ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

The Buddhist Family Members' Experiences in Decision Making for Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatments for Critically Ill Patients in Terminal Stage

ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน
Piyanai Vattanaprasan

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
2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผู้เขียน นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

คณะกรรมการสอบ

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

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสาง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
ผู้เขียน นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการของแวน มาเนน สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ของลินคอนและกูบา

ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตมี 11 กลุ่มความหมาย และสะท้อนกลุ่มความหมายในโลกทั้ง 5 ใบ คือ โลกของตัวเองประกอบด้วย 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) ต้องตั้งสติ 2) ใช้ประสบการณ์ 3) ได้รับความไว้วางใจ และ 4) ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม โลกของความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 3 กลุ่มความหมายคือ 1) แสวงหาที่พึ่งทางใจ 2) นึกถึงใจและกายผู้ป่วย และ 3) ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ โลกของสถานที่ 1 กลุ่มความหมาย คือ เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง โลกของเวลา 1 กลุ่มความหมาย คือ หวังแต่ก็เผื่อใจ และ โลกของสิ่งของประกอบด้วย 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และ 2) เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต และผลการศึกษาสามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

Thesis Title The Buddhist Family Members' Experiences in Decision Making for Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatments for Critically Ill Patients in Terminal Stage
Author Miss Piyanai Vattanaprasan
Major Program Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year 2017

ABSTRACT

This study aimed to describe and explain the meanings of the lived experiences of Thai Buddhist family members in decision making for withholding or withdrawing life-sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. A qualitative research with hermeneutic phenomenological method was used. The participants were ten family members of critically ill patients who had the experience in making decisions regarding withholding or withdrawing life-sustaining treatments at the end-of-life. Data were collected using individual in-depth interview method. Interview transcription data were analyzed using van Manen's approach. Trustworthiness was established by following Lincoln and Guba's criteria.

Findings revealed eleven thematic categories of meanings of the lived experiences in decision making for withholding or withdrawing of life sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. These thematic categories were reflected within five life-worlds. The lived body, there were four themes; 1) must be conscious, 2) must use experience, 3) be trusted, and 4) must accept the nature of life and law of karma. The lived relations, there were three themes; 1) seeking spiritual refuge, 2) *recognizing patient's mind and body, and 3) mutually thinking and deciding. The lived space included one* theme - that of being alone in the dark. The lived time included one theme of hope and prepared mind. The lived material consisted of two themes; 1) technologies prolong life and increase sufferings, and 2) technologies increase patients comfort.

The findings of this study provide understanding of Buddhist family members' experiences in decision making for withholding or withdrawing of life sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. The findings can be used to help and support Buddhist family members in end-of-life decision making.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์มีคุณค่าและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประศาสน์วิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยชี้แนะแนวทางและให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีเสมอมา และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นส่วนสำคัญของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมที่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ศึกษาต่อ ขอบพระคุณ คุณสุพัตรา อุปนิสากร ที่คอยให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และให้กำลังใจอยู่เสมอ และยังเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานทุกด้าน ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมทุกท่านที่เอื้อเฟื้อยืดหยุ่นเวลาปฏิบัติงานตลอดมา และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น 58 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง จนวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรคณะแพทย์ ที่ไม่ใช่อาจารย์ ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และหลานๆ ที่คอยห่วงใย สนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(5)
ABSTRACT		(6)
กิตติกรรมประกาศ		(7)
สารบัญ		(8)
รายการตาราง		(11)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญ	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
	คำถามการวิจัย	6
	กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	6
	นิยามศัพท์	8
	ขอบเขตของการวิจัย	8
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	9
	ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	10
	แนวคิดการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	11
	ความหมายของการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต	11
	บุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	12
	กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต	14
	การตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	16
	หลักจริยธรรมที่ใช้ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต	18
	ปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤต	20
	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	23

สารบัญ

		หน้า
	ผลกระทบจากการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	26
	หลักของศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต	27
	แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก	30
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	36
	บริบทของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	36
	ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล	37
	ภูมิหลังผู้วิจัย	38
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	39
	ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
	การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	42
	การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล	43
	การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	47
	ผลการวิจัย	47
	อภิปรายผลการวิจัย	68
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	77
	สรุปผลการวิจัย	77
	ข้อจำกัดการวิจัย	78
	ข้อเสนอแนะ	78
เอกสารอ้างอิง		80
ภาคผนวก		93
	ก แนวคำถามสัมภาษณ์	94
	ข แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม	97
	ค การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	98

สารบัญ

หน้า

ง. ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลภาคสนาม..... 99

จ ตัวอย่างการสัมภาษณ์และการจัดกลุ่มคำสำคัญ..... 100

ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย..... 102

ประวัติผู้เขียน..... 103

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต	48
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	49
3	กลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 5 ใบ	58

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิตเกิดขึ้นกะทันหันจากภาวะโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรัง มีการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ และร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะนั้นได้ (ฉวีวรรณ, 2553; Badger, 2005) ทำให้สัญญาณชีพไม่คงที่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แพทย์มักวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ (ฉันชาย, 2548; ดุสิต, 2548) มีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและไม่แน่นอน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ ต่อมาผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการตายและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งไม่สามารถระบุระยะเวลาของกระบวนการตายได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยและประสิทธิภาพการรักษา (ทัศนีย์, 2552; วราภรณ์, 2558) จึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และได้รับการรักษาด้วยวิธีการและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า เช่น มีการใช้เครื่องช่วยหายใจและควบคุมการหายใจด้วยยา การฟอกเลือดล้างไตข้างเตียง การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกายในผู้ป่วยหลังหัวใจหยุดเต้น (targeted temperature management: TTM) การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) เป็นต้น ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ส่งผลกระทบตามมาต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อยจากการต้านเครื่องช่วยหายใจ ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เหนื่อยล้า จากอาการเจ็บป่วยและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา รวมถึงการรักษาที่อาจไม่เกิดประโยชน์ (Hov, Hedelin, & Athlin, 2007; McAdam & Puntillo, 2009) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวตาย โดดเดี่ยวท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย รู้สึกถูกแยกจากครอบครัว ไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Locsin & Kongsuwan, 2013)

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตอาจเกิดภาวะเศร้าโศก เครียด กลัว หมดหวัง โดดเดี่ยว ไร้พลัง (ยุวนิดา, กิตติกร, และพัชรียา, 2552) ความคิดและความสามารถในการจัดการลดลง ทำให้มีความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาชีวิตของผู้ป่วย (สิริวรรณ, วราภรณ์, และกิตติกร, 2556) และอาจเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวหรือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ (Kongsuwan & Chaipetch, 2011)

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Luce, 1997) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต จะเป็นบทบาทของผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) (Quinn et al.,

2012) ผู้ตัดสินใจแทนอาจเป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่สำคัญ ที่ได้รับการมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือได้รับการมอบอำนาจโดยกฎหมาย หรืออาจเป็นการตกลงกันภายในครอบครัวของผู้ป่วยให้ทายาทหรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากมีความใกล้ชิด เอาใจใส่ผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการและคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย (วราภรณ์, 2558) โดยการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมักจะตัดสินใจร่วมกันหลายคน (Quinn et al., 2012) แต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนอาจเกิดความเครียดทางอารมณ์ รู้สึกเหมือนต้องแบกรับภาระในการตัดสินใจ (Thelen, 2005) รู้สึกกังวลกับความรู้สึกผิดด้านจริยธรรมหรือศีลธรรมจากการตัดสินใจ (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) รู้สึกโดดเดี่ยว เหมือนต้องตัดสินใจคนเดียว อีกทั้งยังอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (Thelen, 2005; White, 2011)

การตัดสินใจในระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยวิกฤตเป็นกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย ร่วมพิจารณาเลือกวิธีการรักษา หรือไม่รักษา รวมถึงทิศทางของการดูแล (Papadimos, Maldonado, Tripathi, Kothari, & Rosenberg, 2011) ส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การยับยั้งหรือยุติการรักษา (withholding or withdrawing life-Sustaining treatment) รวมถึงการตัดสินใจเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาแบบมุ่งรักษาชีวิตเป็นแบบประคับประคอง (Thelen, 2005)

การยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นการหยุดให้หรือการคงการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับและไม่เพิ่มการรักษาอื่นที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010) มีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต โดยผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 65.0 รองลงมาคือสามีและภรรยาร้อยละ 15.0 พี่หรือน้องของผู้ป่วยร้อยละ 6.7 และบิดาหรือมารดาร้อยละ 5.0 พบว่าผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 62.5 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย (ปวันนุช, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของแชงและคณะ (Chang, Huang, & Lin, 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูพบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูที่ตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพคิดเป็นร้อยละ 65.8 และผู้ป่วยเสียชีวิตในไอซียูหลังจากมีการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาร้อยละ 40-74 (Prendergast, Claessens, & Luce, 1998; Raffin, 1995; Wood & Martin, 1995)

หากกระบวนการตัดสินใจแทนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้รูปแบบการรักษามีความชัดเจนขึ้น ส่งผลให้แผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นผลจากการตัดสินใจนั้น หากกระบวนการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในขณะนั้น เกิดความ

ทุกข์ทรมาน โอกาสตายอย่างสงบลดลง การศึกษาของ คงสุวรรณและไชยเพชร (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียูในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าสมาชิกครอบครัวมีความยากลำบากในการตัดสินใจในระยะท้ายในการยืดชีวิตหรือยุติการรักษา ไม่ทราบว่าการเลือกตัดสินใจอย่างไรที่ดีที่สุด หากตัดสินใจยืดชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยทรมาน แต่หากตัดสินใจยุติการรักษาก็จะเป็นเหมือนการฆ่าผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ได้สั่งเสียไว้ทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจ และมักเกิดความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อทำการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเชาเลียรา, เคียร์นีย์, สตอทท์, โมลาซสิโอทิส, และมิลเลอร์ (Chouliara, Kearney, Stott, Molassiotis, & Miller, 2004) ที่ศึกษาพบว่ากระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกิดขึ้นช้าและไม่มีประสิทธิภาพ จากการขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องอาการ การรักษา และการดำเนินโรคที่ก้าวเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นการตัดสินใจในเรื่องการมีชีวิตอยู่และความตายของผู้ป่วย นำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจแทนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่น ของผู้ตัดสินใจแทน (Iverson et al., 2014) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงสูง (Chiarchiaro, Buddadhumaruk, Arnold, & White, 2015) และยังพบว่าหนึ่งในสามของผู้ตัดสินใจแทนมีผลกระทบทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ ภาวะเครียด อาการรู้สึกผิด และความสงสัยว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเดือน บางครั้งเป็นปีภายหลังการตัดสินใจ (Wendler & Rid, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของกอน, เดวิดสัน, มอริสัน, เดนิส และไวท์ (Kon, Davidson, Morrison, Danis, & White, 2016) ซึ่งศึกษาพบว่าการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตมักนำมาซึ่งความเครียด กังวล ลำบากใจ และอาจได้รับข้อมูลไม่มากพอที่จะใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่กล้าเข้าไปถามข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ (Lind, Lorem, Nortvedt, & Hevroy, 2012) จากการศึกษาของเฟอร์แลน, โรเบิร์ต, อินแกรนด์, และ เลแมร์ (Ferrand, Robert, Ingrand, & Lemaire, 2001) พบว่าการตัดสินใจเลือกการยืดหรือยุติการรักษายังมีผู้ป่วยบางรายที่รอดชีวิต จึงยากที่จะคาดเดาได้ว่าการตัดสินใจเลือกวิธีการใดจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้เมื่อมีเงื่อนไขอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องจะทำให้การตัดสินใจยากลำบากมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจยืดหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตมีหลายประการ ได้แก่ คุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย (Manasurakarn, Chaowalit, Suttharangsee, Isaramalai, & Geden, 2008) การพยากรณ์โรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Siegel, 2009) คุณภาพชีวิต (Hermann &

