ เคารพนับถือที่อยู่นอกครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจแทน | 1.20 | 1.11 | น้อย |

5. เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า และการตัดสินใจในการยึด/รับการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

5.1 เปรียบเทียบถึงความแตกต่างความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยรวม

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยทั้งด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย และความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 10)

ตาราง 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการระหว่างผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย ทั้งโดยรวมและด้าน ($N=502$)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย ($n_1 = 251$) | | ผู้ตัดสินใจแทน ($n_2 = 251$) | | t- value |
|--|--|------|-----------------------------------|------|----------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | |
| | 1. ความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย | 4.40 | 0.64 | 4.51 | |
| 2. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.25 | 0.79 | 3.65 | 0.78 | - 5.75** |
| 3. ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | 2.11 | 0.58 | 2.31 | 0.75 | - 3.39* |
| โดยรวม | 3.25 | 0.49 | 3.37 | 0.54 | - 5.94** |

* $p < .05$, ** $p < .001$

5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รายด้าน

ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย ผลดีผลเสียจากการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค การรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือแผนการรักษาพยาบาล เป้าหมายของการรักษาพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน

ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งหมด 9 ข้อ มี คือ ความต้องการทราบความหมายการแสดงเจตนาล่วงหน้า วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า ความหมายของพินัยกรรมชีวิต ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรมชีวิต ข้อดีข้อเสียในการทำพินัยกรรมชีวิต ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน บทบาทหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ข้อดีข้อเสียในการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน ยกเว้น ความต้องการทราบคุณสมบัติผู้ตัดสินใจแทน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้าระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวน 5 ข้อ คือ โดยการทำให้พินัยกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การมอบหมายทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน และการมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจเคารพนับถือ และทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน และ พบว่าความต้องการการทำพินัยกรรมชีวิตด้วยวาจา การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายเพียงคนเดียว การมอบหมายสมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน และการมอบหมายบุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 11)

ตาราง 11

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย จำแนกตามรายชื่อ (N=502)

| ความต้องการเกี่ยวกับ การแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย (n ₁ = 251) | | ผู้ตัดสินใจแทน (n ₂ = 251) | | t- value |
|---|---|------|--|------|----------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | |
| | <i>ด้านความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วย</i> | | | | |
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วย | 4.70 | 0.70 | 4.82 | 0.43 | -2.25* |
| 2. ความรุนแรงของโรค | 4.71 | 0.63 | 4.73 | 0.58 | -0.44 |
| 3. ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | 4.62 | 0.76 | 4.69 | 0.63 | -1.03 |
| 4. การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือแผนการ รักษาพยาบาล | 4.60 | 0.68 | 4.63 | 0.66 | -0.60 |
| 5. เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | 4.37 | 0.85 | 4.39 | 0.81 | -2.27 |
| 6. ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษา | 4.47 | 0.84 | 4.67 | 0.69 | -2.96* |
| 7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ) | 3.32 | 1.54 | 3.64 | 1.32 | -2.50* |
| <i>ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้า</i> | | | | | |
| 1. ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.71 | 0.93 | 4.02 | 0.93 | -3.83** |
| 2. วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.65 | 0.95 | 3.99 | 0.99 | -3.91** |
| 3. ความหมายของพินัยกรรมชีวิต | 3.45 | 0.98 | 3.90 | 0.96 | -5.20** |
| 4. ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรม ชีวิต | 2.94 | 1.03 | 3.36 | 1.07 | -4.46** |
| 5. ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพินัยกรรมชีวิต | 2.94 | 1.04 | 3.59 | 0.96 | -7.28** |
| 6. ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน | 3.43 | 0.92 | 3.76 | 0.87 | -4.18** |
| 7. คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | 3.40 | 0.89 | 3.67 | 0.94 | -3.32* |
| 8. บทบาท หน้าทีของผู้ตัดสินใจแทน | 3.09 | 0.92 | 3.42 | 1.00 | -3.85** |

* p < .05, **p < .001

ตาราง 11 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับ การแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย (n ₁ = 251) | | ผู้ตัดสินใจแทน (n ₂ = 251) | | t- value |
|---|--|------|--|------|----------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | |
| | 9. ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วม ในการรักษาพยาบาล | 2.86 | 0.96 | 3.33 | |
| 10. ข้อดี ข้อเสียของการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน ด้านความต้องการการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | 3.03 | 0.97 | 3.47 | 0.96 | -5.09** |
| 1. การทำพันธกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอก ผู้ที่ เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | 4.38 | 1.05 | 4.49 | 0.83 | -1.28 |
| 2. การทำพันธกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | 1.65 | 1.47 | 1.93 | 1.62 | -2.05* |
| 3. การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมาย เพียงคนเดียว | 1.12 | 1.10 | 1.28 | 1.24 | -1.52 |
| 4. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกัน เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | 3.48 | 1.39 | 3.68 | 1.32 | -1.64 |
| 5. การมอบหมายให้บุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับ ถือที่อยู่นอกครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจแทน เพียงฝ่ายเดียว | 1.18 | 0.96 | 1.20 | 1.11 | 0.22 |
| 6. การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทน เพียงฝ่ายเดียว | 2.03 | 1.22 | 2.31 | 1.24 | -2.55* |
| 7. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับ บุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็น ผู้ตัดสินใจแทน | 1.31 | 1.05 | 1.57 | 1.54 | -2.27* |
| 8. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับ ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน | 2.46 | 1.42 | 2.72 | 1.44 | -2.03* |
| 9. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ ไว้วางใจ/เคารพ นับถือ และทีมสุขภาพ ร่วมกันเป็นผู้ ตัดสินใจแทน | 1.40 | 1.06 | 1.65 | 1.54 | 2.10* |

* p < .05, **p < .001

6. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน
เกี่ยวกับการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต

ความต้องการการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย คะแนนความสอดคล้องความต้องการระหว่างผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนที่สอดคล้องกันมากที่สุด คือ ร้อยละ 74.11 อยู่ในระดับปานกลาง มี 2 ประเด็น คือ การยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตพบว่ามี ความสอดคล้อง ร้อยละ 67.73 อยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตมีความสอดคล้อง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 6.38 ส่วนการตัดสินใจในการรับการรักษาที่ขัดแย้งไม่ตรงกัน ร้อยละ 25.89 อยู่ในระดับน้อย มี 2 ประเด็น คือ ผู้ป่วยต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต แต่ญาติต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต ร้อยละ 17.13 และผู้ป่วยต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต ร้อยละ 8.76 (ตาราง 12)

ตาราง 12

จำนวน และร้อยละ ของการตัดสินใจรับการรักษาหรือยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน และระดับความสอดคล้องของการตัดสินใจ จำแนกตามรายชื่อ (n=251 คู่)

| ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิต | จำนวนคู่ที่ตัดสินใจ | ร้อยละของการตัดสินใจ | ระดับความสอดคล้อง |
|--|---------------------|----------------------|-------------------|
| 1. การตัดสินใจที่ตัดสินใจตรงกัน | 186 | 74.10 | ปานกลาง |
| 1.1 ต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต | 170 | 67.73 | ปานกลาง |
| 1.2 ต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | 16 | 6.37 | น้อย |
| 2. การตัดสินใจที่ตัดสินใจไม่ตรงกัน | 65 | 25.90 | น้อย |
| 2.1 ผู้ป่วยต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต | | | |
| ผู้ตัดสินใจแทนต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | 43 | 17.13 | น้อย |
| 2.2 ผู้ป่วยต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | |
| ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต | 22 | 8.77 | น้อย |

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดง เจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตใน โรงพยาบาลชุมชน 60 เต็มขึ้นไป ในภาคใต้ อภิปรายผล ดังนี้

ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ระยะสุดท้าย

1. ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.49$) อธิบายได้ว่า อาจเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.90 ไม่เคยทราบสิทธิในการแสดงเจตนา ล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลมากถึง ร้อยละ 80.08 ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เป็น เรื่องใหม่ที่ยังไม่แพร่หลายและมีคำศัพท์ที่ไม่เคยได้ยินหรือการที่ต้องทำความเข้าใจองค์ประกอบ หรือข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าอาจไม่แน่ใจในเรื่องข้อมูลของการแสดงเจตนาล่วงหน้าและ การใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า จึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$, $\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$) เมื่อพิจารณารายด้าน การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมี ความต้องการตามลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญ ในการวางแผนชีวิตของตนเอง รวมถึงการวางแผนในการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.40$, $SD=0.64$) อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ประสบอยู่ เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องมีการวางแผนในการดูแลตนเอง จากประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบ มากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.05 รองลงมา คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.82 สอดคล้องกับการสำรวจโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีมากที่สุด ร้อยละ 31.70 และรองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรคมากที่สุด ร้อยละ 67.33 และบางรายเป็นโรคเรื้อรังร่วม 2 โรค ขึ้นไป ร้อยละ 37.09 สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่น

ถึง 4 เท่าโดยผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี ประมาณ 4 ใน 5 คน จะเกิดโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สมภพ, 2548) และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.67 ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต้องใช้ยาเพื่อประคับประคองอาการของโรคมามากถึงร้อยละ 90.02 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย 4 ภาค ที่ต้องมีการช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 36.80 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ทั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค การรักษาที่ได้รับ/แผนการรักษา เป้าหมายในการรักษา ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรังมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตและใกล้ตาย ต้องการทราบข้อมูลเรื่องโรค ความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ (นิการิม๊ะ, 2549; ยุกวนิดา, 2550; วันวิสาข์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาการให้ข้อมูลมีความจำเป็นในการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้าย (นุชรินทร์, 2543) ข้อมูลเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการ ความก้าวหน้าของโรค และความเสี่ยงในการรักษาในทางที่เลวลง เหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว แสดงเจตนาล่วงหน้าในการตัดสินใจยุติการรักษา (คูสิต, 2548; นิการิม๊ะ, 2547; Akabayashi, et al., 2003; Collins, Parks, & Winter, 2005; Kagawa-Singer & Blackhall, 2001; Kierner & Hladschik –Kermer 2009; Teno, et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสาข์ (2546) ที่อธิบายความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติและแพทย์ที่เกี่ยวกับการเลือกและปฏิเสธการรักษา รวมถึงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติ และแพทย์ กลุ่มละ 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดต้องการรู้ข้อเท็จจริงว่าเป็นมะเร็ง และต้องการให้แพทย์อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาให้มากขึ้น เพื่อตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคมิทั้งการเจ็บป่วยและการรักษา แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเนื่องกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีได้รับสิทธิในการรักษาจากรัฐโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.13 รองลงมา คือ เบิกค่ารักษาได้ ร้อยละ 28.69 ทำให้ไม่ได้มีปัญหาในทราบค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่มีค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นที่สิทธิบัตรไม่ครอบคลุม และต้องใช้จ่ายเพิ่ม เช่น ค่าล้างไตที่เกินสิทธิ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ของใช้ที่เฉพาะของผู้ป่วย ค่าขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ และค่าอุปกรณ์อื่นๆ และเมื่อมีการป่วยไข้ต้องมีการรักษาไว้ก่อน เมื่อรักษาไปแล้วหากต้องใช้จ่ายสูง และมีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำมาคิดในการวางแผนชีวิต รวมทั้งการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไม่เคยทราบเรื่องสิทธิ

ในการแสดงเจตนาล่วงหน้ามาก่อน ร้อยละ 80.08 แต่เมื่อผู้ป่วยทราบว่า ตนเองสามารถแสดงเจตนา ล่วงหน้าก่อนที่จะถึงวาระสุดท้ายไว้ได้ ว่าประสงค์อย่างไรในการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลและการ ดูแลให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย จึงให้ความเห็นว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้าล่วงหน้า ทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมากถึงร้อยละ 75.69 (ตาราง 4)

2. ความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$) อธิบายได้ว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้า เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยยังไม่รู้จักแพร่หลายเนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ที่ เพิ่งประกาศให้ใช้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่งมีกฎกระทรวงออกมา รองรับตามมาในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 6 ข้อ และประเด็นอื่นอีก 4 ข้อ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ, 2550) มีรายละเอียดต่างๆดังนี้ 1) การประกาศใช้กฎกระทรวงหลังจากออกประกาศ ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 22 ตุลาคม 2553 เมื่อครบ 210 วัน 2) คำนิยามต่างๆ เช่น ความหมายของ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า วาระสุดท้ายของชีวิต การทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย 3) รายละเอียด เกี่ยวกับวิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า คุณสมบัติผู้ที่ต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า การกำหนดบุคคลผู้ ตัดสินใจแทน 4) คำแนะนำเกี่ยวกับ เวลาและสถานที่ที่เหมาะสมในการแสดงเจตนาล่วงหน้าและอายุ ของหนังสือแสดงเจตนา 5) วิธีใช้หนังสือแสดงเจตนาเพื่อยื่นต่อสถานบริการเพื่อรับบริการสาธารณสุข 6) หลักเกณฑ์ในการแสดงเจตนาล่วงหน้า และประเด็นในการยุติการรักษา ผลตามกฎหมายในการ รักษาพยาบาลและ อาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ ที่รักษาพยาบาล เพื่อประคับประคองคุณภาพชีวิต เช่น ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อศาสนา ความ ประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับแสดงเจตนาล่วงหน้าว่า มีองค์ประกอบ อะไรบ้าง วิธีการอย่างไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจบ้าง เวลาที่เหมาะสมในการแสดงเจตนา ล่วงหน้า มีการศึกษาในต่างประเทศที่มีการที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และมีการสื่อสารในการใช้ แสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลมาก่อนแต่ยังมีการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับไม่สูง พบว่ามีการแสดงเจตนาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังวิกฤตเพียง ร้อยละ 33.00 (Camhi et al., 2009) หาก เข้าใจแล้ว สามารถนำไปวางแผนชีวิตให้กับตนเองในระยะสุดท้ายได้ หากประชาชนมีความรู้และ เข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าจะมีแนวทางในการวางแผนสำหรับตนเองได้เมื่อป่วยระยะ แม้จะเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องทำความเข้าใจ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่เคยทราบสิทธิในการ แสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 80.08 แต่เมื่อรู้ว่าตนเองสามารถแสดง เจตนาในการรักษาพยาบาลได้เองเมื่อยังมีสติสัมปชัญญะไว้ก่อนได้ก่อนที่จะถึงระยะสุดท้ายของ