Looney, 2011) วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) มีเกอร์และเจซิวสกี (Meeker & Jezewski, 2009) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่ต้องตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต พบว่าสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การสร้างกรอบแนวคิดใหม่จากความเป็นจริง การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่เกี่ยวข้อง และการบูรณาการทั้งในเรื่องของคุณค่า ความเชื่อ ความเป็นจริง ความปรารถนาในชีวิต และการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่มีผลกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว ที่ต้องตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งแบ่งได้เป็นประเด็นเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต่างเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการตัดสินใจเพื่อให้การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลกระทบจากการตัดสินใจน้อยที่สุด นอกจากต้องคำนึงถึงปัจจัยและประเด็นที่มีผลกับการตัดสินใจแล้ว ทีมสุขภาพยังต้องมีส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

วราภรณ์และเยาวรัตน์ (2555) ได้วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบคลอบคลุมงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายในไอซียู พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาของผู้ป่วยระยะท้ายในไอซียู ได้แก่ วัฒนธรรม การให้คุณค่า ความปรารถนา พยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ระยะเวลา ฐานะ เศรษฐกิจ และความผูกพันในครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และมีการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษาในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิต มีเพียงส่วนน้อยที่ตัดสินใจรับการรักษาต่อ หรือให้ทีมสุขภาพ/ครอบครัวตัดสินใจแทน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านศาสนาอิสลามที่มีความเชื่อในโลกหน้า (ความตายเป็นหนทางไปหาพระเจ้า) และเชื่อในพระเจ้าองค์เดียว (ทุกอย่างอัลลอฮเป็นผู้กำหนด) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง การไม่ต้องการเป็นภาระต่อครอบครัว และผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค (นิการีหมัะ, อรัญญา, และอุไร, 2551)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง (นิการีหมัะและคณะ, 2551) ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายซึ่งมีความแตกต่างกันของวิถีความเจ็บป่วย การดำเนินโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยอาจมีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต แต่การศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกตัว ความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง มีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการตัดสินใจในระยะท้ายในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในมุมมอง

ของผู้ให้บริการ (กนกพร, 2558; วราภรณ์และเยาวรัตน์, 2555) และการศึกษาในมุมมองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในไอซียู ได้แก่ มุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) และประสบการณ์การดูแลของครอบครัวไทยพุทธที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) ทำให้เข้าใจปัญหาบางอย่างเกี่ยวกับการตัดสินใจยืดหรือยุติการรักษาของสมาชิกครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนมีความยากลำบากในการตัดสินใจ หากตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยก็รู้สึกเหมือนเป็นการฆ่าผู้ป่วย และหากตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยก็เหมือนเป็นการทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน รวมถึงการที่มีข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจ ทั้งจากทีมสุขภาพและไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้สั่งเสียไว้ เป็นต้น ต่อมา ปวันนุช (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งทำให้ทราบกระบวนการตัดสินใจ ผลการตัดสินใจและเหตุผลในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์รายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย ร้อยละ 68.3 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย ร้อยละ 62.5 และตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย ร้อยละ 37.5 ผู้ที่ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยและให้การรักษาเพื่อความสุขสบายให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาเป็นหลัก ส่วนผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยให้เหตุผลเกี่ยวกับความต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดและผู้ป่วยยังมีความหวัง เป็นที่น่าสนใจว่าขณะที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวอย่างไร ยังไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพในเชิงลึกผ่านประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

จากการศึกษาพบว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (Meeker & Jezewski, 2009; Romain & Sprung, 2014) จากข้อมูลพบว่าภาคใต้มีประชาชนนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 75.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และการตายดีคือการตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2554) รวมถึงมีความเชื่อในเรื่องกรรม และกฎแห่งกรรม การตัดสินใจยุติการรักษาอาจทำให้ผู้ตัดสินใจรู้สึกผิดบาปเนื่องจากผลของการตัดสินใจอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การตัดสินใจในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤตเป็นการตัดสินใจที่คาบเกี่ยวระหว่างการมีชีวิตอยู่และความตาย นอกจากความปรารถนาของผู้ป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแล้ว ความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์

ดังกล่าวในเชิงลึก โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1992) ซึ่งเป็นปรัชญาว่าด้วยการตีความ หรือให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา เน้นที่ประสบการณ์ของชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความเข้าใจในการให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์นั้นๆ สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง จะทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผลการศึกษาจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงการตัดสินใจที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการตอบสนองและส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงดูแลสมาชิกครอบครัวในช่วงที่ต้องตัดสินใจ เพื่อลดผลกระทบที่อาจตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

คำถามการวิจัย

ความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติกมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจ ความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น และสื่อสารความหมายของประสบการณ์ (Heidegger, 1992) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต เป็นการศึกษาจากสภาพที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและมีความหลากหลายที่สามารถบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตได้ดีที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกของไฮเดกเกอร์ เนื่องจากการศึกษานี้คงจะหลีกเลี่ยงยากที่ผู้วิจัยจะไม่เอาความรู้ ประสบการณ์ที่มีอยู่ และจากการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมทำความเข้าใจกับสิ่งที่จะศึกษา (อารีย์วรรณ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1992) ที่เชื่อว่าบุคคลใช้ประสบการณ์ ความคิดในการตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ได้ลึกซึ้งและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิต มีโอกาสรอดน้อยมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตจากการรักษาได้อย่างเต็มที่ เทคโนโลยีจำนวนมากถูกนำมาใช้ในการรักษาตั้งแต่ช่วงแรกของการเจ็บป่วยวิกฤตจนถึงระยะท้ายของชีวิต เมื่อถึงระยะท้ายของชีวิตแพทย์มักวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยับยั้งหรือยุติการรักษา

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง บทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นบทบาทของผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งได้รับการมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือได้รับการมอบอำนาจโดยกฎหมาย หรือเป็นการตกลงกันภายในครอบครัวของผู้ป่วยให้ทายาทหรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องยาก ซับซ้อน ท้าทาย เนื่องจากเป็นการตัดสินใจบนสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นความตายของคนที่รักและผูกพัน อาจส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนเกิดภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ เครียด และกดดัน มีความกังวลว่าจะทำหน้าที่ได้ไม่ดี และผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน รวมถึงกังวลเรื่องผลกระทบภายหลังการตัดสินใจ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษา ความปรารถนา ความหวังของผู้ป่วย พยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรคของบุคคลใกล้ตาย ระยะเวลา ฐานะ เศรษฐกิจ และความผูกพันในครอบครัว (วราภรณ์และเยาวรัตน์, 2555; นิการีหม๊ะและคณะ, 2551; Lind et al., 2012)

ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บและตาย ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจที่สำคัญของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555) และยังมีอิทธิพลกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตอีกด้วย ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หลักคำสอนที่มีผลกับการตัดสินใจได้แก่ หลักของกฎแห่งกรรม คือ กระทำอย่างไรก็ได้ผลอย่างนั้น การเจ็บป่วยและความตายเป็นจากผลกรรมในอดีต (นโม เมตตานนโท, 2549) อีกทั้งศาสนาพุทธเน้นการตายอย่างมีสติด้วยจิตเป็นกุศล เพื่อให้มีการตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2554) สำหรับในสังคมไทยการพูดถึงความตายในสังคมไทยอาจเป็นเรื่องต้องห้าม เปรียบเหมือนการแช่งที่ทำให้ตายเร็วขึ้น (กิตติกร, 2555)

ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต และแนวคิดของศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความชัดเจน ครอบคลุมและถูกต้องมากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์มากยิ่งขึ้น

นิยามศัพท์

การยับยั้งหรือยุติการรักษา หมายถึง การหยุด การถอด หรือการไม่เพิ่มการรักษาที่เป็นวิธีการหลักในการช่วยชีวิตจากเดิมที่ปฏิบัติอยู่ รวมถึงการนำผู้ป่วยในระยะวิกฤตออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตัวหรือเสียชีวิตที่บ้าน การแสดงความจำนงไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่รับการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงการปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ใดๆ ที่ช่วยยืดชีวิตหรือประคับประคองอาการ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2560 – ธันวาคม 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้เข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธเกี่ยวกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะช่วยกำหนดแนวทางการจัดรูปแบบการบริการ และการบริหารการพยาบาล ที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลแบบองค์รวม

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
2. แนวคิดการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
   2.1 ความหมายของการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต
   2.2 บุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
   2.3 กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต
   2.4 การตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
   2.5 หลักจริยธรรมที่ใช้ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต
   2.6 ปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤต
   2.7 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
   2.8 ผลกระทบจากการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต
3. หลักของศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก
   4.1 ประเภทของแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา
   4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก

ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยวิกฤต (critically ill patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว อาการไม่แน่นอน มีปัญหาคุกคามถึงชีวิต สัญญาณชีพไม่คงที่ มีอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งถูกทำลายหรือล้มเหลว จนไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือและวินิจฉัยอย่างเร่งด่วน หากการวินิจฉัยไม่ถูกต้องผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ (ฉวีวรรณ, 2553; Badger, 2005) และต้องการการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและมีความเฉพาะเจาะจง รวมถึงมีความซับซ้อนในการให้การช่วยเหลือ (วิจิตรา, 2551)

ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (terminally ill patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยระยะลุกลามเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรคซึ่งไม่มีวิธีรักษาหรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างเต็มที่ แต่ไม่สามารถทำให้ฟื้นหายได้ (ดุสิต, 2554; สถาพร, 2552; อรพรรณ, กิตติกร และวิภาวี, 2554) และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยแพทย์บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2010; Lyngaa et al., 2015)

โดยสรุป ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต (critically and terminally ill patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว คุกคามต่อชีวิต (วิจิตรา, 2551) ส่งผลให้มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวและร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะนั้นได้ (ฉวีวรรณ, 2553; Badger, 2005) ทำให้สัญญาณชีพไม่คงที่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ระยะนี้แพทย์มักวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ (ฉันชาย, 2548; ดุสิต, 2548) ต่อมาผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนของการตายและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งไม่สามารถระบุระยะเวลาของกระบวนการตายได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยและประสิทธิภาพการรักษา (ทัศนีย์, 2552; วราภรณ์, 2558)

ปัจจุบันเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยหวังผลเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลรักษา โดยมีการนำมาใช้ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อเนื่องจนถึงระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยีส่วนใหญ่จะมีการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ มีภาวะติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการใช้เทคโนโลยีที่ต้องสอดใส่สายเข้าไปในร่างกาย เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น (วราภรณ์, 2558) ผลที่เกิดขึ้นจากความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ จากการช่วยชีวิตและยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีของการดูแล รวมถึงจากการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผลกระทบทางด้านร่างกายขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น มีอาการหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย เจ็บปวด ทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และเหนื่อยล้า

ไม่สุขสบายจากการใช้เทคโนโลยีในการดูแลรักษา รวมถึงการอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่วุ่นวาย เสียงดัง (Locsin & Kongsuwan, 2013; McAdam & Puntillo, 2009) ในระยะท้ายของชีวิตระดับความรู้สึกตัวจะเริ่มลดลงอาจเป็นผลจากอาการเจ็บป่วยหรือจากยานอนหลับหรือยาคลายกล้ามเนื้อที่ให้เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษาที่สังเกตได้จากสภาพร่างกายภายนอก เช่น ภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดจากการได้รับยาตีบหลอดเลือดในปริมาณสูง จ้ำม่วงบริเวณผิวหนังทั่วร่างกายจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดลง มีเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น รวมถึงการมีสายน้ำเกลือ อุปกรณ์ช่วยชีวิตระโยงระยางรอบตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยอีกด้วย ในระยะท้ายของชีวิตเมื่อร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา โอกาสรอดชีวิตน้อย ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาหรือไม่ใช้การรักษาใดๆ ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย รวมถึงทิศทางการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

แนวคิดการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ความหมายของการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจ (decision making) หมายถึง การพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด โดยมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลเพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆ (บุญใจ, 2551)

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (end of life decision making) หมายถึง กระบวนการที่บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเข้าสู่การพิจารณาเลือกวิธีการรักษา หรือไม่ใช้การรักษาใดๆ ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย รวมถึงทิศทางการดูแล (Luce, 2010) เป็นการตัดสินใจหยุดหรือยับยั้งการรักษาทางการแพทย์ และการตัดสินใจในการบรรเทาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานและอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต (De Vos et al., 2011) ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษา ความปรารถนา ความหวังของผู้ป่วย พยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรคของบุคคลใกล้ตาย ระยะเวลา ฐานะ เศรษฐกิจ และความผูกพันในครอบครัว (นิการีหม๊ะและคณะ, 2551; วราภรณ์และเยาวรัตน์, 2555; Lind et al., 2012)

บุคคลที่มีสิทธิในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ดีที่สุดแต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความพร้อมในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Curtis & White, 2008) เนื่องจากปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ถูกจำกัดจากระดับความรู้สติ อาการของโรคและการรักษา มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากที่เคยวางแผนการรักษาระยะท้ายไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) จึงต้องทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน และเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Quinn et al., 2012)

ผู้ตัดสินใจแทนอาจเป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่สำคัญ ที่ได้รับการมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือได้รับการมอบอำนาจโดยกฎหมาย หากผู้ป่วยไม่ได้ระบุไว้ ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย (แพทยสภา, 2558) ได้ระบุไว้ว่า “บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์” นอกจากนี้ยังมีการกำหนดทายาทโดยธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพานิชย์ พุทธศักราช 2535 ได้แก่ 1) คู่สมรสหรือบุตร 2) บิดามารดา 3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 4) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน 5) ปู่ ย่า ตา ยาย 6) ลุง ป้า น้า อา หรืออาจเป็นการตกลงกันภายในครอบครัวของผู้ป่วยให้ทายาทหรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากมีความใกล้ชิด เอาใจใส่ผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการ และคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย (วราภรณ์, 2558) โดยการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมักจะตัดสินใจร่วมกันหลายคน (Quinn et al., 2012) แต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา

บุคคลที่ต้องตัดสินใจจะต้องได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะใช้ในการตัดสินใจ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมวด 1 มาตรา 8 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550) วิก, เทเลอร์, สตากร์, โฮปเลย์, และไฟเยอร์-แอดวอร์ด (Vig, Taylor, Starks, Hopley, & Fryer-Edwards, 2006) ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนมีพื้นฐานของการตัดสินใจ 5 อย่าง คือ 1) การสนทนา โดยการตัดสินใจขึ้นอยู่กับความรู้ที่มี 2) เอกสาร โดยการใช้เอกสารสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) การมีประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งเป็นความรู้สึกภายใน (inner sense) จากการมีประสบการณ์ร่วมกันใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ 4) การให้คุณค่าเกี่ยวกับชีวิต และ 5) การมีเครือข่ายของผู้ตัดสินใจแทน ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากผู้ตัดสินใจแทนขาดสิ่งดังกล่าวอาจทำให้ไม่พร้อมในการตัดสินใจ ไม่อยากตัดสินใจเนื่องจาก

รู้สึกว่าการตัดสินใจของตัวเองเป็นการตัดสินใจที่ผิด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต บางครั้งอาจไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ จึงมอบหมายให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ก่อนที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจแทน ทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งอาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ หน่วยสิทธิประโยชน์ หน่วยชีวันตาภิบาล เป็นต้น ต้องประชุมปรึกษาหารือและเห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกันก่อน โดยเฉพาะแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งมีหลายคน หลายแผนก ตามอวัยวะของร่างกายที่ทำงานผิดปกติ (วราภรณ์, และเยาวรัตน์, 2555) สิทธิสมบัติและอินทร์ทอง (Sittisombut & Inthong, 2009) ได้สำรวจผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 57.2 เลือกให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิต ร้อยละ 28.3 เลือกให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ และร้อยละ 14.5 เลือกการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ตัดสินใจแทน นอกจากแพทย์แล้วยังมีพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมักจะทำหน้าที่เป็นคนกลางประสานงานระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทน สำหรับบทบาทในการตัดสินใจมีค่อนข้างจำกัด (Baggs & Schmitt, 2000; Kongsuwan & Matchim, 2012) อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลได้ทำหน้าที่สำคัญในการให้ข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบการตัดสินใจของทุกฝ่าย ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทนสามารถก้าวผ่านกระบวนการตัดสินใจได้ (Hilden & Honkasalo, 2006) สอดคล้องกับการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังมุสลิมของ นิการีหม๊ะและคณะ (2551) พบว่าความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ ความไว้วางใจ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

การช่วยญาติให้มีการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการสื่อสารและการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ญาติเป็นแหล่งข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบว่าผู้ป่วยมีความต้องการอย่างไร ญาติส่วนหนึ่งมีความต้องการความเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับเรื่อง การยุติการรักษาในวาระสุดท้าย (Osborn et al., 2012) หากครอบครัวและญาติมีข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอจะทำให้การตัดสินใจนั้นมีโอกาสผิดพลาดน้อย (Hawryluck, 2011) มีการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูล ได้รับการยอมรับและการตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจในการดูแลมากกว่าญาติของผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต (Wall, Curtis, Cooke, & Engelberg, 2007) ดังนั้นการสื่อสารของครอบครัวและญาติกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงทำให้เกิดความพึงพอใจและเกิดความผิดพลาดในการตัดสินใจน้อยที่สุด

มีการศึกษาพบว่าการขาดทักษะในการสื่อสารและทักษะการสร้างสัมพันธภาพของทีมสุขภาพ วิธีการให้ข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพ การขาดแนวปฏิบัติกระบวนการสื่อสาร เกิดความลังเล

เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องความตายและความยากลำบากของการสนทนาในการตัดสินใจเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในอนาคต ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไม่มีประสิทธิภาพและอาจเกิดความล่าช้า (De Vleminck et al., 2014; Schickedanz et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีเลน (Thelen, 2005) ซึ่งได้ทบทวนเอกสารและสรุปพฤติกรรมของผู้ให้บริการสุขภาพที่ขัดขวางและช่วยเหลือการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตจากมุมมองของครอบครัวผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1. พฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพที่ขัดขวางการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย ให้ความหมายการตายคือความล้มเหลว นอกจากนี้การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทีมสุขภาพที่ดูแลให้ข้อมูลไม่ตรงกัน การให้ความสำคัญกับคนรับผิดชอบในการตัดสินใจเพียงคนเดียว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในครอบครัว

2. พฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพที่ส่งเสริมการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การที่ทีมสุขภาพให้ข้อมูลและมีความเห็นที่สอดคล้องกัน ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้เห็นการตัดสินใจในมุมมองต่างๆ ให้สมาชิกครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ความเอื้ออาทรและเคารพสมาชิกครอบครัว รวมถึงดูแลด้านอารมณ์และความเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัว

จะเห็นได้ว่าบุคลากรสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมครอบครัวในการตัดสินใจในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรพัฒนาทัศนคติ ความรู้และทักษะในเรื่องดังกล่าว รวมถึงพัฒนาทักษะในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ แนวทางการให้ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดข้อขัดแย้ง

กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการทางความคิดในการเลือกรักษาหรือไม่รักษาทางใดทางหนึ่ง (Lind et al., 2012; Thelen, 2005) เป็นเรื่องยากและท้าทายสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Manasurakarn et al., 2008) หลักการในการเลือกตัดสินใจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต้องผ่านกระบวนการคิด พิจารณาไตร่ตรองเชิงเหตุผล โดยคำนึงถึงคุณค่าความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการรักษา การมีชีวิต การเจ็บป่วยและการตาย รวมถึงความหวังของผู้ป่วย (Lind et al., 2012)

กระบวนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องซับซ้อนและท้าทาย (Emanuel & Scandrett, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ทิลเดน, โทลเล, เนลสัน และฟิลด์ (Tilden, Tolle, Nelson, & Fields, 2001) พบว่า กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเริ่มจากการตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษาที่สูญเปล่าและการรักษาที่ได้รับตามการพยากรณ์โรค ทำให้ครอบครัวเริ่มตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงตระหนักถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ เริ่มคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อและความปรารถนาของผู้ป่วย ต่อมาจึงตอบสนองต่อการตัดสินใจ และตั้งคำถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของผู้ตัดสินใจแทนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก และการตัดสินใจเลือก (Thelen, 2005) สรุปได้ดังนี้

1. การรับทราบข้อมูล เป็นขั้นตอนในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม คุณค่า ความเชื่อทางศาสนาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. การคิดวิเคราะห์ เป็นการคิดวิเคราะห์ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร และควรตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยอย่างไร

3. การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก เป็นขั้นตอนที่มีการกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และยอมรับทางเลือกนั้นๆ

4. การตัดสินใจเลือก เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจ สิ่งที่เกิดขึ้นคือผลของการตัดสินใจ

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตต้องผ่านการคิดอย่างมีเหตุผล มีการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้นได้ทั้งในด้านที่เกิดประโยชน์และเป็นอันตราย หากกระบวนการตัดสินใจดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้รูปแบบการรักษามีความชัดเจนขึ้น ส่งผลให้แผนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นผลจากการตัดสินใจนั้น หากกระบวนการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในขณะนั้น เกิดความทุกข์ทรมาน เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น โอกาสตายอย่างสงบลดลง ครอบครัวอาจมีความรู้สึกไม่แน่นอน คลุมเครือ ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจรับกับผลของการตัดสินใจที่เกิดขึ้น และไม่ชัดเจนในทิศทางการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์อาจเกิดการชะงักของกิจกรรมการรักษาพยาบาลบางอย่างหากการตัดสินใจยังไม่ชัดเจน

การตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตมักนำมาซึ่งความเครียดกังวล ลำบากใจ อาจได้รับข้อมูลไม่มากพอ มีการนำรูปแบบการร่วมกันตัดสินใจ (shared decision making) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคลากรสุขภาพที่ดูแล เข้ามาร่วม

ในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนมาใช้ (Kon et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของไครโวรัชโคและคณะ (Kryworuchko, Hill, Murray, Stacey, & Fergusson, 2013) โดยสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 4 ฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยชีวิตในไอซียู พบว่ารูปแบบการร่วมกันตัดสินใจไม่เป็นอันตราย สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความไม่สบายใจของครอบครัวได้ ลดจำนวนวันนอนไอซียู แต่ไม่ลดอัตราตาย

การตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

การยับยั้งหรือยุติการรักษา เป็นการหยุดให้หรือการคงการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับและไม่เพิ่มการรักษาอื่นที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Detering et al., 2010) มีรายละเอียดดังนี้

1. การยับยั้งหรือไม่สั่งการรักษาใหม่เพิ่มเติม (withholding life-sustaining treatment) หมายถึง เป็นการงดการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในระยะท้ายของชีวิต เช่น การงดการช่วยฟื้นคืนชีพ (do not resuscitate; DNR) ในกรณีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Schuklenk et al., 2011) แต่การรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่ ไม่ริเริ่มการรักษาที่อยู่ในเครือข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น การไม่ให้เลือด ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะในระดับความแรงที่สูงขึ้น ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรืองดใช้เครื่องช่วยหายใจ (ดุสิต, 2556) การศึกษาของปวันนุช (2559) พบว่าการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายไม่ต้องการรักษาเพิ่มเติมมากที่สุดคือ การช่วยฟื้นคืนชีพและการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของแชงและคณะ (Chang et al., 2010) ที่ศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยในไอซียูด้วยการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ยกเลิกการช็อกไฟฟ้าและไม่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ตามลำดับ