โรคหรือระยะสุดท้ายของชีวิต และให้ความคิดเห็นว่ามีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 78.48 ทั้งนี้ให้เหตุผลว่า เป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการเมื่อรู้ตัวดี ร้อยละ 61.73 มีแนวทางในการตัดสินใจทำให้ไม่ขัดแย้งกัน ร้อยละ 9.96 (ตาราง 4) ทำให้ระดับความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแล้ว จะนำไปสู่การที่จะเลือกใช้วิธีการแสดงเจตนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หรืออาจจะไม่ต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลไว้ก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิฟฟ์ และคณะ (Schiff, et.al, 2000) พบว่าผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 74.00 ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความต้องการในการทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากประเทศไทยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทำพินัยกรรมชีวิตด้วยวาจาและไม่ต้องการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร (Sittisombut, et al., 2007) รองลงมาคือ การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว อยู่ในระดับมาก เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากดั้งเดิมแล้วในบริบทของสังคมคนไทยมีความผูกพันกัน บุตร หลานจะมีความกตัญญูต่อบุพการี ประกอบกับในผู้สูงอายุจะพูดคุยสั่งเสียลูกหลานเกี่ยวกับจัดการเมื่อคราถึงระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้บอกเหตุผลของประโยชน์ของการแสดงเจตนาล่วงหน้า ร้อยละ 78.48 และ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 50.20 และผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ 79.09 (ตาราง 1) บางครั้งผู้ป่วยอาจบอกความต้องการของตน และอาจพูดถึงความต้องการเมื่อถึงระยะสุดท้ายไว้ด้วยวาจา และลักษณะดั้งเดิมของสังคมไทย ซึ่งยังมีปรากฏในสังคมชนบทที่การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย สอดคล้องกับการศึกษาครอบครัวชนบททางภาคเหนือของไทยส่วนใหญ่ โดยการสั่งเสียบุตรหลานต้องการเสียชีวิตที่บ้าน มีลูกหลานบุคคลที่เป็นที่รักอยู่ ต้องการตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี (Silisombut, 2002) และต้องการการมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นผู้ตัดสินใจแทนเป็นอันดับ 3 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อถือในทีมสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้และมีความเชื่อถือได้ เช่นการศึกษาของพัชรี (2546) ที่พบว่าบุคคลหลักที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ แพทย์ และญาติ และการศึกษาที่ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนและแพทย์ร่วมกันวิเคราะห์ตามเจตนาของผู้ป่วยร่วมกัน (Akabayashi, et al, 2003; Miyata, et al., 2006; Sithisombut & inthong, 2009) ส่วนความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้านอื่นที่อยู่ในระดับน้อยลง เช่น การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร มาทั้งนี้อาจจะมีความยุ่งยากในขั้นตอนการทำเขียน (Glick et al., 1998) ดังเช่นการศึกษา การแสดง

เจตนาล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุเส้นประสาทไขสันหลัง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า และได้วางแผนการการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ ส่วนใหญ่จะทำเมื่อได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว (Blackmer & Ross, 2002) แต่ปัจจุบันในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้มีแนวทางและตัวอย่างในการเขียนแล้ว เพราะเนื่องจากสามารถนำไปใช้ได้จริงเพราะมีหลักฐานของเอกสารชัดเจน และการมอบหมายบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไว้วางใจ/เคารพนับถือมาเป็นผู้ตัดสินใจแทน ทั้งนี้มีส่วนน้อยที่อาจพบในบางรายที่เชื่อถือในบุคคลอื่น เช่นการศึกษาที่มีการมอบหมายให้คู่รักร่วมเพศ และคู่รักต่างเพศ ที่ไม่ใช่คู่สมรส เป็นผู้ตัดสินใจแทน เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงลืม หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Dejarntte, 1998) และการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายน้อยที่สุด ทั้งนี้บริบทของคนไทยเป็นสังคมที่เป็นครอบครัวขยาย และมีการดูแลบุพการีดังกล่าวโดยอาจมองว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ต้องมอบหมายดังเช่นประเทศในยุโรป แต่ถ้าหากสังคมเปลี่ยนไปอาจมีความต้องการใช้วิธีทางกฎหมายเข้ามาใช้ก็อาจเป็นไปได้

2. ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.37$, $SD=0.54$) อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนกลาง อยู่ในช่วง 40-49 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีประสบการณ์ในอดีต มีวุฒิทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางจิตใจสามารถตัดสินใจ และเผชิญปัญหาได้ดี (ศรีเรือน, 2545, สุชา 2542) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 70.92) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมและระบบครอบครัวไทยมีการปลูกฝังค่านิยม กำหนดบทบาทผู้ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ผู้หญิง และจากพื้นฐานความเชื่อทางวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาคาดหวังว่า เพศหญิงจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ทุกคนดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยส่วนมาก (วงรัตน์, 2544; ชัญญชิตา, อัจฉรา, และกนกพร, 2548; พิทยาภรณ์, ประณีต, และสุคศิริ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย 4 ภาค บุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรที่ต้องมีการช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 52.50 (สถาบันเวชศาสตร์สูงอายุ, 2549) ผู้หารายได้หลักมากกว่าครึ่งเป็นตัวผู้ตัดสินใจแทนเอง ร้อยละ 59.77(ตาราง 1) ต้องมีการปรับตัว การยอมรับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (ศิริรัตน์, 2546;

Phipps, 1999 อ้างตาม จารุวรรณ, 2544) ทำให้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แต่เนื่องจากบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในสังคมไทยตามบริบทของชนบท กลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 50.20 และอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ 79.09 (ตาราง 1) บางครั้งอาจได้ยินจากคำบอกกล่าวถึงความต้องการเมื่อถึงระยะสุดท้ายไว้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นเรื่องใหม่ที่ยังไม่แพร่หลายและมีคำศัพท์ที่ไม่เคยได้ยินหรือการที่ต้องทำความเข้าใจองค์ประกอบหรือข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าจึงให้ความสำคัญกับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการตามลำดับ ดังนี้

2.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนชีวิตของตนเอง รวมถึงการวางแผนในการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.51$, $SD=0.48$) อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ผู้ตัดสินใจแทนที่ผู้ป่วยประสบอยู่เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องมีการวางแผนในการดูแลตนเอง และรับทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.84 รองลงมา คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.68 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วย ทั้งนี้ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน คือข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค การรักษาที่ได้รับ/แผนการรักษา เป้าหมายในการรักษา ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ป่วย ความต้องการข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบเช่นเดียวกันดังอภิปรายของผู้ป่วยที่กล่าวมาแล้ว แต่ความต้องการในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากเนื่องกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.88 และเกษตรกร ร้อยละ 27.09 แม้ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิในการรักษาจากรัฐ โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.12 รองลงมา คือ เบิกค่ารักษาได้ ร้อยละ 28.68 ก็ตาม แต่ความต้องการทราบค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่มีค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นที่สิทธิบัตรไม่ครอบคลุม และต้องใช้จ่ายเพิ่มเติมที่เกินสิทธิ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ของใช้ที่เฉพาะของผู้ป่วย ค่าขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ ที่ต้องหยุดงานในการดูแลผู้ป่วย และหากต้องรับการรักษาที่ต้องใช้เวลาทำให้ขาดรายได้ และใช้ค่าใช้จ่ายสูง และมีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำมาคิดในการวางแผนชีวิต รวมทั้งการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วย

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.78$) อธิบายได้ว่า การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยยังไม่รู้จักแพร่หลายเนื่องจากเป็น

เรื่องใหม่ที่เพิ่งประกาศให้ใช้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 แม้จะเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องทำความเข้าใจ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่เคยทราบสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 77.69 แต่เมื่อรู้ว่าตนเองสามารถแสดงเจตนาในการรักษาพยาบาลได้เองเมื่อยังมีสติสัมปชัญญะไว้ก่อนได้ก่อนที่จะถึงระยะสุดท้ายของโรคหรือระยะสุดท้ายของชีวิต และให้ความคิดเห็นว่ามีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 75.69 ทั้งนี้ให้เหตุผลว่า 1) มีแนวทางในการตัดสินใจทำให้ไม่ขัดแย้งกัน ร้อยละ 37.85 2) เป็นสิทธิผู้ป่วยในการบอกความต้องการเมื่อรู้ตัวดี ร้อยละ 35.45 (ตาราง 5) จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องการทราบความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้าว่า มีองค์ประกอบอะไรบ้าง วิธีการอย่างไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการตัดสินใจบ้าง เวลาที่เหมาะสมในการแสดงเจตนาล่วงหน้า ดังเช่นความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ระดับความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ความต้องการข้อมูลมีผลในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ญาติอาจไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย หรือเมื่อญาติมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าแล้วสามารถสานต่อเจตนาให้ผู้ป่วยได้ ซึ่งการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าถือเป็นส่วนหนึ่งในการให้ข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วยโดยอาศัยการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแก่สาธารณชนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับ (Lee & Quah, 2002)

2.3 ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.31$, $SD = 0.75$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ตัดสินใจแทนทราบรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแล้ว ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในการที่จะเลือกใช้วิธีการแสดงเจตนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หรืออาจจะไม่ต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลไว้ก็ได้ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนต้องการในการทำพิธีกรรมชีวิต โดยการตั้งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยวาจา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดรองลงมาคือ การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ ผู้ตัดสินใจแทนมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 50.20 และอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ 79.09 (ตาราง 1) โดยปกติในสังคมไทย บุตร หลานจะมีความกตัญญูต่อบุพการี ประกอบกับในผู้สูงอายุจะพูดคุยสั่งเสียลูกหลานเกี่ยวกับจัดการเมื่อคราถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และ บางครั้งผู้ป่วยอาจบอกความต้องการของตน และอาจพูดถึงความต้องการเมื่อถึงระยะสุดท้ายไว้ด้วยวาจา สอดคล้องกับการศึกษาครอบครัวชนบททางภาคเหนือของไทยส่วนใหญ่ โดยการสั่งเสียบุตรหลานต้องการเสียชีวิตที่บ้าน มีลูกหลานบุคคลที่เป็นที่รักอยู่ ต้องการตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี (Sittisombut, 2002) และต้องการการมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ

เป็นผู้ตัดสินใจแทนเป็นอันดับ 3 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อถือในทีมสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ และมีความเชื่อถือได้ เช่นการศึกษาของพัชรี (2546) ที่พบว่าบุคคลหลักที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ แพทย์ และญาติ และการศึกษาที่ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนและแพทย์ร่วมกันวิเคราะห์ตามเจตนาของผู้ป่วยร่วมกัน (Akabayashi, et al., 2003; Miyata, et al., 2006; Sittisombut & inthong, 2009) ส่วนความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าด้านอื่นที่อยู่ในระดับน้อยลง เช่น การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร มาทั้งนี้อาจจะมีความยุ่งยากในขั้นตอนการทำเขียน ทั้งนี้มีส่วนน้อยทั้งอาจพบในบางรายที่เชื่อถือในบุคคลอื่น และการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมาย และการมอบหมายบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไว้วางใจ/ เคารพนับถือมาเป็นผู้ตัดสินใจแทนน้อยที่สุด ทั้งนี้ผู้ตัดสินใจเองส่วนใหญ่มีความผูกพันกับผู้ป่วย เป็นบุตรสามารถตัดสินใจเอง หรืออาจร่วมกับทีมสุขภาพก็ได้

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการเปรียบเทียบระดับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยรวม 3 ด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p < .001$ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการโดยรวมของผู้ตัดสินใจแทน ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 0.54$) มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.25$, $SD = 0.49$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.60 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.60 ส่วนผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ร้อยละ 29.08 (ตาราง 1) และเป็นเพศหญิงเช่นกัน ร้อยละ 70.90 ทั้งนี้พบการศึกษา ที่เกี่ยวกับอายุ และเพศ มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในผู้ป่วย เช่นจากการศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีการทำเอกสารระบุวิธีการรักษาไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วย ที่มีอายุระหว่าง 24 - 85 ปี ผู้หญิงที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีปัญหาสุขภาพไม่แข็งแรง ได้มีการทำเอกสารระบุการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้ามากกว่าเพศชาย ในผู้ป่วยที่อายุน้อย และสุขภาพแข็งแรง จะมีการวางแผนในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต น้อยกว่าผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปด้วย ผู้ตัดสินใจแทนจึงมีความต้องการข้อมูลส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อประกอบการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของมีซีย์และคณะ (Mezey, et al., 2000) เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยจำนวน 1,016 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีการทำเอกสารระบุการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าสำหรับสำหรับระยะสุดท้ายของมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยโดยร้อยละ 88.00

จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา แต่การศึกษาของฮัฟท์และคณะ (Haupt, et al., 1999) พบว่าอายุ เพศ ไม่มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าไม่ได้เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาหรือกำหนดผู้ตัดสินใจแทนหรือไม่ และยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความเป็นไปได้ที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

ผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนแทนมากกว่าผู้ป่วยทุกด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ผู้ตัดสินใจแทน มีความต้องการระดับมาก ค่าเฉลี่ย คือ ($\bar{X}=4.51, SD=0.48$) ผู้ป่วยมีความต้องการระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยคือ ($\bar{X}=4.40, SD=0.64$) ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ตัดสินใจมีความต้องการระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ ($\bar{X}=3.65, SD=0.78$) ผู้ป่วยมีความต้องการระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25, SD=0.79$) ด้านความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้า ผู้ตัดสินใจมีความต้องการระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.31, SD=0.75$) ผู้ป่วยมีความต้องการระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.11, SD=0.58$) แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าระดับความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนกับผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่น ความต้องการทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับสิทธิในการรักษาจากรัฐโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.12 รองลงมาคือเบิกค่ารักษาได้ ร้อยละ 28.68 แต่มีค่าใช้จ่ายในส่วนอื่น ค่าขาดรายได้จากการประกอบอาชีพและค่าอุปกรณ์อื่นๆ และเมื่อมีการป่วยใช้ต้องมีการรักษาโดยช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ก่อน เมื่อรักษาไปแล้วหากต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และมีการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำมาคิดในการวางแผนชีวิต รวมทั้งการแสดงเจตนาล่วงหน้า

ส่วนความต้องการทราบบทบาทหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน ข้อดีข้อเสียในการทำพินัยกรรมชีวิต ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรมชีวิต ข้อดี ข้อเสียในการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน ทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และผู้ตัดสินใจแทนเป็นวัยผู้ใหญ่วัยกลางคนและเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรส จึงมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบการตัดสินใจ ทีมสุขภาพมีส่วนช่วยให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ทั้งด้านข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแก่สาธารณชนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการยอมรับ รวมถึงมีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการแสดงเจตนา (Lee & Quah, 2002) นอกจากนี้การพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรกของโรค และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรในทีมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Johnston, et al., 1995)

การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่

สำคัญที่จะแสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 73.00 ต้องการให้แพทย์รับรู้ถึงการแสดงเจตนาล่วงหน้าและถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ และร้อยละ 86.90 ต้องการพูดคุยกับครอบครัวเพื่อบอกความต้องการของตนเอง (Clements, 2009) นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินดีที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้าและต้องการให้มีการใช้การแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์จะสนใจการทำเอกสารการแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นพิเศษ (Lee & Quah, 2002) การสื่อสารข้อมูลการเจรจาหรือพูดคุยกันอย่างเปิดอกระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีการจัดการเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการแสดงเจตนาล่วงหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญไปสู่เป้าหมายในการรักษาตามเจตนาของผู้ป่วย (Teno et al., 1998; Sass & Kielstein, 1997; Winzeberg, et al., 2005) การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาล่วงหน้าแก่สาธารณชนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการยอมรับ รวมถึงมีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า เพราะบางครั้งอาจผู้ป่วยอาจเปลี่ยนใจเมื่อได้รับข้อมูลทางการรักษาหรือการวินิจฉัยเปลี่ยนไป โดยผู้ป่วยอาจต้องการทางเลือกสำหรับการรักษาที่แตกต่างไปจากเดิม (Lee & Quah, 2002) รวมทั้งการวางแผนในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ข้อมูลต่างๆ ในการรักษา พยาบาล (Black et al., 2009) เมื่อผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนสามารถเข้าใจถึงการแสดงเจตนาล่วงหน้า และสามารถวางแผนความต้องการได้ การระบุสิ่งที่ต้องการ หรือไม่ต้องการให้ปฏิบัติโดยแสดงเจตนาไว้ เมื่อระยะสุดท้ายมาถึง ดังเช่น การศึกษาความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ระบุความต้องการไว้ดังนี้ ผู้ป่วยจำนวน 49 ใน 50 รายต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ 31 ใน 50 ราย ต้องการการให้ยาลดปวด ยารักษาการติดเชื้อ 29 ใน 50 ราย ต้องการให้สารน้ำ และ 27 ใน 50 ราย ต้องการยานอนหลับ (Puatex, et al., 2009) และสำหรับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธมีความต้องการที่เกี่ยวกับทางด้านจิตวิญญาณเมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะพิธีทางศาสนา ไหว้พระ สวดมนต์ ฟังธรรมะ หรือทำสมาธิ ร้อยละ 29.26 (เพียงจันทร์ และทวิพร 2554)

4. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความต้องการการตัดสินใจในการยุติ/รับการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีความต้องการสอดคล้องในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตจำนวน 170 ใน 251 คู่ คิดเป็น ร้อยละ 67.73 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในบางสถานการณ์หรือบางครั้ง อาจมีเหตุผลในการที่จะยุติการรักษา หรือรับการรักษาที่ยืดชีวิต

สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรายุ (2549) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตของจิรายุ พบว่า การตัดสินใจของญาติและผู้ป่วยตัดสินใจมีความสอดคล้องกันกันในบางสถานการณ์ ผู้ป่วยตัดสินใจได้รับการรักษาที่ยืดชีวิต เช่น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 34.64-63.21 เนื่องจากหลังจากให้การช่วยเหลือด้วยหัตถการที่ยืดชีวิตไม่สามารถกลับคืนภาวะปกติ แต่ในขณะที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจได้รับการรักษาที่ยืดชีวิต ร้อยละ 35.36-40.36 ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตเพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทรมานจากอาการของโรค และตัดสินใจสอดคล้องกันมากที่สุด ในกรณีที่ต้องมีการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เนื่องจากมีความหวังว่ามีโอกาสรอด ถึงร้อยละ 92.50

ทั้งนี้การตัดสินใจที่ผู้ป่วยที่ต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ดังเช่นการศึกษาของนิการิม๊ะ (2547) ผู้ป่วยต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิตร้อยละ 45.00-55.20 เนื่องจากความทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และในการศึกษามุมมองของผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 10 ใน 16 รายที่มีมุมมองที่ไม่ต้องการต่อหัตถการการรักษาที่ยืดชีวิต (มณฑลและสายพิณ, 2553) ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และได้ให้เหตุผลความต้องการยุติชีวิต คือ 1) อยากให้ทำตามความต้องการที่แจ้งไว้ ร้อยละ 59.36 เช่น ไม่ต้องการเจ็บปวดทรมานจากการรักษาเพื่อยืดชีวิต ร้อยละ 42.63 อยากให้ระยะสุดท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบ ร้อยละ 15.54 ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 1.99 2) ขอมรับความรุนแรงของโรค/อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ร้อยละ 11.55 3) ขอมรับสภาพตามอายุขัย ร้อยละ 9.91 4) ไม่ต้องการเป็นภาระในการใช้เวลารักษานานและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ร้อยละ 11.15 (ภาคผนวก ค) สอดคล้องกับการศึกษาของยุวนิดา (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ชิดพบว่า ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเช่นกัน

การตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 50.20 ซึ่งในสังคมคนไทยให้ความสำคัญในเรื่องความกตัญญูต่อบุพการี และจากการสอบถามเหตุผลในการรับการรักษาที่ยืดชีวิต คือ 1) อยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากต้องการช่วยเพื่อรอญาติหรือบุคคลสำคัญมาดูแลก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 11.55 2) ช่วยได้ถึงที่สุดในฐานะสามี/ภรรยา/บุตร/ญาติในครอบครัว ร้อยละ 6.36 และ 3) รู้สึกไม่ดีหากไม่ได้ช่วยเหลือ ร้อยละ 3.19 และเพื่อปาฏิหาริย์ ร้อยละ 1.19 (ภาคผนวก ค)

ส่วนการตัดสินใจที่ตัดสินใจที่ไม่ตรงกัน สอดคล้องกันอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 25.90 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตัดสินใจไม่ตรงกัน อยู่ในระดับน้อยทั้ง 2 ข้อ คือ ผู้ป่วยต้องการยุติการรักษาแต่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยืดการรักษาที่ยืดชีวิต อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 17.13 และผู้ป่วยต้องการยืดการรักษาที่ยืดชีวิตแต่ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ร้อยละ 8.77 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 ออกมามี

การทำประชาพิจารณ์ มีการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการแสดงเจตนามากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจเพิ่มขึ้น และเกิดการยอมรับการตัดสินใจผู้ป่วย และสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการนำเอาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาใช้เพื่อคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิแสดงความต้องการในการรักษาพยาบาลขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี เมื่อถึงคราวไม่รู้สีกตัว หรือไม่อาจตัดสินใจได้ด้วยตนเองนั้น บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ ควรที่จะส่งเสริมให้มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้นจะต้องละเอียดครบถ้วน ชัดเจนพอที่จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ว่า เขาจะยินยอมให้ปฏิบัติทางการแพทย์ต่อเขาหรือไม่ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า การที่จะเลือกใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้าให้เหมาะสมกับตนเอง และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อใช้ประกอบใน การตัดสินใจเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง เพื่อป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการ และต้องการให้ปฏิบัติทำให้จากไปอย่างสมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และผู้ตัดสินใจแทน รวมถึงทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องได้ทำตามในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการด้วยความรักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอายุ 40 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นก็ได้ หรือแพทย์นัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ตัดสินใจแทนมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป นับถือศาสนาพุทธ และสามารถสื่อสารภาษาไทย ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยโดยแสดงเป็นเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือมอบหมายด้วยวาจา ให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะได้ จำนวน 502 ราย กลุ่มละ 251 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ข้อมูลความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย หลักจริยธรรม เรื่องการเคารพเอกราช (respect for autonomy) ของบอว์แชมป์ และชายเดรส (Beauchamp & Childress, 2001) แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directives) (Hall, 1996) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับระยะสุดท้ายและการตัดสินใจในวาระสุดท้ายในการยุติ/รับการรักษาที่ยืดชีวิต ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของผู้ป่วยเท่ากับ 0.82 ส่วนค่าความเที่ยงโดยรวมของผู้ตัดสินใจแทนเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะสุดท้ายทั้งโดยรวม รายด้าน และรายข้อ

วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน โดยการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) 3 ด้านคือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ความต้องการเกี่ยวกับวิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า และความสอดคล้องในการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย (percentage of agreement) สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย/ระดับของคะแนนความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย มีดังนี้

1.1 ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.49$)

1.2 ความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รายด้าน โดยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากที่สุด ($\bar{X}=4.40$, $SD=0.64$) รองลงมา คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.25$, $SD=0.79$) และความต้องการเกี่ยวกับวิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=2.11$, $SD=0.58$)

2. ค่าเฉลี่ย/ระดับของคะแนนความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย มีดังนี้

2.1 ความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51$, $SD=0.48$)

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต รายด้าน โดยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากที่สุด ($\bar{X}=4.50$, $SD=0.48$) รองลงมา คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.78$) และความต้องการเกี่ยวกับวิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า ($\bar{X}=2.31$, $SD=0.75$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย ดังนี้

3.1 ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย คะแนนโดยรวมทั้งหมด คะแนนรวมรายด้านทั้งหมด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

3.2 ความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย คะแนนรวมรายข้อทั้งหมด พบว่า

3.2.1 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พบว่า คะแนนรวมรายชื่อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 3 ใน 7 ข้อ คือ ความต้องการทราบข้อมูลเรื่องโรคและการเจ็บป่วย ผลดีผลเสีย/อันตรายจากการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการทราบความรุนแรงของโรค ระยะเวลา/โอกาสรอด หรือหายจากโรค การรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือแผนการรักษา เป้าหมายการรักษาพยาบาล ไม่มีความแตกต่าง

3.2.2 ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า พบว่า คะแนนรวมรายชื่อ ทั้งหมด 10 ข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 1 ข้อ คือ ความต้องการทราบคุณสมบัติผู้ตัดสินใจแทน อีก 9 ข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ ความต้องการทราบความหมายการแสดงเจตนาล่วงหน้า วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า ความหมายของพินัยกรรมชีวิต ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรมชีวิต ข้อดีข้อเสียในการทำพินัยกรรมชีวิต ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน บทบาทหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ข้อดีข้อเสียในการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน

3.2.3 ความต้องการเกี่ยวกับการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า พบว่า คะแนนรวมรายชื่อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 5 ข้อใน 9 ข้อ คือ การทำพินัยกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การมอบหมายทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน และการมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ไว้วางใจเคารพนับถือ และทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน ส่วนการทำพินัยกรรมชีวิตด้วยการสั่งด้วยวาจา การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายเพียงคนเดียว การมอบหมายสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตัดสินใจแทน และการมอบหมายบุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน ไม่มีความแตกต่าง