2. การยุติการรักษาที่มีอยู่ทีละอย่างหรือทั้งหมด (withdrawal life-sustaining treatment) หมายถึง การหยุดการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในระยะท้ายของชีวิต เช่น หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิตหยุด หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ หยุดให้เลือดและยาปฏิชีวนะ ถอนเครื่องกระตุ้นหัวใจ หยุดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Mehta, Anderson, Hunt, Chaitin, & Arnold, 2011) ผู้ป่วยในไอซียูมักจะเสียชีวิตภายหลังจากการตัดสินใจยุติหรืองดเว้นการรักษาที่ยืดชีวิต (Cook et al., 2003; Prendergast & Luce, 1997) โดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Cooke, Hotchkin, Engelberg, Rubinson, & Curtis, 2010) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการต่างๆ เพื่อยืดชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่ฟื้นหายแล้วจึงยุติการรักษา ผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสได้อำลา

หรือสั่งเสีย หลักการพิจารณายุติการรักษาเพื่อยื้อชีวิตเริ่มต้นจากการจำกัดขอบเขตการรักษา อาจเลือกทำอย่างเป็นขั้นตอน (ดุสิต, 2548) ได้แก่ 1) การงดการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) การไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกรณีผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป 3) การหยุดให้เลือด 4) การไม่สั่งยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ 5) การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ 6) การหยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต 7) การหยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และ 8) การให้ยานอนหลับ (sedation)

ประเด็นการยับยั้งหรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิตนั้นเชื่อมโยงกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคคลเกี่ยวกับความประสงค์ในเรื่องการรักษาพยาบาลเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต (advanced directives) เช่น ในสหรัฐอเมริกาที่ให้ความสำคัญกับการเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เกี่ยวกับการตัดสินใจที่จะเลือกแผนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตล่วงหน้า หรือเรียกว่า “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” โดยไม่ถูกยืดหรือแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ (ดุสิต, 2554) สำหรับในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ใน มาตรา 12 ที่บัญญัติรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาโดยการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (แสวง, 2554) ทั้งนี้จากการศึกษาการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ของพัชรี (2547) พบว่า ในการวางแผนยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตนั้น แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลและมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัว สำหรับพยาบาลนั้นจะเป็นผู้ประสานงานในการพูดคุยระหว่างบุคคลทั้งสองกลุ่มและประเมินการรับรู้ข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 32 (Lind, Nortvedt, Lorem, & Hevroy, 2013) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพียงร้อยละ 10 (Davison, 2010) เคยวางแผนเกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายกับแพทย์ ผู้ป่วยเหล่านี้มีเป้าหมายที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่าการวางแผนเกี่ยวกับความตาย บางครั้งผู้ป่วยมีความต้องการวางแผนการรักษาในระยะสุดท้ายกับแพทย์แต่ไม่ทราบว่าจะคุยกับแพทย์คนไหน รวมถึงไม่ทราบวิธีการรักษาที่ควรปฏิเสธในขณะที่ตนเองป่วยหนัก (Lind et al., 2013) การตัดสินใจเรื่องการรักษาจึงมักตกเป็นบทบาทของแพทย์ ซึ่งมักเป็นไปตามความประสงค์ของครอบครัว การศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 57.2 เลือกให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิต (Sittisombut & Inthong, 2009)

ปวันนุช (2559) ได้ศึกษาการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตพบว่าผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 62.5 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของแชงและคณะ (Chang et al., 2010) เกี่ยวกับคำสั่งการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูที่ตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพคิดเป็นร้อยละ 65.8 จากการศึกษาพบว่าประมาณ

ร้อยละ 40-74 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในไอซียูเสียชีวิตหลังจากมีการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา (Prendergast et al., 1998; Raffin, 1995; Wood & Martin, 1995) แม้การยับยั้งหรือยุติการรักษาที่ยืดชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นแต่เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยใกล้ตายและทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น (สันต์, 2546; Emanuel & Scandrett, 2010) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตายดี (Miyashita et al., 2008) ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกยับยั้งและยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตควรคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก

หลักจริยธรรมที่ใช้ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีประเด็นจริยธรรมที่ต้องนำมาพิจารณาควบคู่ด้วยเสมอ หลักจริยธรรมที่ใช้ในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ หลักเอกสิทธิ์ หลักการทำประโยชน์ หลักการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย หลักความยุติธรรม หลักการบอกความจริง และหลักความซื่อสัตย์ มีรายละเอียดดังนี้

1. หลักเอกสิทธิ์ (autonomy) คือสิทธิของบุคคลที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระเคารพในความสามารถในการตัดสินใจของบุคคล บนพื้นฐานคุณค่าและความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคคลนั้น โดยไม่มีการบังคับ (กวิวัณณ์, 2555; Kierner, Hladschik-Kermer, Gartner, & Watzke, 2010) ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีมีสิทธิตัดสินใจเลือกรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาใดๆ โดยทีมสุขภาพต้องยอมรับการตัดสินใจนั้น แม้จะไม่ใช่สิ่งที่ทีมแพทย์วางแผนไว้ก็ตาม การรับรู้ของผู้ป่วยกับแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลครั้งนี้อาจแตกต่างกัน บทบาทสำคัญของทีมสุขภาพคือการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษา ข้อมูลนั้นต้องชัดเจนและเพียงพอให้ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ โดยต้องคำนึงถึงความต้องการ คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย (Rich, 2013) ประเด็นจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตโดยผู้ตัดสินใจแทนคือ การตัดสินใจยืดหรือยุติการรักษาอาจเกิดจากความคิดและความเชื่อของผู้ตัดสินใจเอง ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ผลของการตัดสินใจที่ตามมาอาจเป็นเพียงการยืดกระบวนการตายและเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

2. หลักการทำประโยชน์ (beneficence) คือการทำสิ่งที่ดี มีเมตตาปรารถนาดีต่อเพื่อนมนุษย์ (Rich, 2013) โดยทีมสุขภาพ สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนต้องทำสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และไม่ขัดกับสิ่งที่ผู้ป่วยเคยแสดงเจตนาไว้ (รุ่งนิรันดร์, 2555) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ หากสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทน

ต้องการรับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเป็นเพียงยืดการตายออกไป ทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษาให้รับทราบตามความเป็นจริง (กวิวัณณ์, 2555) เพื่อประกอบการตัดสินใจ บางครั้งแผนการรักษาพยาบาลที่ทีมสุขภาพให้กับผู้ป่วยเป็นการตั้งใจทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย แต่อาจเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยได้ (อรัญญา, 2547; Rich, 2013) ในกรณีที่ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายยังมีสติสัมปชัญญะ สามารถเข้าใจข้อมูลและตัดสินใจด้วยตนเองได้แพทย์จะใช้หลักเอกสิทธิ์ แต่ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว พร่องความสามารถในการตัดสินใจ และไม่มีผู้ตัดสินใจแทน แพทย์จะใช้หลักการทำประโยชน์

3. หลักการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย (nonmaleficence) คือ การไม่ทำอันตราย (do no harm) กับผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการไม่ทำให้เสี่ยงอันตรายด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (ดุสิต, 2554; อรัญญา, 2547; Rich, 2013) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตามหลักการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตราย เช่น การใช้เทคนิคการบอกความจริงเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคที่เหมาะสม การไม่สั่งการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย การไม่กระทำการใดๆ ที่มีเจตนาทำให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น แม้ว่าจะเป็นความต้องการของผู้ตัดสินใจแทนที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ผิดจริยธรรมและยังผิดหลักศาสนาอีกด้วย (รุ่งนิรันดร์, 2555) รวมถึงการไม่กระทำการใดๆ ที่จะไปเพิ่มความปวดทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Cavalieri, 2001; Zerwekh, 2006)

4. หลักความยุติธรรม (justice) คือการกระทำต่อบุคคลทั้งหลายอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ลำเอียง (Rich, 2013) โดยไม่มีความแตกต่างของเชื้อชาติ ภาษา เพศ สีผิว สถานภาพสังคม เศรษฐานะ ความเชื่อและศาสนา (รุ่งนิรันดร์, 2555; อรัญญา, 2547) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตามหลักของความยุติธรรม เช่น การให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติ (ดุสิต, 2554) การจัดสรรทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับการรักษาในไอซียูที่มีเตียงบริการจำกัด อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์โดยใช้หลักความยุติธรรมเท่าเทียม และไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (กวิวัณณ์, 2555)

5. หลักการบอกความจริง (veracity or telling the truth) คือการไม่โกหก ไม่หลอกลวง (Rich, 2013) เป็นหลักการพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพแบบไว้วางใจเชื่อถือในสังคม (Zerwekh, 2006) การบอกความจริงเป็นเรื่องซับซ้อนและขึ้นกับความต่างของวัฒนธรรม บางครั้งเป็นเรื่องยากของทีมสุขภาพเนื่องจากกังวลว่าจะเกิดผลเสียกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การแจ้งข่าวร้ายในระยะท้ายของชีวิต การรับรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรคจะมีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (รุ่งนิรันดร์, 2555; White, Crutis, Lo, & Luce, 2006)

6. หลักของความซื่อสัตย์ (Fildelity) คือ การมีความซื่อตรง รักษาสัญญาที่ให้ไว้ ซึ่งมีผลกับการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Rich, 2013) ได้แก่ การปกปิดความลับของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ในส่วนของข้อมูลส่วนตัวไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ก็ตาม อาจมีข้อมูลบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ครอบครัวรับรู้ เช่น ป่วยด้วยโรคอะไร ถึงแม้จะไม่ใช่โรคที่สังคมรังเกียจก็ตาม (อรัญญา, 2547) การปกปิดความลับมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อพยาบาล (Rich, 2013; Zerwekh, 2006)

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงและไวต่อประเด็นจริยธรรมดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม ลดข้อขัดแย้งได้

ปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤต

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้หรือไม่ได้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ การตัดสินใจมักเป็นบทบาทของสมาชิกครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ โดยมีแนวทางว่าถ้าผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองได้จะตัดสินใจแบบเดียวกัน (Torke, Alexander, & Lantos, 2008) การตัดสินใจควรคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย การมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าความสำคัญ (Chidwick, Sibbald, & Hawryluck, 2013) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ คุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา รายละเอียดดังนี้

1. คุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย คุณค่ามีรากฐานมาจากวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาส่งผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคล ช่วยในการตัดสินใจให้สามารถเลือกและทราบว่าควรตัดสินใจอย่างไร (นิตยา, 2552) คุณค่าสะท้อนให้เห็นถึงสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล การเลือกการรักษาแบบใดขึ้นกับคุณค่าที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีความหวังหรือโอกาสรอดชีวิตให้คุณค่ากับการรักษาและเทคโนโลยีประคองชีวิต จึงตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต สำหรับผู้ที่ตัดสินใจยุติการรักษาที่ยื้อชีวิตส่วนหนึ่งไม่ให้คุณค่ากับการรักษาที่ยืดชีวิตด้วยเทคโนโลยี หรือขอตายดีกว่าทุกข์ทรมาน (Locsin & Kongsuwan, 2013) บางรายให้คุณค่ากับแพทย์ที่ดูแลรักษาว่ามีความรู้ความสามารถ และอยากให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษาพยาบาล (Ko, Nelson-Becker, Park, & Shin, 2013)

การตัดสินใจแทนควรตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้คุณค่าของผู้ป่วยและการมีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วย (Vig et al., 2006) จากการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธและคุณค่าที่ใช้ในการตัดสินใจ พบว่า ความหวังและการปราศจากความทรมานเป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธใช้ในการตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติการรักษา ในผู้ป่วยที่เลือกให้แพทย์หรือสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนคุณค่าที่สำคัญที่สุดคือความเชื่อถือและความไว้วางใจ ดังนั้นผู้ตัดสินใจแทนควรตระหนักถึงคุณค่า ความปรารถนาของผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิในการตัดสินใจ และการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำคัญ

นอกจากนี้การที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนรู้ความปรารถนาของผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตจำนงไว้ ทั้งในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเรื่องของอาการเจ็บป่วย แผนการรักษา เป้าหมายของการรักษา คุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงความปรารถนาในเรื่องอื่นๆ อย่างชัดเจน (Detering et al., 2010) จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจโดยผู้ตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิต โดยต้องนำมาพูดคุย หารือ ระหว่างสมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความปรารถนาและคุณค่าของผู้ป่วยมากที่สุด (New South Wales government, 2005)

2. การพยากรณ์โรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเกิดขึ้นกะทันหัน เมื่อการเจ็บป่วยดำเนินถึงระยะท้ายอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะรุนแรงขึ้น ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ตัดสินใจสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม (Kongsuwan & Matchim, 2012; Murray, Miller, Fiset, O'Connor, & Jacobsen, 2004) นิการีม๊ะและคณะ (2551) ศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วย รวมถึงการรักษาในระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นเพียงการชะลอความตายเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของมานะสุรการและคณะ (Manasurakarn et al., 2008) ที่ศึกษาพบว่า ความหวังและการปราศจากความทรมานเป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยและครอบครัวไทยพุทธใช้ในการตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติการรักษา นอกจากนี้ไวท์และคณะ (White et al., 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจจำกัดการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจและมีผู้ตัดสินใจแทนพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนต้องได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค โดยแพทย์จะทำหน้าที่ในการแจ้งหรือบอกความจริงแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ที่ต้องตัดสินใจ การที่สมาชิกครอบครัวได้อยู่ข้างเตียงผู้ป่วยจะทำ

ให้เข้าใจสภาพเจ็บป่วย อาการและรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย มีบางการศึกษาพบว่าการอนุญาตให้ผู้ตัดสินใจแทนหรือสมาชิกครอบครัวได้เข้าไปอยู่ด้วยในขณะช่วยฟื้นคืนชีพทำให้ง่ายขึ้นในการตัดสินใจยืดหรืออยุติการรักษา (Knott & Kee, 2005) โดยจะนำสิ่งที่เห็นไปสื่อสารปรึกษากับสมาชิกครอบครัวคนอื่นประกอบการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการตัดสินใจ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเสนอให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยขณะช่วยชีวิตผู้ป่วย พบว่าการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยขณะช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่มีผลกับอัตราตายและคุณภาพของการช่วยชีวิต แต่สามารถช่วยลดผลกระทบทางจิตใจลงได้ (Oczkowski, Mazzetti, Cupido, & Fox-Robichaud, 2015)

3. คุณภาพชีวิต ต้องพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันและอนาคต คุณภาพชีวิตหมายรวมถึงการมีศักดิ์ศรีด้วย (Butts, 2013; Kongsuwan & Matchim, 2012) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายการรักษามักเป็นการรักษาแบบประคับประคอง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ยืดชีวิต ผลที่ตามมาอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพผัก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยาง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับความทุกข์ทรมาน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้อีกหลายอย่าง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิตและไม่สมศักดิ์ศรี โบชาและคาน (Bocharov & Kahn, 2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลในระยะท้ายในไอซียูพบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในไอซียูควรคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อ ความหวังและความปรารถนาของผู้ป่วย เลี่ยงการดูแลที่ขัดต่อความปรารถนาของผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย รวมถึงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ การรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตและทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายของเฮอร์แมนและลูนีย์ (Hermann & Looney, 2011) ที่พบว่าความทุกข์ทรมานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด

4. วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดแก่ เจ็บและตาย รวมถึงการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาอาจทำให้มีมุมมองเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตายที่แตกต่างกัน ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจที่สำคัญของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กิตติกร, 2555) และยังมีอิทธิพลกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ นิการีหม๊ะและคณะ (2551) ได้ศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าองค์อัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดทุกอย่าง ทั้งเรื่องการเจ็บป่วย การรักษา และผู้ตัดสินใจ ผู้ป่วยจึงยอมรับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน รวมถึงแพทย์และพยาบาล สำหรับศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถ

หลีกเลี่ยง ไม่สามารถกำหนดได้ทั้ง อายุ ความเจ็บป่วย เวลาและสถานที่ที่จะตาย เชื่อในเรื่องของเวรกรรมและการตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2554) มีการศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนที่นับถือศาสนาพุทธจะรู้สึกผิดบาปหากตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) นอกจากนี้ศาสนาพุทธเน้นการตายอย่างสงบในภาวะที่รู้สึกตัว ดังนั้นผู้ตัดสินใจแทนอาจปฏิเสธยาแก้ปวดหรือยานอนหลับในระยะท้ายของชีวิต (Chan, Poon, & Hegney, 2011)

5. การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (advance directive) รวมถึงการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) การที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้จะทำให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจโดยคำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก (Starks, Vig, & Pearlman, 2011) สชิคคีแดนว์และคณะ (Schickedanz et al., 2009) มีการศึกษาพบว่าพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจให้การรักษาเพื่อความสุขสบายมากกว่าการตัดสินใจรักษาอย่างเต็มที่หรือการจำกัดการรักษา (Silveira, Kim, & Langa, 2010) นอกจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยส่งเสริมให้กระบวนการตัดสินใจในระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด รวมถึงความขัดแย้งในตนเองของผู้ตัดสินใจแทนและภายในครอบครัว และภาวะความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ (post traumatic stress disorder: PTSD) ได้ (Detering et al., 2010; De Vleminck et al., 2014; Schickedanz et al., 2009) ความเชื่อที่ว่าการแจ้งข่าวร้ายเป็นการทำร้ายด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย การพูดและคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยรุนแรงและความตายที่ยังไม่มาถึงเป็นเรื่องไม่ดี เชื่อว่าจะทำให้เกิดขึ้นจริง เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้การแสดงเจตจำนงเรื่องการรักษาพยาบาลและการตายล่วงหน้า รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าทำได้ยาก (Kongsuwan & Matchim, 2012)

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

นอกจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นที่มีผลกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแล้ว ยังมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวในการยับยั้งหรือยุติการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนกระบวนการตัดสินใจ อาจมีผลต่อการตัดสินใจ ทำให้การตัดสินใจล่าช้า ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ระดับความรู้สึกตัวลดลง พร่องความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาจากการตัดสินใจในระยะท้ายในมุมมองของผู้ป่วยวิกฤตทำได้ยาก พบการศึกษาปัญหาที่มีผลกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ต้องตัดสินใจ ในการ

รักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ตัดสินใจแทน และบุคลากรสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ตัดสินใจแทน

1.1 ไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกะทันหันและมีความรุนแรง ผู้ป่วยมักไม่ได้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนไม่ทราบความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้กระบวนการตัดสินใจล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพ (Quinn et al., 2012; White, 2011)

1.2 เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากความคิดเห็นไม่ตรงกันในการเลือกตัดสินใจ (Thelen, 2005; White, 2011) ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย รวมถึงการที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนอาจต้องทำหลายบทบาทหน้าที่ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย บางคนต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าผู้ป่วยส่งผลให้ขาดรายได้ บางคนกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (พวงผกา, วราภรณ์, และล็อคชิน, 2555) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด อาจทำให้เกิดการทะเลาะหรือความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ง่าย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังต้องรับผิดชอบหน้าที่การงานของตัวเอง บางครั้งอาจต้องดูแลคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ทำให้เกิดผลกระทบกับสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการประเมินและให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (จารุวรรณและสุพัตรา, 2555) และหากสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการเลือกตัดสินใจ ทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือได้โดยการให้คำปรึกษาและชี้แนะให้คำนึงถึงคุณค่า และความปรารถนาของผู้ป่วย รวมถึงความต้องการของครอบครัวมากขึ้น เพื่อให้ได้การตัดสินใจที่ทุกคนยอมรับ

1.3 การสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวกับทีมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ อาจเนื่องจากการได้รับข้อมูลมากเกินไป ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันจากบุคลากรสุขภาพหลายคน ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเข้าใจได้ทั้งหมด (Thelen, 2005; Wiegand, 2006) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ครบถ้วน ทีมสุขภาพสื่อสารไม่ตรงประเด็น เช่น การหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์สื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย ทำให้เข้าใจยาก (Visser, Deliens, & Houttekier, 2014) การเข้าถึงแพทย์เพื่อขอรับทราบข้อมูลทำได้ยาก (Norton, Tilden, Tolle, Nelson, & Eggman, 2003) และยังส่งผลต่อความไว้วางใจและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับทีมสุขภาพอีกด้วย (Thelen, 2005; White, 2011) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษาและการดำเนินของโรคในระยะวิกฤตระยะท้ายเป็นข้อมูลสำคัญที่ทีม

สุขภาพต้องสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง หากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายเกิดขึ้นช้าและไม่มีประสิทธิภาพ

1.4 แพทย์ต้องการให้มีผู้ตัดสินใจแทนเพียงคนเดียว แต่การตัดสินในระยะท้ายในผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นการตกลงกันภายในครอบครัวของผู้ป่วยให้ทายาทหรือสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เนื่องจากมีความใกล้ชิด เอาใจใส่ผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการ และคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย (วราภรณ์, 2558) โดยการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวมักจะตัดสินใจร่วมกันหลายคน (Quinn et al., 2012) แต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา

2. บุคลากรสุขภาพ

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตมีการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญหลายระบบ จะมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญในแต่ละระบบหรืออวัยวะมาร่วมดูแลรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลจะมีการหมุนเวียนเป็นผลัดตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรสุขภาพเหล่านี้เกี่ยวข้องการตัดสินใจโดยเป็นผู้ให้ข้อมูลให้คำปรึกษา หรืออาจได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนจากผู้ป่วยหรือครอบครัว จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรสุขภาพที่มีผลต่อการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ต้องตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ได้แก่

2.1 การไม่เคารพในคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าไว้และพร่องความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังขาดการเคารพในคุณค่า ความต้องการ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งพยายามให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจภายใต้คุณค่าและความต้องการของตนเอง ทั้งที่บางครั้งสมาชิกครอบครัวได้มีการประชุมปรึกษาและตัดสินใจตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยมาแล้ว (Norton et al., 2003) รวมถึงการที่แพทย์เชื่อว่าการตายในไอซียูคือความล้มเหลว (Visser et al., 2014) นโยบายของไอซียูที่มุ่งช่วยชีวิตและยื้อชีวิต ทำให้ไม่ยอมรับในความปรารถนาของผู้ป่วยหรือครอบครัว

2.2 พยาบาลเกิดความคับข้องใจ จากการที่แพทย์ไม่บอกความจริงหรือสร้างความหวังให้ครอบครัว การที่แพทย์ตัดสินใจยื้อชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่ หรือใช้เทคโนโลยีประคับประคองชีวิตผู้ป่วยทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสรอดชีวิต เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย (Thelen, 2005) ทำให้เกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมได้

2.3 พยาบาลไม่ได้อยู่ในการประชุมครอบครัวหรือการสนทนาระหว่างแพทย์กับครอบครัว อาจเกิดจากภาระงานในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถรับรู้ว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการ

รักษาว่าเป็นอย่างไร (Pattison, 2004) ส่งผลให้การสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพทำได้ยาก

2.4 เกิดความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพ อาจเป็นความขัดแย้งระหว่างทีมแพทย์หรือแพทย์กับพยาบาล ส่วนใหญ่เกิดจากมุมมองเกี่ยวกับการรักษาไม่ตรงกัน ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความสับสน กระบวนการตัดสินใจล่าช้า และการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (Pattison, 2004)

ผลกระทบจากการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

สมาชิกครอบครัวมีความผูกพันกันทั้งทางสายเลือดและการใกล้ชิดกันภายใต้ระยะเวลาที่เติบโตมาหรือใช้ชีวิตด้วยกัน เมื่อมีสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวมีบทบาทความรับผิดชอบหลายอย่าง เช่น อยู่ให้การดูแลผู้ป่วย ประสานสัมพันธภาพและข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนร่วมงานและทีมสุขภาพ รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายด้วยตนเอง (Luce, 1997; Prendergast et al., 1998) สมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) จะมีบทบาทในการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวแทนผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ต้องตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งส่งผลถึงกัน ได้แก่ ความเครียดทางอารมณ์ ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยวไร้พลัง และเกิดภาวะความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความเครียดทางอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายด้วย จากการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายในไอซียูร้อยละ 80 มีอาการแสดงของความวิตกกังวล ร้อยละ 70 มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 57 มีระดับของความเครียดจากการกระทบกระเทือนจิตใจ (traumatic stress) ที่เพิ่มขึ้น อาการแสดงทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศก ความกลัว เหนื่อยล้า (McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) และยังพบอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และความอยากทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูมีประสบการณ์นอนไม่หลับในระดับปานกลางถึงรุนแรง รองลงมาคือความรู้สึกเหนื่อยล้าและความวิตกกังวล (Day, Haj-Bakri, Lubchansky, & Mehta, 2013) บางรายมีความรู้สึกเป็นภาระหนักอึ้งที่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาล (Thelen, 2005) เนื่องจากผลของการตัดสินใจจะยังคงอยู่ในความทรงจำ และอาจมีผลต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัวต่อไป (White, 2011)

2. ความขัดแย้ง มีการศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจในระดับปานกลางถึงสูง (Chiarchiaro et al., 2015) และยังพบว่าหนึ่งในสามของผู้ตัดสินใจแทนมีผลกระทบทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ ภาวะเครียด อาการรู้สึกผิด และความสงสัยว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเดือน บางครั้งเป็นปีภายหลังการตัดสินใจ (Wendler & Rid, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของกอนและคณะ (Kon et al., 2016) ซึ่งศึกษาพบว่าการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตมักนำมาซึ่งความเครียดกังวล ลำบากใจ และอาจได้รับข้อมูลไม่มากพอที่จะใช้ในการตัดสินใจ นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่กล้าเข้าไปถามข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ (Lind et al., 2012)

3. ความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้พลัง (helplessness) เกิดขึ้นได้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมในไอซียูมีความตึงเครียด และมีข้อจำกัดของเวลาเยี่ยมรวมถึงสัมพันธภาพระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมักไม่กล้าเข้าไปสอบถามข้อมูลจากทีมสุขภาพหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น รู้สึกยากที่จะเริ่มพูดคุย มีการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวต้องการให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้เริ่มให้ข้อมูลโดยไม่ต้องรอให้เริ่มต้นถามก่อน (พวงผกาและคณะ, 2555) บางครั้งพยาบาลไม่ได้อยู่ร่วมรับฟังในขณะมีการประชุมครอบครัวระหว่างแพทย์กับทีมสุขภาพ ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดในการตัดสินใจ สมาชิกครอบครัวอาจรู้สึกยากลำบากในการเริ่มต้นพูดหรือปรึกษาขอข้อเสนอแนะจากพยาบาล (Lind et al., 2012) เหมือนขาดที่พึ่งพิง

4. ภาวะความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ภายหลังการตัดสินใจหรือการสูญเสียอาจส่งผลให้เกิดภาวะความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจได้ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะมีอาการคงอยู่ > 1 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์ ซึ่งผู้ที่ได้รับหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติดังกล่าวได้สูงถึงร้อยละ 82 (Azoulay et al., 2005) กลุ่มอาการเหล่านี้จะเพิ่มระดับความวิตกกังวล ระดับความซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวลดลง

หลักของศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.6 ภาคใต้มีคนนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 75.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต

ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บและตาย ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจที่สำคัญของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (กิตติกร, 2555) และยังมีอิทธิพลกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตอีกด้วย (Romain & Sprung, 2014) หลักคำสอนของศาสนาพุทธที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ กฎแห่งกรรม ศีล 5 และการตายอย่างสงบ มีรายละเอียดดังนี้

1. กฎแห่งกรรม คือ ผลของการกระทำ ทำอย่างไรก็ได้ผลอย่างนั้น ทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว ตามคำสอนในพระพุทธศาสนา กรรม หมายถึงการกระทำโดยเจตนาด้วย กาย วาจา ใจ เรียกว่า กายกรรม วจีกรรมและมโนกรรม โดยมีมโนกรรมเป็นสิ่งที่คอยควบคุมกายกรรมและวจีกรรม กรรมทั้งหลายเมื่อบุคคลทำไปย่อมตอบสนองให้เห็นผลอยู่เสมออาจให้ผลเร็วช้าแตกต่างกัน (พระไพศาล, 2553) ผลของการกระทำที่ประกอบด้วยเจตนาหรือความตั้งใจ ที่เราทำไว้เอง ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ส่งผลถึงสิ่งที่เป็นจริงในปัจจุบัน ศาสนาพุทธเชื่อว่าคนทุกคนเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนด เชื่อในผลแห่งกรรม ชีวิตดำเนินไปเพราะกรรม โดยทุกการกระทำเป็นผลจากกรรมนั้น ไม่มีใครปฏิเสธหรือหลีกหนีกรรมได้พ้น (นโม เมตตานนโท, 2549) จากการศึกษาของจิรายุ (2548) พบว่า เหตุผลของการยุติชีวิตผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา คืออยากปล่อยให้เป็นไปตามเวรกรรม เพราะชีวิตมีกรรมเป็นตัวกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของปวันนุช (2559) ที่พบว่าเหตุผลข้อหนึ่งที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมจากปัจจุบันคือ เรื่องของความต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรม ร้อยละ 23.1

2. ศีล 5 หรือเบญจศีล เป็นข้อกำหนดหรือข้อปฏิบัติเบื้องต้นในการเว้นจากการทำชั่ว โดยการรักษากายและวาจาให้เป็นปกติ เป็นข้อปฏิบัติพื้นฐานในการอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อให้การอยู่ร่วมกันดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มีความสงบสุข ศีลที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตคือศีลข้อ 1 และศีลข้อ 4 ผู้ตัดสินใจแทนมักรู้สึกผิดศีลข้อ 1 คือการงดเว้นการทำร้ายร่างกายทำลายชีวิต หากตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต หรือให้การรักษาไม่เต็มที่ สำหรับศีลข้อ 4 งดเว้นการพูดเท็จ ในกรณีการไม่บอกความจริงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง แผนการรักษาที่ได้รับหรือความตายที่กำลังจะมาถึง ซึ่งการทำผิดศีลถือว่าเป็นการทำบาป (กรรมชั่ว) และอาจได้รับผลของการกระทำในภายหลัง คงสุวรรณและไชยเพชร (Kongsuwan & Chaipetch, 2011) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธในการดูแลผู้ป่วยที่ตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าผู้ตัดสินใจแทนที่นับถือศาสนาพุทธมีความรู้สึกผิดเหมือนเป็นการฆ่าและเป็นบาปหากตัดสินใจยุติการรักษา พุทธศาสนาสอนว่าถ้าเผชิญความตายอย่างมีสติด้วยใจสงบหรือวางจิตให้เป็นกุศล จิตก็จะไปสู่สุคติได้ (พระไพศาล, 2554) ชาวพุทธส่วนหนึ่งต้องการมีสติ รู้ตัวเพื่อเตรียมจิตในขณะตาย ดังนั้นอาจมีผลต่อการตัดสินใจในเรื่องการให้ยาแก้ปวดหรือยาที่มีผลทำให้นอนหลับมีผลทำให้ผู้ป่วยมีสติรับรู้ลดลง ผู้ตัดสินใจแทนอาจปฏิเสธการได้รับยาดังกล่าว (Chan et al., 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว แต่ผู้ป่วยก็จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้วยเช่นกัน

3. การตายอย่างสงบ ศาสนาพุทธเชื่อว่าชีวิตและความตายเป็นสิ่งคู่กัน มีเกิดก็มีดับเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (นโม เมตตานนโท, 2549) และยังให้ความสำคัญการละสังขาร คือ การตายอย่างสงบ มีสติขณะใกล้ตาย ให้เผชิญกับความตายอย่างไม่หวั่นไหวและยอมรับสภาพ ซึ่งการตายอย่างมีสติรู้ตัวอาจขัดกับการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดหรือยานอนหลับได้ ผู้ตัดสินใจแทนอาจปฏิเสธยาเหล่านี้เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวตลอดเวลา (Chan et al., 2011) หากไม่ได้เตรียมตัวตาย หรือมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย เช่น เป็นการตายฉับพลันด้วยเหตุไม่คาดคิด อุบัติเหตุหรือถูกทำร้ายรุนแรง การตายลักษณะนี้เป็นการตายที่ไม่ดี ไม่มีสติขณะตาย อาจส่งผลให้จิตสุดท้ายไม่สงบ ตายแล้วไปสู่ภพภูมิที่ไม่ดี แต่หากในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยใกล้ตายสามารถรวบรวมสติ ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ปล่อยวางความคิดอกุศล มีจิตใจที่ปลอดโปร่งจดจ่อกับสิ่งที่ดีในเวลาที่จะเสียชีวิต ก็จะน้อมนำจิตใจไปสู่ภพภูมิที่ดี ไปเกิดในสถานที่ที่ดีหรือไปในโลกที่มีความสุข ก็จะเป็นการตายดีหรือตายอย่างสงบ (วรพงษ์, 2557; Kongsuwan et al., 2012) ตรงกับความเชื่อของศาสนาพุทธคือ เมื่อความตายใกล้เข้ามา จิตที่สงบ บริสุทธิ์ ผ่องใส ย่อมนำไปสู่สิ่งที่ดี จึงถือว่าเป็นการตายอย่างสงบ (นโม เมตตานนโท, 2549) นอกจากนี้ การตายดีทางศาสนาพุทธ หมายถึง การได้ตายในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายท่ามกลางคนที่รัก ญาติพี่น้องและลูกหลาน (พระไพศาล, 2554) ซึ่งสถานที่เหล่านี้อาจเป็นบ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ แล้วแต่การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน บริบทของสังคมไทยพุทธมักให้ความสำคัญกับบ้านมากกว่าสถานที่อื่น เพราะเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีความอบอุ่น ความรักและความผูกพันของครอบครัว (วราภรณ์ 2558)

สิริลักษณ์, อุไร, และกิตติกร (2554) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธพบว่า ญาติผู้ป่วยใช้บุญในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายดีและได้ไปสู่สุขคติ มีความเชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว มีการทำบุญอยู่เป็นประจำ โดยหวังว่าการทำบุญอาจช่วยต่ออายุให้ยืนยาว ช่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย หากเสียชีวิตก็จะเสียชีวิตไปอย่างสงบ และยังมีการดูแลตามความเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม ในพุทธศาสนาเห็นว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากผลกรรมในอดีต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยคำนึงถึงเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญต่อการตายอย่างสงบเพื่อให้ไปสู่สุขคติ (พระไพศาล, 2554) สิ่งหนึ่งที่สมาชิกครอบครัวจะช่วยดูแลในเรื่องนี้คือการทำการตัดกรรมกับเจ้ากรรมนายเวร การอโหสิกรรมให้ผู้ป่วย โดยหวังว่าจะช่วยบรรเทากรรมไม่ดีให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายได้เพื่อไม่ให้กรรมในชาตินี้ส่งผลต่อตนเองในภพชาติหน้า ผู้ป่วยระยะท้ายจะสงบขึ้น คลายกังวลและนอนพักผ่อนได้หากได้ทำการขอขมาและแผ่เมตตาแก่เจ้ากรรมนาย (วรพงษ์, 2557) คงสุวรรณและคณะ (Kongsuwan et al., 2012) ศึกษามุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในไอซียู พบว่าชาวพุทธเชื่อว่าหากมีจิตใจดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตและใกล้ตายไปสู่ภพภูมิที่ดีหรือมีความสุข การช่วยส่งดวงวิญญาณไปสู่สถานที่ที่ดีเป็นเรื่องสำคัญ ทำได้โดยการสวดมนต์ การใช้มือสัมผัสผู้ป่วย กระซิบข้างหู บอกว่าไม่ต้องกังวล ให้คิดถึงแต่สิ่งที่ดี และการเตรียมสถานที่ให้เงียบสงบ ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจตาม

หลักศาสนาพุทธ และเรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญความตายอย่างสงบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ และตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่มีพื้นฐานความเชื่อตามแนวคิดปรากฏการณ์นิยม โดยเชื่อว่าความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เป็นการศึกษาปรากฏการณ์หรือลักษณะปัญหา โดยการทำความเข้าใจบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏ ให้ความสำคัญตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูล การมองตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลทำให้เข้าใจความหมาย และทราบเหตุผลว่าเกิดอะไร และเพราะอะไร ซึ่งผ่านพ้นมาแล้วหรือกำลังประสบอยู่อาจจะมีประโยชน์ในเชิงนโยบายหรือการปรับปรุงแก้ไข (อารีย์วรรณ, 2559)

ประเภทของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยามีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง มีหลากหลายแนวคิด แต่สองแนวคิดหลักที่นำมาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล คือ แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (Descriptive Phenomenology) ของเอดมันด์ ฮัสเซิล (Edmund H. Husserl) และแนวคิดปรากฏการณ์แบบตีความของ ไฮเดกเกอร์ (Wojnar & Swanson, 2007) มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย ฮัสเซิล เป็นบิดาแห่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Koch, 1996) เป็นการศึกษาโดยนำหลักของการดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมของบุคคล หรือประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ปรากฏหรือแสดงออกมาอย่างมีสติคิดตรึกตรอง เป็นการจัดการกรอบความคิด หรือความคิดที่มีอยู่ของผู้วิจัยเพื่อลดความลำเอียงหรือความมีอคติ เป้าหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาคือการพยายามอธิบายประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบัน โดยปราศจากกรอบทฤษฎีกรอบแนวคิด หรือข้อสมมติฐานต่างๆ (จอนผะจง, 2546) ซึ่งปรัชญาหลักตามแนวคิดของฮัสเซิล เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ของชีวิต (lived experience) ตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ที่เป็นธรรมชาติและเชื่อว่าความรู้คือสิ่งที่เป็นจริง เกิดจากการให้ความหมายต่อสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดประสบการณ์และประสบการณ์ชีวิต คือความรู้พื้นฐานที่ทำให้ เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ (จอนผะจง, 2546) ฮัสเซิลเชื่อว่าปรัชญาควรเป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่งที่จะช่วยให้สามารถไปสัมผัสกับมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น (Koch, 1996)

2. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก พัฒนาโดย มาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1992) ซึ่งเห็นว่าคนเราไม่สามารถจัดกรอบความคิดได้อย่างแท้จริง จึงพัฒนาแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก หรือศาสตร์แห่งการตีความขึ้น (กิติพัฒน์, 2546) โดยเน้นที่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รายรอบ ไม่สามารถแยกจากสังคม นโยบายการเมือง และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลได้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากธรรมเนียมปฏิบัติของครอบครัว การให้คุณค่าของคนในชุมชน และบริบทของสังคมวัฒนธรรม การให้ความหมายและการตีความเป็นการทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1996) หลักสำคัญของการศึกษาเน้นปรากฏการณ์ที่เป็นจริงตามธรรมชาติ เป็นการศึกษาปรัชญาเกี่ยวกับมนุษย์ (van Manen, 1990) เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร เป็นการศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น (Koch, 1996)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์แบบเฮอร์เมนิวติกของ ไฮเดกเกอร์ เนื่องจากการศึกษานี้คงจะหลีกเลี่ยงยากที่ผู้วิจัยจะไม่เอาความรู้ ประสบการณ์ที่มีอยู่ และจากการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมทำความเข้าใจกับสิ่งที่จะศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ ที่เชื่อว่าบุคคลใช้ประสบการณ์ ความคิดในการตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ได้ลึกซึ้งและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (Plager, 1994) โดยผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจความเป็นบุคคล (person) ว่าเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้ (วีณา, 2547ข)

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ ได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม หรือวัฒนธรรมที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่เกิด ซึ่งไม่ใช่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเราต้องเข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นจริงๆ เพื่อจะได้เข้าใจความหมายของแต่ละปรากฏการณ์ที่บุคคลให้ความหมาย

2. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ตามความคิดและความรู้สึกของตนเอง ทั้งนี้ความแตกต่างของภูมิหลังด้านสังคม ภาษาและวัฒนธรรมของคนนั้นๆ ทำให้มีการแปลความหมายแตกต่างจากของบุคคลอื่นหรือความจริงทางทฤษฎี

3. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodies) คือรวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้โดยเชื่อว่าคนประกอบด้วยกาย จิตใจ สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงของทุกสิ่งในตัวของบุคคลนั้น

4. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีตและส่งผลถึงอนาคต ได้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ให้ความสำคัญกับการตีความ และการทำความเข้าใจ เป็นการรับรู้และตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและนำไปสู่การสร้างความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น ต่อมาหลังจากนั้น กาดาเมอร์ (Gadamer) (Gadamer, 1975) ให้แนวคิดเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ที่ลึกซึ้งขึ้น แนวคิดสำคัญ คือ ภาษา (language) และการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) มีรายละเอียดดังนี้

1. ภาษา (language) โดยเชื่อว่า ภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจเฉพาะในกลุ่ม หรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้วิจัยต้องใช้การสนทนาหรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับคำ หรือ “ภาษา” ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย และเข้าใจกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลนั้นให้ความหมาย หรือประสบการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง

2. การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้สึกและสิ่งต่างๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติ หรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือการคิดที่เกิดมาจากการอ่าน หรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อย่างไรก็ตาม คำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการศึกษา แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยง เพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่

ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่เกิดความลำเอียง

การเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตของบุคคลกับเหตุการณ์ครั้งใหม่ เพื่อให้ความหมายและเข้าใจประสบการณ์ครั้งใหม่ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ (Koch, 1996)

1. ภูมิหลังและความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ เป็นประวัติ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นการเข้าใจประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา รวมทั้งภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลในอดีตที่ไม่สามารถตัดออกไปได้ มาใช้เป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2. การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล บุคคลทำให้เหตุการณ์มีความหมายและเหตุการณ์ก็ทำให้บุคคลเกิดความหมาย การที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการแปลความหมายจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

3. การแปลความ (interpretation) เป็นการทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล ทำให้การแปลความได้ความหมายที่ลึกซึ้งขึ้น

ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาจะต้องทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษาอย่างละเอียด และตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงประสบการณ์ต่างๆ เข้ากับวงจรเฮอร์เมนิวติก (hermeneutic circle) โดยต้องทำความเข้าใจภูมิหลัง วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคลนั้นตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ร่วมกับทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้น โดยผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล อาศัยการตีความช่วยทำความเข้าใจระหว่างภูมิหลังของบุคคลนั้นร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแปลความหมายได้อย่างเข้าใจยิ่งขึ้น รวมทั้งการใช้ภาษาและการเชื่อมโยงความหมายที่ถูกต้องระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ศึกษา ซึ่งมีผลต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว คุกคามต่อชีวิต อวัยวะสำคัญล้มเหลวและร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะนั้นได้ ระยะนี้แพทย์มักวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ ต่อมาผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการตายและเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ถูกจำกัดจากระดับความรู้สติ อาการของโรคและการรักษา ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว

การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา เป็นการหยุดให้หรือคงไว้ซึ่งการรักษาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับและไม่เพิ่มการรักษาอื่นที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา กระบวนการในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องซับซ้อนและท้าทาย หากกระบวนการตัดสินใจมีประสิทธิภาพจะทำให้รูปแบบการรักษามีความชัดเจนขึ้น หากกระบวนการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ อาจส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตต้องพิจารณาประเด็นจริยธรรมควบคู่ด้วยเสมอ ทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงและไวต่อประเด็นดังกล่าว ปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจในระยะท้ายของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ คุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา รวมถึงการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ปัญหาจากการการสื่อสาร ความขัดแย้งในครอบครัวหรือระหว่างทีมสุขภาพ และการไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีอิทธิพลกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา

สำหรับผลกระทบจากการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวที่ต้องตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ภายหลังการตัดสินใจหรือการสูญเสียอาจส่งผลให้เกิดภาวะความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจได้ กลุ่มอาการเหล่านี้จะเพิ่มระดับความวิตกกังวล ระดับความซึมเศร้า และทำให้คุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวลดลง หากกระบวนการตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ การใช้รูปแบบของการร่วมกันตัดสินใจสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความไม่สบายใจของครอบครัวได้

การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในมุมมองของชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธ มีพื้นฐานมาจากความเชื่อในหลักธรรมคำสอนทางศาสนา ได้แก่ ความเชื่อในกฎแห่งกรรม ซึ่งเชื่อว่าการเป็นไปของชีวิตเป็นไปตามกรรมทั้งในอดีตและปัจจุบัน ศีล 5 ในมุมมองการรู้สึกผิดบาปหากตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเหมือนเป็นการฆ่าผู้ป่วย และการตายอย่างสงบ โดยเชื่อว่าการตายอย่างสงบคือการตายอย่างมีสติ ไม่ทุกข์ทรมาน การตายในสถานที่ที่คุ้นเคย ท่ามกลางคนในครอบครัวอันเป็นที่รักและญาติพี่น้อง ซึ่งความเชื่อเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาของผู้ตัดสินใจแทน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตซึ่งศึกษากระบวนการตัดสินใจ ผลของการตัดสินใจ และเหตุผลในการตัดสินใจเป็นการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพในส่วนของเหตุผลของการตัดสินใจแต่เป็นเหตุผลสั้นๆ ยังไม่พบการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ที่มีบทบาทใน

การตัดสินใจแทนของผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจะเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์การดังกล่าวในเชิงลึก ช่วยให้เข้าใจถึงการตัดสินใจที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกับการตัดสินใจ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้มีบทบาทในการตัดสินใจให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดผลกระทบรุนแรงภายหลังการตัดสินใจ

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

บริบทของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังในระหว่างการรักษามีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวและร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อความล้มเหลวของอวัยวะนั้นได้ สัญญาณชีพไม่คงที่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเจ็บป่วยไม่มีความแน่นอน หรือแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา โดยได้รับการบันทึกอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ปัจจุบันผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นทั้งในด้านของการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล จึงได้รับการดูแลรักษาด้วยยาเทคโนโลยีหลายชนิดตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยวิกฤตและใช้ต่อเนื่องจนถึงระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่อาจเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญก็ได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องการบริหารจัดการเตียง ผู้ป่วยกลุ่มนี้พร่องความสามารถในการตัดสินใจด้วยสาเหตุจาก การเปลี่ยนแปลงจากความเจ็บป่วย การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

ในระหว่างการรักษาแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา พร้อมทั้งอธิบายถึงโอกาสที่จะเกิดการดำเนินของโรคที่แย่ลง เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัวได้ตัดสินใจและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาร่วมกัน เช่น ในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย โอกาสรอดน้อย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวมีการตัดสินใจว่าจะยับยั้ง/ยุติ หรือให้การรักษาอย่างเต็มที่ มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยมีการประชุมครอบครัว (family meeting) แต่หากอาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงกะทันหันซึ่งต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา แพทย์ผู้ดูแลในขณะนั้นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลักและสมาชิกของครอบครัว เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดังกล่าว

สำหรับการให้ข้อมูลโดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นการให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วยทุกเวรหรืออย่างน้อยทุกวันตามสถานการณ์ และประสานงานเพื่อให้ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาจากแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลโดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะมีความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์ (Patton, 2002) สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ (Morse, 1991) เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายของชีวิตและแพทย์ให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นสมาชิกของครอบครัวที่มีความผูกพันทางสายเลือด (พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง) กับผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ได้รับหน้าที่จากครอบครัวให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker) และมีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลครอบครัวละ 1 คน
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองโดยใช้ภาษาไทย

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตจะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านการสูญเสียภายหลังตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา 6 เดือนขึ้นไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลที่รักจะสามารถปรับตัวเข้าสู่ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยจะยอมรับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติ (พีรพนธ์, 2550; วราภรณ์และสิริวรรณ, 2556) ส่วนในกรณีผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถปรับตัวได้และมีความพร้อมในการให้ข้อมูล