4. ความต้องการการตัดสินใจรับการรักษา/ยุติการรักษาที่ยืดชีวิตในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คะแนนความสอดคล้องความต้องการระหว่างผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนที่สอดคล้องกันมากที่สุด คือ ร้อยละ 74.11 อยู่ในระดับปานกลางมี 2 ประเด็น คือ การยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตพบว่ามี ความสอดคล้องร้อยละ 67.73 อยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการยืดรับการรักษาที่ยืดชีวิตมีความสอดคล้อง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 6.38 ส่วนการตัดสินใจในการรับการรักษาที่ขัดแย้งไม่ตรงกัน ร้อยละ 25.89 อยู่ในระดับน้อย มี 2 ประเด็น คือ ผู้ป่วยต้องการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต แต่ญาติต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต ร้อยละ 17.13 อยู่ในระดับน้อย และผู้ป่วยต้องการยืดรับการรักษาที่ยืดชีวิต ผู้ตัดสินใจแทนต้องการยุติชีวิต ร้อยละ 8.76 อยู่ในระดับน้อย

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ตัดสินใจแทนมากกว่าผู้ป่วยโดยรวมภาพรวมและรายด้าน ทุกด้าน ส่วนความต้องการตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลเมื่อถึงระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยในการยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิตมากกว่าผู้ตัดสินใจแทน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ขอเสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และผู้ตัดสินใจแทน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรคหรือโอกาสรอดหรือหายจากโรค แผนการรักษา เป้าหมายในการรักษา ผลดีผลเสียจากการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาต่อไป

1.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่ผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่รัฐจกยังไม่แพร่หลายเนื่องจากการพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพิ่งประกาศใช้ใน ปี พ.ศ. 2550 ศัพท์บางคำ และเพิ่งออกกฎกระทรวงเพื่อเป็นแนวปฏิบัติใน ปี 2554 และการเข้าใจความหมายต้องทำความเข้าใจ เมื่อเข้าใจแล้ว ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อวางแผนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อถึงภาวะที่ไม่รู้สึกตัว หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่ได้ พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เหมาะสมตามที่ตนเองต้องการ รวมถึงให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบุคลากร โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลได้เข้าใจและเสนอแนะแนวทางให้ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนที่อยู่ในระยะสุดท้ายทราบและช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติหรือผู้ตัดสินใจแทนได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผน

ในการรักษาพยาบาลเมื่อไม่สามารถตัดสินใจเองได้ในระยะสุดท้ายและจากไปอย่างไม่ทุกข์ทรมานตามที่ผู้ป่วยต้องการ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาผลของการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อการได้รับตอบสนองว่าตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจริงหรือไม่

3.2 ควรมีการศึกษาทัศนคติของญาติ ที่มสุขภาพที่ปฏิบัติตามความต้องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย

บรรณานุกรม

- กาญจนา รักชาติ, อรัญญา เชาวลิต, และวันดี สุทธีรัมย์. (2545). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจาก
ประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(1),
77-88.
- กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). *การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*.
วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และ
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- เกสร ศรีพิชญากิจ. (2540). *เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุศล นิมากร. (2548). *การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในระยะสุดท้าย*. การประชุม
วิชาการครั้งที่ 13 โรงพยาบาลกระบี่. ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2552. จาก <http://www.jvkk.go.th/index01.asp>.
- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล-
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จริยวัตร คมพัยคณ์, อุษาพร ชวลิตนิธิกุล, ชุติมา อัดถากร โกวิท, ราตรี โอภาส และอรชร ณ. ระนอง.
(2541). *การรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. รายงาน
การวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์. สำนักงานนโยบายและ
แผนอุดมศึกษา สำนักงานทบวงมหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จรรูวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*.
เอกสารประกอบการสอนภาควิชาอายุรศาสตร์, สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรรูวรรณ มานะสุรการ. (2550). *คุณค่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธใช้ในการตัดสินใจยึดหรือ
ยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลนานาชาติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรายุ เนื่อน้อย. (2549). *การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะ
สุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ชัชเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนัญชิตาโพธิประสาท, อัจฉรา สุคนธสรพ์ และกนกพร สุคำวัง. (2548). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บาดเจ็บศีรษะ. *พยาบาลสาร*, 32(1), 105-118.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2540). การใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สมศรี ดาวฉาย (บรรณาธิการ), *เครื่องช่วยหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 269). นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต.
- โชคชัย เกษจำรัส และอภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. (2545). การใส่ท่อหลอดลมคอ. ใน อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, อติสร วงษา, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และอุษณา สุวีระ (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต* (หน้า 31-36). กรุงเทพมหานคร: นำอักษร.
- คาราพร คงจา. (2541). *กฎหมายการประกอบวิชาชีพพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- คุณิต สตาวร. (2548). การให้การปรึกษาสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย. ใน ชัชฌ์ พันธุ์เจริญ, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, รัตโนทัย พลับรู้งการ และอุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), *Communication skills in clinical practice จากมุมมองที่หลากหลาย* (หน้า 97-127). กรุงเทพมหานคร: ธนาพรสง่ากัณฑ์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 153, 55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป และวิภาดา คุณาวิกติกุล. (2545). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน อรัญญา เชาวลิต, ประคอง อินทรสมบัติ, วันดี สุทธรังสี, วิภาดา คุณาวิกติกุล และพรจันทร์ สุวรรณชาติ (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนจริยศาสตร์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* (หน้า 125-142). สงขลา: มปท.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2543) *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2546). *ทบทวนกระบวนการที่สนใจเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ*. ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2552, จาก <http://shi.or.th/download/69>.
- นรินทร์ วราวุฒิ. (2543). *จริยธรรมในสาขามะเร็งวิทยา*. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม* (หน้า 348-363). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทน อินทนน. (2550). *ปัญหากฎหมายการตายโดยสงบ*. ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2550, จาก <http://www.hsro.or.th/index1.php?show>.

- นิการิม๊ะ นิจินิการี. (2547). การตัดสินใจระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา ปัญจมีดิถี. (2541). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาล*, 48(3), 148-152.
- นุชรินทร์ ลภันฑกุล. (2543). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาบูรพา, ชลบุรี.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2547). ความตายและภาวะใกล้ตาย: แนวคิดและการพยาบาล. ภาควิชาพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม: การช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ. *วารสารราม*, 6(1), 2-5.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2541). ปฏิบัติการกู้ชีวิต. ใน จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมนานนิตย์ และวันชัย วนะชีวิน (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 257-272). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2550). เพราะอะไรจึงควรใส่ใจ *humanize care*. *วารสารก้าวใหม่ สปสช*, 10(5), 14-15.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2545). ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต: การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารคลินิก*, 205(18), 15-20.
- ปิติพร จันทรทัต ณ อรุณา. (2546). มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ(ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) ตายอย่างมีศักดิ์ศรี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ; พิมพ์ดี .
- ปิติพร จันทรทัต ณ อรุณา และสายพิณ หัตถิรัตน์. (2546). มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) ตายอย่างมีศักดิ์ศรี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ; พิมพ์ดี .
- พระไพศาล วิสาโล. (2551). ผู้วัฒนธรรมการตายที่เกือบล. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2555. จาก<http://www.visalo.org/article/PosttoDay255106.htm>.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธ. ใน ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ; เดือนตุลา.
- พัชรี ชูทิพย์. (2546). การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุตศิรี หิรัญชอุณหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(3), 153-161.
- พิฑูร ธรรมธรานนท์ (2551). หลักการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2554. จาก <http://medlawstory.com/index.php?topgroupid=1&groupid=15&subgroupid=&contentid=13>.
- พาริดา อับราฮิม. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย*. เรื่อง วิชาชีพรพยาบาลกับความเสี่ยงทางกฎหมายและจริยธรรม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2548. พิมพ์ที่ คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มณฑล ศรียศชาติ และสายพิน หัตถิรัตน์. (2553). *มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพันธกรรมชีวิต*. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาชิตี. สืบค้นข้อมูลเมื่อ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2554. จาก http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/reseach_rfm/poster_monton.pdf.
- แมน อิงคตานุวัฒน์. (2542). สมองตายน. ใน แมน อิงคตานุวัฒน์, อุดมศักดิ์ หุ่นวิจิตร และธวัชชัย วัฒนเขจร (บรรณาธิการ), *นิติเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 257-272). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวนิดา อารามย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2550). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550*. กรุงเทพมหานคร: สยามสปอร์ต.
- เรมวอล นันท์สุภวัฒน์. (2542). *ภาวะผู้นำการพยาบาลในองค์กร*. เชียงใหม่: นพบุรี.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรัถยวงศ์. (2549). *สาระทบทวน กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: จุดทองจำกัด.
- วันวิสาข์ เส็งประเสริฐ. (2546). *สิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษา ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
วิจิตร กุสุมภ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. การกู้ชีวิต CPR 2000. กรุงเทพมหานคร: บพิธ.
วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2545). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต.
วารสารคลินิก, 205(18), 59-71.
- วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้. *ข่าวสารการวิจัย
การศึกษา*, 18(3), 8-11.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2544). กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารคลินิก
เวชปฏิบัติปริทัศน์*, 205(18), 27-31.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2552). การปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร. ใน ก่อนวันพลัดใบ
หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวันวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ; เดือนตุลา.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และรัชต์ชัย ชิริชิตกุล. (2530). การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสิทธิที่จะตาย
วิวัฒนาการในสหรัฐอเมริกา. *วารสารอัยการ*, 10(118), 9-18.
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, จันทรพิมพ์ เจียมพงศ์พันธ์, และอัจฉรา อิ่มน้อย. (2544). การทำให้ผู้ป่วยสิ้น
หวังตายอย่างสงบ. *วารสารอุบัติเหตุ*, 20, 175-200.
- วรรณยุพา รอยเจริญกุล. (2550). การปฏิบัติการพยาบาล: การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์.
วารสารสภาการพยาบาล, 22(3), 217-222.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ
ต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2547). *โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มปท.
ศศิธร อบกลิ่น. (2550). *ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2550, จาก
<http://www.songkhlahealth.org/index.php> 0.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2546). *มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. เอกสารประกอบการสอน. คณะ
พยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. (2543). สิทธิผู้ป่วย. ใน สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, สุรศักดิ์ ฐานิพนิชสกุล,
เยือน ตันนรินทร์, ชุมศักดิ์ พฤษภาหงษ์ และเฮนรีไวลด์ (บรรณาธิการ), *จริยธรรม
ในเวชปฏิบัติ* (หน้า 24-33). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการ ชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพมหานคร: มหาลัทธิธรรมศาสตร์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). ทศนคติที่มีต่อการทำ
 พันธกรรมชีวิต. *การสัมมนาเรื่อง พันธกรรมชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์
 การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). กรุงเทพมหานคร: โรง
 พิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง ครั้งที่ 3*.

กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *กู้ชีวิตขึ้นต้น*. *วารสารคลินิก*, 17(128), 1091-1094.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2542). *สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2546). แพทย์กับสิทธิการตายของผู้ป่วย. *คลินิก*, 211, 548-551

สันต์ หัตถิรัตน์. (2546ก). *ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องรักษาคน: “คน” ให้ได้ก่อน. “ไข้”*. *วารสารหมอ-
 ชาวบ้าน*, 25(293), 44-47.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2546ข). *ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องรักษาคน: “คน” ให้ได้ก่อน. “ไข้”*. *วารสารหมอ
 ชาวบ้าน*, 25(294), 44-47.

สิวลี สิริไล. (2540). *เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์
 พรินติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด.

สิวลี สิริไล. (2553). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2546). *กฎหมายการแพทย์และข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพ แพทย์
 พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2547). *การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายความจริงทางการแพทย์กับ
 ขอบเขตทางกฎหมาย*. ใน ลักขมี ชาญเวช (บรรณธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการเรื่อง สาระสำคัญของ Living will
 ตามร่างกฎกระทรวง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 ค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2552*
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุจิตรา วงศ์กำเนิด. (2546). *หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระ
 สุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์นิติศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
 รามคำแหง, กรุงเทพฯ.

- สุชา จันทน์เอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care)*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ม.ป.ท.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2546). เมื่อใบไม้ชีวิตร่วง. *หมอชาวบ้าน*, 25(294), 33-34.
- สมภพ พันธุ์โฆษิต. (2548). คนไทยอายุยืนแต่โรคมามากขึ้น (online) ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2554 จาก http://digital.Lib.kmutt.ac.th/news_content.php?m_id=256.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2551). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนสหพัฒนาไพศาล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)* หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12. นนทบุรี: มปท.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข : กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: มปท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550) *โรคเรื้อรังรวมเรื้อร่าคนชรา* หนังสือพิมพ์มติชน. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2554). จาก <http://www.Thaihealth.or.th>.
- อรัญญา เชาวลิต. (2547). *ประเด็นจริยธรรมในการดูแล แบบประคับประคองใน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน ลักขมี ชาญเวช บรรณธิการ, *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 147-165). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2548). *วิชาชีพการพยาบาลกับความเลื่อมทางกฎหมายและจริยธรรม*. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง *คุณค่าและความกระจ่างในคุณค่า: กลวิธีในการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม* วันที่ 15-17 สิงหาคม 2548. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุทัย เอกสะพัง. (2545). *ศาสนากับจิตวิทยา*. ปัตตานี: ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- อรนิช แสงจันทร์. (2549). *กฎหมายและจริยศาสตร์กับการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ลิมบราเดอร์.
- อรพรรณ ไชยเพชร. (2550). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). *มาตรา 24 ร่างพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) ตายอย่างมีศักดิ์ศรี*. ใน ปิติพร จันทรทัต ณ อยุรยา บรรณาธิการ, *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี* (หน้า 126-128). กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี .
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา.
- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., & Kai, I. (2003). *Perspectives on advance directives in Japanese society :A popular-based questionnaire survey*. Retrieved November 21, 2008, from URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/4/5>.
- Asch, D. A., Faber-Langendoen, K., Shea, J. A., Shea, J. A., & Christakis, N. A. (1999). The sequence of withdrawing life – sustaining treatment from patients. *The American Journal of Medicine*, 10(2), 153-156.
- Asia, A., Miura, Y., Tanabe, N., Kurihara, M., & Fukuhara, S. (1998). Advance directives and other medical decisions concerning the end of life in cancer patients in Japan. *European Journal of Cancer*, 34, 1582-1586.
- Bary, K., Neal, W., & Joel P. (2002). 20 Common problems in End of Life care. Retrieved December 23, 2009, from: <http://www.hospice.com/bookstore/reviews/br6.htm>.
- Beuchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principle of biomedical ethics* (5th ed.). New York : Oxford University Press.
- Blackmer, J., & Ross, L. (2002). Awareness and use of advance directives in spinal cord injured population. *Spinal Cord*, 40(11), 581-594.
- Black, B. S., Forgarty, L. A., Phillip, H., Finucane, T., Loreck, D. J., Baker, A., et al. (2009). Surrogate decision maker' understanding of dementia patients' prior wish for end-of-life-care. *Aging health June*, 21(4), 627-650.
- Bottrell, M. M., Leitman, R., Mezey, M. D., Mitty, E. L., & Ramsay, G. C. (2000). Why hospital patient do and do not execute an advance directive. *Nursing Outlook*, 48, 165-171.
- British Medical Association. (2001). Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: A joint statement from the British Medical Association. The Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. *Journal of Medical Ethics*, 27(5), 310-316.
- Buford, C. (2008). Advancing an advance directive debate. *Bioethics*, 22(8), 423- 430.

- Camhi, S. L., Mercado, A. F., Morrison, R. S., Du, Q., Platt, D. M., August, G. I., et al. (2009). Deciding in dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Critical care Medicine*, 37(3), 919-925.
- Choudhry, N. K., Ma, J., Rasooly, L., & Singer, P. A. (1994). Long – term care facility policies on life-sustaining treatments and advance directives in Canada. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1150 -1153.
- Clements, J. M. (2009). Patient perceptions on the use of advance directives and life prolonging technology. *The American journal of hospice & palliative care*, 19. (Epub ahead of print).
- Collins, L. G., Parks, S. M., & Winter, L. (2006). The state of advance care planning : One decade after support. *The American journal of hospice & palliative care*, 23, 378-384.
- Covinsky, K. E., Landefeld, C. S., Teno, J., Connors, A. E., Dawson, N., Youngner, S., et al. (1996). Is economic hardship on the families of the serious ill associated with patient and surrogate care preferences?. *Archives of Internal Medicine*, 156(15), 1737-1741.
- Crane, M. K., Wittink, M., & Doukas, D. J. (2006). Respecting end-of-life treatment preferences. *American Family Physician*, 15(73), 1331-1333.
- Daaleman, T. P., & VandeCreek, L. (2000). Placing religion and spirituality in end-of-life care. *Journal of the American Medical Ethics*, 284(19), 2514-2517.
- Danis, M., Southerland, L. I., Garrett, J. M., Smith, J. L., Hielema, F., Pickard, C. G., et al. (1991). A prospective study of advance directives for life- sustaining. *The New England Journal of Medicine*, 324, 882-888.
- Day, L. J. (2000). Decision making by surrogates. *Critical Care Medicine*, 20(2), 107-111.
- Dejarntte, T. M. (1998). Advance directives are important for unmarried couples. *Fac Note (New Orleans La)*, 10. 7.
- Demoratz, M. J. (2005). Advance directives: getting patients to complete them before they need them. *Case Manager*, 16(1), 61-63.
- Diringer, M. N., Edwards, D. F., Aiyagari, V., & Hollingsworth, H. (2001). Factors. associated with withdrawal of mechanical ventilation in a neurology/neurosurgery intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 29, 1792-1797.
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients' attitudes toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*, 34 (1), 61-65.

- Duke, G., Thomson, S., & Hastie, M. (2007). Factors influencing completion of advance directives in hospitalized patient. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 39-43.
- Emanuel, L. L., Barry, M. J., Stoeckle, J. D., Ettelson, L. M., & Emanuel, E. J. (1991). Advance directives for medical care: a case for greater use. *The New England Journal of Medicine*, 32, 889-895.
- Faber-Langendoen, K. (1991). Resuscitation of patients with metastatic cancer. Is transient benefit still futile ?. *Archives of Internal Medicine*, 151, 235-239.
- FitzGerald, J. D., Wenger, N. S., Califf, R. M., Phillips, R. S., Desbien, N. A., Liu, H., et al. (1997). Functional status among survivors of in-hospital cardiopulmonary resuscitation. SUPPORT investigators study to understand progress and preference for outcomes and risk of treatment. *Archives of Internal Medicine*, 157, 72-76.
- Fischer, G. S., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2000). Talking to older adult about advance directives. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16, 239-254.
- Foti, M. E., Bartels, S. J., Van Citters, A., Merriman, M. P., & Fletcher, K. (2005). End-of-life treatment preferences of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(5), 585-591. Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org>.
- Foster, J., & Turnur, M. (2007). Implications of the mental capacity Act 2005 on advance care planning at the end of life. *Nursing Standard*, 22 (2), 35-39.
- Fry, S. (1998). Guidelines for making end-of-life decisions. *International Nursing Review*, 45, 143-144.
- Gilbert, M., Cousell, C. M., Guin, P., O'Neill, R., & Briggs, S. (2001). Determining the relationship between end-of-life decisions expressed in advance directives and resuscitation efforts during cardiopulmonary resuscitation. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(2), 87-92.
- Glick, K. L., Mackay, K. M., Balasingam, S., Dolan, K. R., & Casper-Isaac, S. (1998). Advance directives: barriers to completion. *The New York State Nurses Association*, 29, 4-8.
- Gloria, D., Sue, T., & Marianne, H. (2007). Factors influencing completion of advanced directives in hospitalized patients. *International Journal of Palliative Nursing*. 13, 39-43.
- Goodman, M. D., Tarnoff, M., & Slotman, G. J. (1998). Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 26, 701-704.

- Gomez, D. (2002). Advance directive and CPR. In B.M. Kinzbrunner, N.J. Weinreb & J, S Policzer (Eds), *20 common problems in end-of life care* (pp.297-311). New York: McGraw-Hill.
- Gostin, L. O. (1997). Deciding life and death in the courtroom: from quinlan to cruzan, gluckberg, and vacco-a history and analysis of constitutional protection of the right to die. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1523-1528.
- Hall, J. K. (1996). *Nursing ethics and law*. Philadelphia : Saunders.company.
- Haupt, M., Seeber, H., & janner, M. (1999). Patient 's advance ditrectives and appointment of a health-care proxy in elderly psychiatric patients. *DerNervenarzt*, 70, 256-261.
- Heffner, J. E., Fahy, B., Hilling, L., & Berbieri, C. (1996). Attitudes regarding advance directives among patients pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 154, 1735-1740.
- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 439-445.
- Hofmann, J. C., Wenger, N. S., Davis, R. B., Teno, J., Connors, F., Desbiens, N., et al. (1997). Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine*, 127(1), 1-12.
- Hudak, C. M. (2002). Bioethical issues in critical care. In Hudak C. M., & Gallo, B. M. (Eds). *Critical Cares nursing a holistic approach* (7 th ed.). (pp. 71-92). Philladelphia: J.B.Lipincott Company.
- Huffmann, G. B. (2003). *Dission spiritual issues at the end of life*. Retrieved December 2, 2008, from URL: <http://www.aafp.org/afp/20020415/tips/11.html>.
- Jacob, B. K. (1997). Family decision making for incompetent patients in ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 9(1), 107-114.
- Jezewski, M. A., & Feng, J. Y. (2007). Emergency nurses'knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. *Applied Nursing Research*, 20, 132-139.
- Johns, J. L. (1996). Advance directives and opportunities for nurses. *Journal Nursing Scholarship*, 28(2), 149-153.

- Johnston, S. C., Pfeifer, M. P., & McNutt, R. (1995). The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. End of Life study Group. *Archives of Internal Medicine*, *15*, 1025-1030.
- Jox, R. J., Hessler, H. J., & Borasio, G. D. (2008). End-of life decisions, powers of attorney and advance directives. *DerNervenarzt*, *79*, 729-737.
- Kagawa-Singer, M., & Blackhall, L. J. (2001) Negotiating cross-cultural issues at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 2993-3002.
- Kerridge, I. H., Pearson, S. A., Rolfe, I. E., & Lowe, M. (1998). Decision making in CPR attitudes of hospital patients and healthcare professionals. *The Medical Journal of Australia*, *169*, 128-131.
- Kierner K. A., Hladschik –Kermer, B. (2009). Attitudes of patients with malignancies towards completion of advance directive. *Spriner-verlag*, *10*, 1-6.
- Larson, D. G., Tobin, D. R. (2000). End-of-life conversation: Evolving practice and theory. *Journal of the American Medical Association*, *284*(12), 1573-1578.
- Lasarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New Yprk : Williums & Wilkins.
- Lautrette, A., Peigne, V., Watts, J. S., Souwein, B., & Azoulay, E. (2008). Surrogate decision makers for incompetent ICU : A European perspective. *Current Opinion in Critical Care*, *14*(6), 714-719.
- Lee, K. O., & Quah, T. C. (2002). Living, dying, death and advance directives. Retrieved. November 11, 2007, from URL: <http://www.sma.org.sg/smj/3804/articles/3804e1.htm>.
- Leonard, C. T., Doyle, R. A., & Raffin, T. A. (1999). Do not resuscitate orders in the face of patient and family opposition. *Critical Care Medicine*, *27*, 1045- 1047.
- Libbus, M. K., & Russel, C. (1995). Congruence of decisions between patients and their potential surrogates about life-sustaining therapies. *Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 135-140.
- Martin, D. K., Emanuel, L. L., & Singer, P. A. (2000). Planning for the end of life. *The lancet*, *356*, 1672-1676.
- Mezey, M. D., Leitman, R., Mitty, E. L., Bottrell, M. M., & Ramsey, G. C. (2000). Why hospital patients do and do not execute an advance directive. *Nursing Outlook*, *48*, 165-171.

- Miller, D. L., & Bolia, L. R. (1998). Patient values: the guide to medical decision making. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14, 813-829.
- Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan :How to respect patients' preferences. Retrieved November 20,2008, from <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/11>.
- Molloy, D. W., & Guyatt, G. H. (1991). A comprehensive health care directive in a home for the aged. *Canadian Medical Association*, 145, 303-342.
- Mower, W. R., & Baraff, L. J. (1993). Advance directives: Effect of type of directive on Physicians' therapeutic decisions. *Archives of Internal Medicine*, 153, 375-381.
- National Cancer Institute. (2000). Advance directives. Retrieved April ,1, 2009, from. URL [http// www . cancer .gov](http://www.cancer.gov).
- Norlan, M. T., & Bruder, M. (1997). Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*, 45, 204-208.
- Olmari –Ebbing, M., Zumbach, C. N., Forest, M. I., & Rapin, C. H. (2000). Advance directives, a tool to humanize care. *Revue Medicle de la Suisse Romande*, 120, 581-584.
- Paillaud, E., Ferrand, E., Lejone, J. L., Henry, O., Bouilanne, O., & Montagne, O. (2007). Medical information and surrogate designation: results of a prospective study in elderly hospitalized patients. *Age and Ageing*, 36, 274-279.
- Patrick, D. L. Curtis, J. R., Engelberg, R. A., Neilsen, E., & Mcown, E. (2003). Measuring and improving the quality of dying and death. *Annals internal Medicine*, 139 410-415.
- Pedersen, R., Hofmann, B., & Mangset, M. (2007). Patient autonomy and informed consent in clinical practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 127, 1664-1667.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: Principles and methods (6 the ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prendergast, T. J. (2001). Advance care planning. Pitfalls, progress, promise. *Critical Care Medicine*, 29(2 suppl.), 155(1), 15-20.
- Puatex S., Nortaridis G., Derame L., Zulian G. B. (2009). Perfernces of elderly cancer patients in their advance directives. *Palliative Medicine Division, University Hospital of Geneva. Switzerland*.

- Ray, S., Hurst, S., & Perrier, A. (2008). What to do in case of disagreement between physician and patient: A few legal and ethical considerations. *Revue Medicale de la Suisse Romande*, 4(180), 2538-2541.
- Rich, B. A. (2002). The ethics of surrogate decision making. *Western Journal of Medicine*, 176, 127-129.
- Rosenblatt, L., & Block, S. D. (2001). Depression, decision making, and the cessation of life-sustaining treatment. *Western Journal of Medicine*, 175, 320-325.
- Sass, H. M., & Kielstein, R. (1997). Acceptance and validation of advanced directive-ethical and clinical considerations. *Wein Med wochenschr*, 147, 121-124.
- Scanlon, C. (2003). Ethical concerns in end of Life care. *The American Journal of Nursing*, 103(1), 48-56.
- Schiff, R., Rajkumar, C., & Bulpitt, C. (2000). Views of elderly people on living wills; interview study. *British Medical Journal*, 320, 1640-1641.
- Schneiderman, L. J., & Faber-Langendoen, K. (1994). Beyond utility to an ethic of care. *The American Journal of Medicine*, 96, 110-114.
- Schneidman, L. J., Pearlman, R. A., Kaplan, R. M., Anderson, J. P., & Rosenberg, E. M. (1992). Relationship of general advance directive instructions to specific Life-sustaining treatment preferences in patients with serious illness. *Archives of Internal Medicine*, 152, 2114-2122.
- Sjokvist, P., Berggren, L., Svantesson, M., & Nilstun, T. (1999). Should the ventilator be withdrawn?. Attitudes of general public, nurse and physicians. *European Journal Anaesthesiology*, 16, 526-533.
- Silveira, M. J., Dipiero, A., Gerrity, M. S., & Feudtner, C. (2000). Patients' knowledge of options at the life: Ignorance in the face of death. *The journal of the American Medical Association*, 284, 2483-2488.
- Siegler, E. L., & Levin, S. W. (2000). Physician- older patient communication at the end of life. *Clinic Geriatr Medical*, 16, 175-204.
- Singer, P. A., Thiel, E. C., & Salit, I. (1997). The HIV-Specific Advance Directive. *Journal Internal Medicine*, 12, 729-735.

- Sloan, A. (1996). Don' resuscitate, lose your job ?. *RN*, 59, 51-54.
- Smedira, N. G., Evan, B. H., Graiss, L. S., Cohen, N. H., Lo, B. M., & Cook, M. (1990).
Withholding and withdrawal of life support from the critically ill . *Nursing English
Journal Medicine*, 322, 309-315.
- Sittisombut, S. (2002). The effectiveness of advance directive for terminal care in terminal ill
patient in Chiang Mai University Hospital, Thailand. Doctor of Philosophy Unpublished
dissertation. Health System Development, Chulalongkorn University.
- Sittisombut, S., Love, E., & Sitthi-amorn, C. (2005). Attitudes toward advance directives and the
impact of prognostic information on preference for cardiopulmonary resuscitation in
medical inpatients in Chiang Mai University Hospital Thailand. *Nursing and Health
Sciences*, 7, 243-250.
- Sittisombut, S., Love, E., & Sitthi-amorn, C. (2001). Cardiopulmonary resuscitation performed in
patients with terminal illness in Chiang Mai University Hospital Thailand. *IJE*, 30, 896-
898.
- Sittisombut, S., Maxwell, C., Love, E. J., Sitthi-amorn, C. (2007). Effectiveness of advance
directives for the care of terminally ill patients in Chiang Mai University
Hospital, Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 10, 37-42.
- Sittisombut, S., & Inthong, S. (2009). Surrogate decision- maker for the end-of-life care in
terminal ill patients Chiang Mai University Hospital, Thailand . *Nursing and Health
Sciences*, 7, 243-250.
- Tan, T. S., & Jatol, A. (2009). An update on advance directives in the medical record. Finding
from 1186 consecutive patients with unresectable exocrine pancreas cancer. *Gastrointest
Cancer*, 1, Epub ahead of print.
- Taylor, J. S., & Heyland, D. K., & Taylor, S. J. (1999). How advance directives affect hospital
resource use. syatematic review the literature. *Canadian Family Physician*, 45,
2408-2413.
- Teno, J. M., Stevens, M., Spornak, S., & Lynn, J. (1998). Role of written advance directives in
decision making insights from quanlitative and quantitative qata. *Journal of General
Internal Medicine*, 13, 439-446.

- Tilden, V. P., Tolle, S. W., Nelson, C. A., & Fields, J. (2001). Family decisions about life-sustaining treatment: Impact of physicians' behaviors on the family. *Archives of internal Medicine, 155*, 633-638.
- Trammelleo, A. D. (2000). Protecting patient's end-of-life choices. *RN, 63*, 75-79.
- Tulsky, J. A. (2005). Beyond advance directives: importance of communication skills at the end of life. *Journal of the American Medical Association, 294*(3), 359-365.
- Tunzi, M. (2003). Can the patient decide?; Evaluating patient capacity in practice. Retrieved March 20, 2008, from <http://www.aafp.org/20010715/299.html>
- Valente, S. M. (2004). End-of-life challenges:honoring autonomy. *Cancer Nursing, 27*(4), 314-319.
- Vittone, S. B. (2002). Ethics in the icu. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 14*(2), 157-163.
- Vollmann, J., & Pfaff, M. (2003). Advance directives: theoretical concept and practical significance in USA. *Deutsche medizinische Wochenschrift, 128*, 1494-1497.
- Waddell, C., Clarmett, R. M., Smith, M., Oldham, L., & Kellehear, A. (1996). Treatment decision- making at the end of life: A survey of Australian doctors' attitudes towards patients' wishes and euthanasia. *The Medical Journal of Australia, 165*, 540-544.
- Wallace, S. K., Martin, C. G., Shaw, A. D., & Price, K. J. (2001). Influence of advance directives on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients critically ill cancer patients. *Critical care Medicine, 29*, 2294-2298.
- Williams, X. (1999). Advance directives are what you make team (cited 2002 Nov 10) Available from: URL: <http://www.power2u.org/selfhlep/directive.html>.
- Wilson, K. G., Scott, J. F., Graham, I. D., Kozak, J. F., Chater, S., Viola, R. A., et al. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician- assisted suicide. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2454-2460.
- Winzeberg, G. S., Hanson, L. C., & Tulsky, J. A. (2005). Beyond autonomy: diversifying end of life decision-making approaches to serve patient and families. *The Journal of the American Geriatrics Society, 53*(6), 1046-50.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางลลิตา สุวรรณนิล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปจึงขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพแต่อย่างใด และถ้าท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่พอใจหรือคิดว่าจะมีผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามดิฉันได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดิฉันยินดีอย่างยิ่งที่จะตอบคำถามหรือข้อสงสัยของท่าน

ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางลลิตา สุวรรณนิล

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการที่ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร และหากท่านมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความข้างล่างนี้ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ข

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า

ในการรักษา พยาบาลระยะสุดท้าย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง :

1. การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย หมายถึง การแสดงความต้องการของผู้ป่วยล่วงหน้าในขณะที่รู้สึกตัวดี เกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตเมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ซึ่งทำได้ ดังนี้

1.1 การทำพินัยกรรมชีวิต โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือสั่งไว้ด้วยวาจา และแจ้งไว้กับทีมสุขภาพ/บุคคลในครอบครัวให้รับทราบถึงความต้องการในการรักษาพยาบาล เมื่ออาการเจ็บป่วยของตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้าย

1.2 การมอบหมายให้ผู้ตัดสินใจแทน โดยมอบหมายบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ/ไว้วางใจให้ตัดสินใจแทนตนเอง ทีมสุขภาพเมื่ออาการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งความต้องการไว้ หรือทำตามการตัดสินใจของผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วย เมื่อถึงวาระสุดท้าย

2. ระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ระยะของโรคผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้ดูแลแล้วโรคไม่สามารถหายได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้จะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน โดยไม่จำกัดระยะเวลาว่าจะมีชีวิตอยู่อีกนานเท่าใด

3. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15-20 นาที ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามก็ได้ หากการตอบแบบสอบถามแล้วทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือคิดว่าจะมีผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้

เพื่อให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของท่าน และเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย จึงขอความกรุณาท่านในการตอบ แบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี (ปีบริบูรณ์)

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย/หย่าร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา/ปวช.

4. ปวส./อนุปริญญา

5. ปริญญาตรี

6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน

2. รับจ้าง

3. เกษตรกร

4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย

5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

6. นักเรียน นิสิต นักศึกษา

7. อื่นๆ ระบุ.....

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

7. ผู้หารายได้หลักในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ตัวเอง

2. คู่สมรส

3. บิดา/มารดา

4. บุตร

5. สมาชิกอื่นๆระบุ.....

8. รายได้ในครอบครัว..... (บาท/เดือน)

9. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

1. เพียงพอ

2. ไม่เพียงพอ

3. เหลือเก็บ

17. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง | 2. <input type="checkbox"/> เบิกได้ |
| 3. <input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 4. <input type="checkbox"/> บัตรประกันสังคม |
| 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

18. ท่านทราบหรือไม่ว่า ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ท่านมีสิทธิที่จะแจ้งความต้องการของท่านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ในขณะที่ท่านรู้สึกตัวดีซึ่งทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ท่านได้แจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ท่านไม่รู้สึกรู้ตัว หรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> ทราบ | 2. <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

19. ท่านคิดว่า การมีสิทธิแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าตามข้อ 18 มีประโยชน์สำหรับท่านหรือไม่ อย่างไร

- | |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> มีประโยชน์ เหตุผล ระบุ..... |
| 2. <input type="checkbox"/> ไม่มีประโยชน์ เหตุผลระบุ..... |
| 3. <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ เหตุผลระบุ..... |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า

ในการรักษา พยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

คำชี้แจง ขอให้ท่านบอกความต้องการตามข้อความต่อไปนี้ว่าท่านต้องการเพียงใด

โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความต้องการของท่าน

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|--|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| 1. ท่านต้องการทราบข้อมูลในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อใช้สำหรับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล หากอยู่ในระยะสุดท้าย เพียงใด | | | | | | |
| 1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค/การเจ็บป่วย | | | | | | |
| 1.2 ความรุนแรงของโรค | | | | | | |
| 1.3 ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | | | | | | |
| 1.4 การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือแผนการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 1.5 เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 1.6 ผลดี ผลเสีย/อันตราย จากการรักษา | | | | | | |
| 1.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ) | | | | | | |
| 2. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ในเรื่องต่อไปนี้เพียงใด | | | | | | |
| 2.1 ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | | | |
| 2.2 วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | | | |
| 2.3 ความหมายของการพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.4 ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.5 ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.6 ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 2.7 คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|---|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| 2.8 บทบาทหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 2.9 ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 2.10 ข้อดี ข้อเสียในการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3. ท่านต้องการใช้วิธีการต่อไปนี้ เพื่อแสดงเจตนาล่วงหน้าการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ในระยะสุดท้าย เพียงใด | | | | | | |
| 3.1 การทำพินัยกรรมชีวิต โดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | | | | | | |
| 3.2 การทำพินัยกรรมชีวิต โดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | | | | | | |
| 3.3 การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายเพียงคนเดียว | | | | | | |
| 3.4 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |
| 3.5 การมอบหมายให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจ / เคารพนับถือที่อยู่นอกครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |
| 3.6 การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |
| 3.7 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3.8 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3.9 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว | | | | | | |

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|--|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| บุคคลที่ตนเองไว้วางใจ/เคารพนับถือ ทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 4. ท่านต้องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยวิธีต่อไปนี้เพียงใด (มีภาพประกอบด้านหลังแบบสอบถาม) | | | | | | |
| 4.1 ท่านต้องการ ยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | | | |
| 4.2 ท่านต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | | | |
| กรณีเลือกตอบ ข้อ 4.2 รับการรักษาที่ยืดชีวิต ท่านต้องการใช้วิธีการต่อไปนี้เพียงใด | | | | | | |
| 1. การช่วยฟื้นคืนชีพ | | | | | | |
| 2. การใส่ท่อช่วยหายใจ | | | | | | |
| 3. การใช้เครื่องช่วยหายใจ | | | | | | |
| 4. การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ | | | | | | |
| 5. วิธีอื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | | |

เลขที่แบบสอบถาม

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

แบบสอบถามการวิจัย**เรื่อง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า****ในการรักษา พยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต****ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย**

คำชี้แจง : 1. การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้าย หมายถึง การแสดงความต้องการของผู้ป่วยล่วงหน้าในขณะที่รู้สึกตัวดี เกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตเมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ซึ่งทำได้ดังนี้

1.1 การทำพินัยกรรมชีวิต โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร หรือสั่งไว้ด้วยวาจา และแจ้งไว้กับทีมสุขภาพ/บุคคลในครอบครัวให้รับทราบถึงความต้องการในการรักษาพยาบาล เมื่ออาการเจ็บป่วยของตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้าย

1.2 การมอบหมายให้ผู้ตัดสินใจแทน โดยมอบหมายบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ/ไว้วางใจให้ตัดสินใจแทนตนเองเมื่ออาการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งความต้องการไว้ หรือทำตามการตัดสินใจของ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วย เมื่อถึงวาระสุดท้าย

2. ระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ระยะของโรคผู้ป่วยที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้ดูแลแล้วโรคไม่สามารถหายได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ที่บ่งชี้จะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน โดยไม่จำกัดระยะเวลาว่าจะมีชีวิตรอดอยู่อีกนานเท่าใด

3. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15- 20 นาที ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามก็ได้ หากการตอบแบบสอบถามแล้วทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือคิดว่าจะมีผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้

เพื่อให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของท่าน และเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย จึงขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยถึงความต้องการในการแสดงเจตนา
ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (ปีบริบูรณ์)

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยก

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา/ปวช. 4. ปวศ./อนุปริญญา
5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ /งานบ้าน 2. รับจ้าง
3. เกษตรกร 4. ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย
5. รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ 6. นักเรียน นิสิต นักศึกษา
7. อื่นๆ ระบุ.....

6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

7. ผู้หารายได้หลักในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ตัวเอง 2. คู่สมรส
3. บิดา/มารดา 4. บุตร
5. สมาชิกอื่นๆระบุ.....

8. รายได้ในครอบครัวของท่าน..... (บาท/เดือน)

9. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

1. เพียงพอ 2. ไม่เพียงพอ
3. เหลือเก็บ

10. บทบาทในครอบครัว

1. หัวหน้าครอบครัว
2. สมาชิกในครอบครัว
3. อื่นๆ ระบุ.....

11. ท่านอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

1. ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
2. อยู่ด้วยกันระบุ.....ปี (บริบูรณ์)

12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1. สามเณร/ภรรยา
2. บิดา/มารดา
3. บุตร/ธิดา
4. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
5. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
6. อื่นๆ ระบุ.....

13. ผู้ป่วยที่ท่านกำลังดูแลป่วยเป็นโรคอะไร และระยะเวลาที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วย

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 13.1 โรคเบาหวาน ประมาณ.....ปี
- 13.2 โรคความดันโลหิตสูง ประมาณปี
- 13.3 โรคหัวใจ ประมาณ.....ปี
- 13.4 โรคมะเร็ง ประมาณ.....ปี
- 13.5 โรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ.....ปี
- 13.6 โรคปอด ประมาณปี
- 13.7 โรคอื่นๆ ระบุ..... ประมาณ.....ปี

14. ท่านเคยทราบหรือไม่ว่า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแจ้งความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ซึ่งทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ป่วยได้แจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

1. ทราบ
2. ไม่ทราบ

15. ท่านคิดว่า การที่ผู้ป่วยมีสิทธิแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยแจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถตัดสินใจได้เองมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

1. มีประโยชน์ เหตุผลระบุ.....
2. ไม่มีประโยชน์ เหตุผลระบุ.....
3. ไม่แน่ใจ เหตุผลระบุ.....

16. ท่านคิดว่า การที่ผู้ป่วยมีสิทธิแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยแจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง มีประโยชน์ต่อท่านในฐานะผู้ตัดสินใจแทนหรือไม่ อย่างไร
1. มีประโยชน์ เหตุผล ระบุ.....
 2. ไม่มีประโยชน์ เหตุผลระบุ.....
 3. ไม่แน่ใจ เหตุผลระบุ.....
17. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตหรือไม่
1. มีประสบการณ์
 2. ไม่มีประสบการณ์ (หากเลือกตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบแบบสอบถามข้อ18, 19, 20, 21)
18. ผู้ป่วยที่ท่านเคยตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต คือใคร
1. สามี/ภรรยา
 2. บิดา/มารดา
 3. บุตร ธิดา
 4. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
 5. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
 6. อื่นๆ ระบุ.....
19. การเจ็บป่วยของผู้ที่ท่านเคยตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. โรคเบาหวาน
 2. โรคความดันโลหิตสูง
 3. โรคหัวใจ
 4. โรคมะเร็ง
 5. โรคหลอดเลือดสมอง
 6. โรคปอด
 7. โรคอื่นๆ (ระบุ)
20. ลักษณะของการตัดสินใจที่ท่านเคยตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ หากท่านมีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนมากกว่า 1 ครั้ง)
1. ท่านตัดสินใจด้วยตนเองโดยลำพัง
 2. ท่านตัดสินใจร่วมกับบุคคลอื่น (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 2.1 สมาชิกในครอบครัว
 - 2.2 ทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล)
 - 2.3 บุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไว้วางใจ/ เคารพนับถือ

21. ประสิทธิภาพในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

ท่านเลือกวิธี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ยุติ/งดการรักษาที่ยืดชีวิต
2. รับการรักษาที่ยืดชีวิตด้วยวิธี
 - 2.1 การช่วยฟื้นคืนชีพ
 - 2.2 การใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 2.3 การใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.4 การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยถึงความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า
ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของผู้ป่วย

คำชี้แจง ขอให้ท่านบอกความต้องการตามข้อความต่อไปนี้ว่า ท่านต้องการเพียงใด

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|--|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| 1. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในเรื่องต่อไปนี้ เพื่อใช้ประกอบการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เพียงใด | | | | | | |
| 1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค/การเจ็บป่วย | | | | | | |
| 1.2 ความรุนแรงของโรค | | | | | | |
| 1.3 ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | | | | | | |
| 1.4 การรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือแผนการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 1.5 เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 1.6 ผลดี ผลเสีย/อันตราย จากการรักษา | | | | | | |
| 1.7 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ) | | | | | | |
| 2. ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเรื่องต่อไปนี้เพียงใด | | | | | | |
| 2.1 ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | | | |

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|--|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| 2.2 วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | | | |
| 2.3 ความหมายของการพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.4 ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.5 ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพินัยกรรมชีวิต | | | | | | |
| 2.6 ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 2.7 คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 2.8 บทบาทหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 2.9 ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล | | | | | | |
| 2.10 ข้อดี ข้อเสียในการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3. ท่านต้องการใช้วิธีการต่อไปนี้ เพื่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เพียงใด | | | | | | |
| 3.1 การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | | | | | | |
| 3.2 การทำพินัยกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | | | | | | |
| 3.3 การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายเพียงคนเดียว | | | | | | |
| 3.4 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |
| 3.5 การมอบหมายให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจ / เคารพนับถือที่อยู่นอกครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |
| 3.6 การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | | | |

| ความต้องการ | ระดับความต้องการ | | | | | |
|--|------------------|-----|---------|------|------------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | ไม่ต้องการ |
| 3.7 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3.8 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 3.9 การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ/เคารพนับถือ ทีมสุขภาพร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | | | |
| 4. ท่านต้องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเมื่อถึงระยะสุดท้ายของผู้ป่วย โดยวิธีต่อไปนี้เพียงใด (มีภาพประกอบด้านหลังแบบสอบถาม) | | | | | | |
| 4.1 ท่านต้องการ ยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | | | |
| 4.2 ท่านต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | | | |
| กรณีเลือกตอบ ข้อ 4.2 รับการรักษาที่ยืดชีวิต ท่านต้องการใช้วิธีการต่อไปนี้เพียงใด | | | | | | |
| 1. การช่วยฟื้นคืนชีพ | | | | | | |
| 2. การใส่ท่อช่วยหายใจ | | | | | | |
| 3. การใช้เครื่องช่วยหายใจ | | | | | | |
| 4. การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ | | | | | | |
| 5. วิธีอื่นๆ..... | | | | | | |

ภาพแสดงตัวอย่าง เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิต

ภาพที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพ



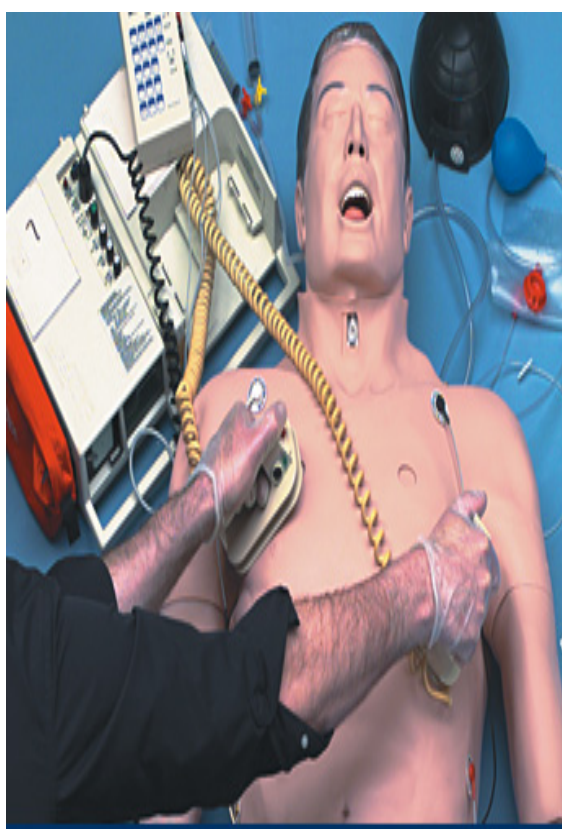
ภาพที่ 2 การใส่ท่อช่วยหายใจ



ภาพที่ 3 การใช้เครื่องช่วยหายใจ



ภาพที่ 4 การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ



ภาคผนวก ก

ตาราง 13

ความถี่ ร้อยละ เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน (N=502)

| เหตุผลของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในระยะสุดท้ายของชีวิต | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 1. ตัดสินใจยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต (บางรายให้เหตุผลมากกว่า 1 ข้อ) | 223 | 88.84 | 187 | 74.50 |
| 1.1 ต้องการให้ทำ/ตามความต้องการตามที่แจ้งไว้ | 149 | 59.36 | 133 | 52.98 |
| 1) ไม่ต้องการเจ็บปวดจากการช่วยยืดชีวิต | 107 | 42.63 | 31 | 10.50 |
| 2) อยากเสียชีวิตอย่างสงบ | 39 | 15.54 | 101 | 12.35 |
| 3) อยากเสียชีวิตกับครอบครัวที่บ้าน | 5 | 1.99 | 10 | 3.98 |
| 4) มีพิธีทางศาสนา/อโหสิกรรมก่อนเสียชีวิต | 3 | 1.19 | 4 | 1.59 |
| 1.2 ขอมรับความรุนแรง/อาการเจ็บป่วยของโรค | 29 | 11.55 | 15 | 5.98 |
| 1.3 อยากยุติชีวิตแต่ให้ช่วยเหลือบางวิธี เพื่อรอดูดี/ บุคคลสำคัญ | 17 | 6.77 | 22 | 8.76 |
| 1.4 ขอมรับอายุขัย | 28 | 11.15 | 16 | 6.37 |
| 1.5 ไม่เป็นภาระในการใช้เวลารักษาและค่าใช้จ่าย | 28 | 11.15 | 14 | 5.58 |
| 2. ตัดสินใจรักษายืดชีวิต | 28 | 11.15 | 64 | 25.50 |
| 2.1 ช่วยเพื่อรอดูดีหรือบุคคลสำคัญมาดูแล ก่อนเสียชีวิต | 13 | 5.18 | 29 | 11.55 |
| 2.2 อยากอยู่กับครอบครัวให้นานที่สุดแม้อยู่ในระยะสุดท้าย | 6 | 2.39 | 2 | 0.80 |
| 2.3 การตัดสินใจขึ้นอยู่กับญาติ | 5 | 1.99 | 4 | 1.59 |
| 2.4 การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหลายๆฝ่าย | 4 | 1.60 | 2 | 0.80 |
| 2.5 ช่วยให้ได้ถึงที่สุดในฐานะสามี/ภรรยา/บุตร/ญาติ ในครอบครัว | 0 | 0.00 | 16 | 6.36 |
| 2.7 รู้สึกไม่ดีหากไม่ได้ช่วยเหลือ | 0 | 0.00 | 8 | 3.19 |
| 2.8 เผื่อปาฏิหาริย์ช่วยเหลือแล้วอาการดีขึ้น | 0 | 0.00 | 3 | 1.19 |

ตาราง 14

ร้อยละ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย จำแนกรายด้าน (N = 502)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|--|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ด้านความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา | | | | |
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการเจ็บป่วย | | | | |
| ไม่ต้องการ | 1 | 0.40 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อย | 4 | 1.59 | 0 | 0.00 |
| ปานกลาง | 12 | 4.78 | 4 | 1.59 |
| มาก | 34 | 13.55 | 38 | 15.14 |
| มากที่สุด | 200 | 79.68 | 209 | 83.27 |
| 2. ความรุนแรงของโรค | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อย | 5 | 1.99 | 3 | 1.19 |
| ปานกลาง | 9 | 3.57 | 8 | 3.19 |
| มาก | 41 | 16.34 | 43 | 17.13 |
| มากที่สุด | 196 | 78.10 | 197 | 78.49 |
| 3. ระยะของโรค/โอกาสรอดหรือหายจากโรค | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 2 | 0.80 | 0 | 0.00 |
| น้อย | 6 | 2.39 | 2 | 0.80 |
| ปานกลาง | 12 | 4.78 | 16 | 6.37 |
| มาก | 45 | 17.93 | 41 | 16.33 |
| มากที่สุด | 186 | 74.10 | 192 | 76.50 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|--|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 4. การรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือแผนการรักษาพยาบาล | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 0 | 0.00 | 1 | 0.40 |
| น้อย | 13 | 5.18 | 0 | 0.00 |
| ปานกลาง | 60 | 23.90 | 19 | 7.57 |
| มาก | 0 | 0.00 | 50 | 19.92 |
| มากที่สุด | 173 | 68.92 | 181 | 72.11 |
| 5. เป้าหมายของการรักษาพยาบาล | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 2 | 0.80 | 0 | 0.00 |
| น้อย | 7 | 2.79 | 8 | 3.19 |
| ปานกลาง | 28 | 11.15 | 29 | 11.55 |
| มาก | 73 | 29.08 | 71 | 28.28 |
| มากที่สุด | 141 | 56.17 | 143 | 56.97 |
| 6. ผลดี ผลเสีย/อันตรายจากการรักษา | | | | |
| ไม่ต้องการ | 1 | 0.40 | 1 | 0.40 |
| น้อยที่สุด | 1 | 0.40 | 1 | 0.40 |
| น้อย | 8 | 3.19 | 2 | 0.80 |
| ปานกลาง | 17 | 6.77 | 10 | 3.98 |
| มาก | 66 | 26.19 | 47 | 18.72 |
| มากที่สุด | 158 | 62.94 | 190 | 75.70 |
| 7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ทางการแพทย์ ฯลฯ) | | | | |
| ไม่ต้องการ | 16 | 6.37 | 8 | 3.19 |
| น้อยที่สุด | 25 | 9.97 | 17 | 6.77 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| น้อย | 27 | 10.76 | 11 | 4.38 |
| ปานกลาง | 48 | 19.12 | 63 | 25.09 |
| มาก | 65 | 25.89 | 75 | 29.88 |
| มากที่สุด | 70 | 27.89 | 77 | 30.68 |
| <i>ด้านความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า</i> | | | | |
| 1. ความหมายของการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0 | 1 | 0.40 |
| น้อยที่สุด | 5 | 1.99 | 2 | 0.80 |
| น้อย | 22 | 8.77 | 12 | 4.78 |
| ปานกลาง | 61 | 24.30 | 47 | 18.71 |
| มาก | 117 | 46.61 | 102 | 40.63 |
| มากที่สุด | 46 | 18.33 | 87 | 34.66 |
| 2. วิธีการแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 3 | 1.19 |
| น้อยที่สุด | 5 | 1.99 | 2 | 0.80 |
| น้อย | 26 | 10.46 | 12 | 4.78 |
| ปานกลาง | 63 | 25.09 | 46 | 18.30 |
| มาก | 114 | 45.43 | 102 | 40.60 |
| มากที่สุด | 43 | 17.13 | 86 | 34.30 |
| 3. ความหมายของพินัยกรรมชีวิต | | | | |
| ไม่ต้องการ | 1 | 0.40 | 1 | 0.40 |
| น้อยที่สุด | 8 | 3.19 | 4 | 1.59 |
| น้อย | 30 | 11.95 | 15 | 5.98 |
| ปานกลาง | 78 | 31.04 | 51 | 20.32 |
| มาก | 106 | 42.21 | 108 | 43.02 |
| มากที่สุด | 28 | 11.15 | 72 | 28.68 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 4. ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำ พินัยกรรมชีวิต | | | | |
| ไม่ต้องการ | 2 | 0.80 | 2 | 0.80 |
| น้อยที่สุด | 21 | 8.37 | 13 | 5.18 |
| น้อย | 54 | 21.51 | 31 | 12.35 |
| ปานกลาง | 97 | 38.64 | 83 | 33.07 |
| มาก | 66 | 26.60 | 90 | 35.85 |
| มากที่สุด | 11 | 4.38 | 32 | 12.75 |
| 5. ข้อดี ข้อเสีย ในการทำพินัยกรรมชีวิต | | | | |
| ไม่ต้องการ | 2 | 0.80 | 1 | 0.40 |
| น้อยที่สุด | 20 | 7.98 | 6 | 2.39 |
| น้อย | 58 | 23.11 | 26 | 10.36 |
| ปานกลาง | 95 | 37.85 | 63 | 25.10 |
| มาก | 63 | 25.10 | 121 | 48.21 |
| มากที่สุด | 13 | 5.18 | 34 | 13.46 |
| 6. ความหมายของผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 1 | 0.40 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 7 | 2.79 | 1 | 0.40 |
| น้อย | 31 | 12.35 | 24 | 9.56 |
| ปานกลาง | 74 | 29.50 | 53 | 21.11 |
| มาก | 120 | 47.80 | 128 | 51.00 |
| มากที่สุด | 18 | 7.20 | 45 | 17.93 |
| 7. คุณสมบัติของผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 1 | 0.40 |
| น้อยที่สุด | 6 | 2.39 | 4 | 1.59 |
| น้อย | 35 | 13.95 | 24 | 9.56 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|--|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ปานกลาง | 78 | 31.07 | 60 | 23.90 |
| มาก | 117 | 46.61 | 121 | 48.21 |
| มากที่สุด | 15 | 5.98 | 41 | 16.34 |
| 8. บทบาท หน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 7 | 2.79 | 6 | 2.39 |
| น้อย | 66 | 26.30 | 39 | 15.54 |
| ปานกลาง | 84 | 33.47 | 86 | 34.26 |
| มาก | 85 | 33.87 | 83 | 33.07 |
| มากที่สุด | 9 | 3.56 | 37 | 14.74 |
| 9. ช่วงเวลาที่ผู้ตัดสินใจแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล | | | | |
| ไม่ต้องการ | 1 | 0.40 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 15 | 5.98 | 7 | 2.79 |
| น้อย | 74 | 29.50 | 45 | 17.93 |
| ปานกลาง | 97 | 38.64 | 94 | 37.45 |
| มาก | 55 | 21.90 | 69 | 27.49 |
| มากที่สุด | 9 | 3.58 | 36 | 14.34 |
| 10. ข้อดี ข้อเสียของการมอบหมายผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 14 | 5.58 | 7 | 2.79 |
| น้อย | 60 | 23.91 | 30 | 11.35 |
| ปานกลาง | 93 | 37.05 | 87 | 34.66 |
| มาก | 73 | 29.08 | 93 | 37.05 |
| มากที่สุด | 11 | 4.38 | 34 | 13.55 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ด้านความต้องการใช้วิธีแสดงเจตนาล่วงหน้า | | | | |
| 1. การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการสั่งหรือบอกผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยวาจา | | | | |
| ไม่ต้องการ | 3 | 1.19 | 0 | 0.00 |
| น้อยที่สุด | 6 | 2.39 | 4 | 1.59 |
| น้อย | 9 | 3.59 | 3 | 1.19 |
| ปานกลาง | 14 | 5.59 | 21 | 8.37 |
| มาก | 61 | 24.30 | 61 | 24.30 |
| มากที่สุด | 158 | 62.94 | 162 | 64.55 |
| 2. การทำพินัยกรรมชีวิตโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | | | | |
| ไม่ต้องการ | 51 | 20.32 | 53 | 21.12 |
| น้อยที่สุด | 105 | 41.83 | 79 | 31.47 |
| น้อย | 33 | 13.15 | 27 | 10.76 |
| ปานกลาง | 20 | 8.00 | 37 | 14.74 |
| มาก | 27 | 10.73 | 34 | 13.54 |
| มากที่สุด | 15 | 5.97 | 21 | 8.37 |
| 3. การมอบหมายให้มีผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายเพียงคนเดียว | | | | |
| ไม่ต้องการ | 68 | 27.10 | 65 | 25.90 |
| น้อยที่สุด | 133 | 52.99 | 120 | 47.81 |
| น้อย | 22 | 8.76 | 23 | 9.16 |
| ปานกลาง | 11 | 4.38 | 23 | 9.16 |
| มาก | 14 | 5.58 | 14 | 5.58 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 6 | 2.39 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 4. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันเป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | |
| ไม่ต้องการ | 16 | 6.37 | 14 | 5.59 |
| น้อยที่สุด | 17 | 6.78 | 10 | 3.97 |
| น้อย | 15 | 8.98 | 14 | 5.59 |
| ปานกลาง | 34 | 13.55 | 30 | 11.94 |
| มาก | 120 | 47.80 | 119 | 47.41 |
| มากที่สุด | 49 | 19.52 | 64 | 25.50 |
| 5. การมอบหมายให้บุคคลที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือที่อยู่ นอกครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจแทนเพียงฝ่ายเดียว | | | | |
| ไม่ต้องการ | 41 | 16.33 | 63 | 25.10 |
| น้อยที่สุด | 162 | 64.55 | 124 | 49.40 |
| น้อย | 25 | 9.96 | 33 | 13.15 |
| ปานกลาง | 11 | 4.38 | 16 | 6.37 |
| มาก | 9 | 3.59 | 12 | 4.79 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 3 | 1.19 |
| 6. การมอบหมายให้ทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล) เป็นผู้ตัดสินใจแทน เพียงฝ่ายเดียว | | | | |
| ไม่ต้องการ | 33 | 13.15 | 29 | 11.55 |
| น้อยที่สุด | 56 | 22.31 | 35 | 13.94 |
| น้อย | 57 | 22.71 | 53 | 21.12 |
| ปานกลาง | 83 | 33.07 | 104 | 41.44 |
| มาก | 20 | 7.96 | 24 | 9.56 |
| มากที่สุด | 2 | 0.80 | 6 | 2.39 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 7. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับบุคคล ที่ไว้วางใจ/เคารพนับถือเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 36 | 14.34 | 65 | 25.89 |
| น้อยที่สุด | 153 | 60.96 | 103 | 41.04 |
| น้อย | 32 | 12.75 | 15 | 5.97 |
| ปานกลาง | 11 | 4.38 | 27 | 10.75 |
| มาก | 17 | 6.77 | 24 | 9.56 |
| มากที่สุด | 2 | 0.80 | 17 | 6.80 |
| 8. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกับ ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 35 | 13.95 | 28 | 11.15 |
| น้อยที่สุด | 31 | 12.35 | 26 | 10.36 |
| น้อย | 41 | 16.33 | 35 | 13.95 |
| ปานกลาง | 84 | 33.47 | 84 | 33.47 |
| มาก | 48 | 19.12 | 56 | 22.31 |
| มากที่สุด | 12 | 4.78 | 22 | 8.76 |
| 9. การมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ ไว้วางใจ/เคารพนับถือ และทีมสุขภาพร่วมกันเป็น ผู้ตัดสินใจแทน | | | | |
| ไม่ต้องการ | 23 | 9.16 | 59 | 23.50 |
| น้อยที่สุด | 160 | 63.75 | 99 | 39.45 |
| น้อย | 38 | 15.14 | 27 | 10.76 |
| ปานกลาง | 9 | 3.59 | 19 | 7.57 |
| มาก | 16 | 6.37 | 31 | 12.35 |
| มากที่สุด | 5 | 1.99 | 16 | 6.37 |

ตาราง 14

จำนวน ร้อยละ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
 พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (N = 502)

| ความต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|---------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ต้องการ ยุติรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 64 | 25.50 |
| น้อยที่สุด | 3 | 1.19 | 0 | 0.00 |
| น้อย | 4 | 1.59 | 2 | 0.80 |
| ปานกลาง | 12 | 4.78 | 13 | 5.18 |
| มาก | 6 | 2.39 | 28 | 11.15 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 144 | 57.37 |
| ต้องการรับการรักษาที่ยืดชีวิต | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 187 | 74.50 |
| น้อยที่สุด | 5 | 1.99 | 4 | 1.59 |
| น้อย | 5 | 1.99 | 11 | 4.38 |
| ปานกลาง | 10 | 4.00 | 34 | 13.55 |
| มาก | 5 | 1.99 | 8 | 3.19 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 7 | 2.79 |
| การรับการรักษาที่ยืดชีวิต โดยวิธี | | | | |
| 1. ช่วยฟื้นคืนชีพ | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 192 | 76.49 |
| น้อยที่สุด | 4 | 1.59 | 8 | 3.19 |
| น้อย | 5 | 1.99 | 7 | 2.79 |
| ปานกลาง | 10 | 4.00 | 24 | 9.56 |
| มาก | 6 | 2.39 | 9 | 3.59 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 11 | 4.38 |

ตาราง 14 (ต่อ)

| ความต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต | ผู้ป่วย | | ผู้ตัดสินใจแทน | |
|---|------------|--------|----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| 2. ใส่ท่อช่วยหายใจ | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 187 | 74.50 |
| น้อยที่สุด | 4 | 1.59 | 5 | 1.99 |
| น้อย | 2 | 0.80 | 13 | 5.18 |
| ปานกลาง | 12 | 4.78 | 25 | 9.96 |
| มาก | 6 | 2.39 | 11 | 4.39 |
| มากที่สุด | 4 | 1.59 | 10 | 3.98 |
| 3. ใช้เครื่องช่วยหายใจ | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 187 | 74.50 |
| น้อยที่สุด | 4 | 1.59 | 6 | 2.39 |
| น้อย | 2 | 0.80 | 14 | 5.56 |
| ปานกลาง | 12 | 4.78 | 23 | 9.16 |
| มาก | 6 | 2.39 | 10 | 4.00 |
| มากที่สุด | 4 | 1.59 | 11 | 4.39 |
| 4. ใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ | | | | |
| ไม่ต้องการ | 223 | 88.84 | 193 | 76.89 |
| น้อยที่สุด | 5 | 1.99 | 9 | 3.60 |
| น้อย | 5 | 1.99 | 13 | 5.18 |
| ปานกลาง | 10 | 4.00 | 20 | 7.97 |
| มาก | 5 | 1.99 | 8 | 3.18 |
| มากที่สุด | 3 | 1.19 | 8 | 3.18 |

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. คุณนวรรตน์ รักชาติ พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ
(หน่วยไตเทียม)
โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา

ประวัติผู้เขียน

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------|--|
| ชื่อ สกุล | นางลักษณา สุวรรณนิล | | |
| รหัสประจำตัวนักศึกษา | 5010421041 | | |
| วุฒิการศึกษา | | | |
| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา | |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา | 2533 | |
| ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน | | | |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์น่านุการ | | |
| สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลระโนด จังหวัด สงขลา | | |