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นกับความเพียงพอและคุณภาพของข้อมูล โดยพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้องและตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิม โดยไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมมาอีก (van Manen, Higgins, & van der Riet, 2016) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย

ภูมิหลังผู้วิจัย

ผู้วิจัยนับถือศาสนาพุทธ มีประสบการณ์ในการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม นาน 16 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูตลอดระยะเวลาการทำงาน เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลแบบประคับประคอง และการให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ครั้งละ 16 ชั่วโมง 2 ครั้ง ซึ่งมีหัวข้อเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงหลักจริยธรรมในการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และได้อยู่ในสถานการณ์ที่ญาติหรือสมาชิกครอบครัวต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือการยุติการช่วยชีวิต หรือการตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตในช่วงแรก ต่อมาเมื่ออาการผู้ป่วยหนักขึ้นจึงตัดสินใจยุติการรักษา หรือเปลี่ยนเป็นการรักษาเพื่อความสุขสบาย โดยญาติคำนึงถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งจะเห็นถึงการตอบสนองของญาติ และประสิทธิภาพการตัดสินใจที่แตกต่างกัน เช่น ตัดสินใจโดยมีการปรึกษากันในครอบครัวมาก่อน มีการคิดถึงความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก บางรายต้องการรักษาอย่างเต็มที่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะผัก มีความขัดแย้งภายในครอบครัวในเรื่องการตัดสินใจ เมื่อตัดสินใจแล้วผู้ตัดสินใจแทนมีภาวะเครียดสูงขึ้น เป็นต้น ภายหลังการตัดสินใจพบว่าแต่ละครอบครัวมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่เท่ากัน และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต จากประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาอุปสรรคที่พบได้บ่อยในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาของครอบครัว ได้แก่ การไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้สั่งเสียไว้ รวมถึงมีความรู้สึกผิดบาปหากตัดสินใจยุติการรักษา การมีข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจ พยาบาลไม่ได้อยู่ร่วมฟังในระหว่างแพทย์ให้ข้อมูลครอบครัว และความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างครอบครัวกับแพทย์ หรือภายในครอบครัวเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมาผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการส่งเสริมตัดสินใจของครอบครัว รวมถึงการดูแลครอบครัวในช่วงที่ต้องตัดสินใจ เพื่อลดผลกระทบที่อาจตามมาได้ จึงได้พัฒนาทักษะในส่วนนี้อยู่เสมอ ที่สำคัญคือทักษะการสื่อสาร รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in - depth interview) ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Patton, 2002)

มุ่งเน้นการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง คุณภาพงานวิจัยขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้วิจัยเป็นส่วนใหญ่ (อารีย์วรรณ, 2559)

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล วันที่/ครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่/ครั้งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต วันจำหน่าย รวมจำนวนวันนอน การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้/เดือน ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความเคร่งทางศาสนา

2.2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 ราย หลังจากนั้นนำแนวคำถามที่ได้จากการทดลองใช้มาจัดกลุ่มคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต่อไป แนวคำถามครอบคลุมความหมายของประสบการณ์ของครอบครัวที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรในขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในครั้งนั้น ให้ความหมายว่าอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกแบบนั้น” “คุณรู้สึกอย่างไรที่ได้ทำหน้าที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในครั้งนี้ เพราะเหตุใดจึงรู้สึกแบบนั้น” เป็นต้น (ภาคผนวก ก)

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกบรรยากาศในการสัมภาษณ์ สิ่งแวดล้อม สิ่งที่สังเกตเห็น พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้าท่าทาง และการแสดงออก ซึ่งทำให้เห็นบริบทของประสบการณ์ที่ศึกษา นำมาใช้ในการบรรยายและอภิปรายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (ภาคผนวก ข)

2.4 อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิตอล 1 เครื่อง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกาสำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการสร้างคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจยับยั้ง

หรือยุติการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และฝึกฝนตัวเองในการสัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับที่กำหนด จำนวน 1 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบแก้ไขและนำเสนอข้อมูลต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องงานวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง บันทึกย่อเกี่ยวกับข้อมูลและประเด็นสำคัญที่สังเกตได้ โดยมีขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความรู้โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต รวมทั้งระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก นอกจากนี้ยังศึกษาเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรวมถึงการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากที่สุด ก่อนการเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยได้มีการศึกษานำร่องเพื่อฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแนวคำถามสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 ราย และฝึกวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

1.2 นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาประเมินงานด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการพิจารณา ตามรหัสหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2017 – NSt 013

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 หลังจากผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในที่ประชุมของหอผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยช่วยแนะนำผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทำความรู้จักกับผู้วิจัย

2.2 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยนัด วัน เวลา สถานที่ สำหรับสถานที่ที่เหมาะสมกับการสัมภาษณ์คือสถานที่ที่ เงียบ สงบ เป็นส่วนตัว และไม่ถูกรบกวนจากบุคคลอื่น หรือเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดเองและสะดวกในการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์คือ ห้องประชุมเล็กของที่ทำงานของผู้วิจัย และที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล รวมถึงผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญกับงานวิจัยในครั้งนี้ เช่น ผู้วิจัยตั้งใจฟัง พยักหน้ารับฟัง สบตาผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนเกิดความกระจ่างและเพียงพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการลงชื่อเป็นหลักฐานในเอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล หรือการแสดงความยินยอมโดยวาจาก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีวิธีการ ดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) เป็นการค้นหาประสบการณ์ย้อนกลับไปให้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้น ผู้วิจัยต้องค้นหาประสบการณ์ที่เป็นจริงของผู้ให้ข้อมูล ในบริบทที่เป็นธรรมชาติ เนื่องจากปรากฏการณ์ในขณะที่เกิดขึ้นจะไม่เปลี่ยนแปลง หรือถูกควบคุมจากนักวิจัย และเปิดกว้างสำหรับทุกอย่างที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างเก็บข้อมูล โดยไม่มีการกำหนดผลที่คาดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลมีความผ่อนคลายขณะเล่าประสบการณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ในขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา และผู้วิจัยฟังใช้เทคนิคการฟังและการสังเกต การถามย้อนกลับ โดยไม่ถามเฉพาะคำถามที่ผู้วิจัยสนใจเพื่อลดความลำเอียง ร่วมกับการสะท้อนความหมาย การยกตัวอย่าง การสรุป และการเจาะลึกในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งที่สุด เพื่อความชัดเจนของข้อมูลนั้น ๆ ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 1 – 2 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งหมายถึงการที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างชัดเจน และผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นอีก

3.2 การจดบันทึกภาคสนาม โดยทำร่วมกับการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการจดบันทึกสรุปสั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น จดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตตามความเป็นจริงโดยไม่ตีความ จดบันทึกภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที (ภาคผนวก ง)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพต้องมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีการพูดถึงเรื่องส่วนตัว ความรู้สึกและทัศนคติ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกต่อประสบการณ์ดังกล่าว ซึ่งอาจมีผลกระทบกับความเป็นส่วนตัว จิตใจและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล (ศิริพร, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในด้านการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้รับใบรับรองการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (good clinical practice: GCP) เลขที่ 22071307 จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามแนวทางพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ค) หรืออาจแสดงความยินยอมด้วยวาจา ในการนัดหมายเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกเองตามที่สะดวกและสบายใจ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการปกปิดความลับผู้ป่วยร่วมด้วย

3. ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจะมีการบันทึกเสียงสนทนาจากการสัมภาษณ์ทุกราย เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน เมื่อได้รับการอนุญาตจึงเริ่มทำการบันทึก ซึ่งหากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใดๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า สะเทือนใจ และร้องไห้ ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา อยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะรับฟังอย่างตั้งใจเพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และรอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะสนทนาต่อ ผู้วิจัยจะหยุดบทสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่ ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลร้องไห้ระหว่างการสัมภาษณ์ 4 ราย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดยินดีให้ข้อมูลต่อจนแล้วเสร็จหลังจากสามารถปรับสภาพอารมณ์ได้

4. เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม บันทึกประจำวัน และการวิเคราะห์ทุกอย่าง

ใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 5 ปี

5. ข้อมูลที่สามารถทำให้ทราบถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เช่น ชื่อ ที่อยู่ ถูกเก็บในตู้ที่ล็อคได้ และผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้แต่เพียงผู้เดียว และชื่อผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์และรายงานผลการวิจัยถูกเปลี่ยนเป็นรหัสหมายเลขทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใดๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

งานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีคุณภาพต้องมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล (thrustworthiness) ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพของลินคอล์นและคูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการแนะนำจากเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลบางรายทำงานอยู่ที่เดียวกับผู้วิจัย เพื่อไม่ให้เกิดอคติในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาดำเนินการวิจัย โดยบันทึกเกี่ยวกับความรู้สึกหรือมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูล รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการวิจัย ซึ่งการสะท้อนตนเองเป็นการตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยต่อผลการวิจัย จะเป็นข้อมูลในการสะท้อนคิดในขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความของผู้วิจัย ช่วยเปิดใจ และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Streubert & Carpenter, 2003) วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่

1.1 การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล รวมถึงผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญกับงานวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง อากัปกริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่องให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป (วีณา, 2547ก)

1.2 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมายบิดเบือนไป (Koch, 1996)

2. ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทที่ทำการศึกษา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินในการที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ (Koch, 1996)

3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความจริงที่สามารถยืนยันได้ (Lincoln & Guba, 1985) โดยทำการบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียงขณะในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง และแต่ละราย โดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์และการใช้รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลของแต่ละคนอย่างเป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

4. ความไว้วางใจได้ (dependability or audit ability) งานวิจัยครั้งนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ตรวจสอบตั้งแต่ระเบียบวิธีการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา (วีณา, 2547ก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียดและลึกซึ้งเกี่ยวกับการให้ความหมายและการแปลความประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย

ของชีวิตได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ หล่อหลอมความเข้าใจระหว่างข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและพื้นฐานความรู้ความเข้าใจของนักวิจัย ที่มีส่วนสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแวน มาเนน (van Manen, 1990) อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค โดยเขียนบรรยายร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในขณะสัมภาษณ์

2. อ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และพยายามดึงคำหลักสำคัญ (theme) จากข้อมูลที่ได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 อ่านทำความเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของการศึกษา (wholistic approach) เป็นการอ่านข้อความทั้งหมดแล้วสรุปใจความสำคัญ

2.2 อ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดทีละบรรทัดอย่างละเอียด (line by line approach) อ่านและทำความเข้าใจทุกประโยคหรือกลุ่มคำที่สามารถอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แล้วดึงความสำคัญของแต่ละประโยคหรือกลุ่มคำออกมา

2.3 จัดกลุ่มประโยค (selective approach) โดยอ่านข้อความหลายๆ ครั้ง แล้วดึงประโยคหรือกลุ่มคำที่สำคัญที่แสดงให้เห็นสาระสำคัญ แล้วขีดเส้นใต้ข้อความเหล่านั้น

2.4 รวบรวมคำหลักที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2.5 นำคำหลักที่ได้ไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกรายมาจัดหมวดหมู่ของคำสำคัญหลัก และวิเคราะห์แปลความหาคำหลักของการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นนำมาจัดเป็นข้อสรุปของข้อมูลที่ได้

2.6 สะท้อนความหมายของปรากฏการณ์ ซึ่งพิจารณาตาม มิติความหมายพื้นฐานของสิ่งมีชีวิตในชีวิตที่ดำรงอยู่ ผลการวิจัยครั้งนี้ได้สะท้อนความหมายในหมวดของโลก 5 ใบ (five life-worlds) ซึ่งแวน มาเนน (van Manen, 2016) ได้อธิบายเพื่อความเข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ โลกของตนเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived spaced) โลกของเวลา (temporality or lived timed) และ โลกของสิ่งของ (materiality or lived things) (van Manen, 2016) ซึ่งโลกทั้ง 5 ใบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันดังนี้

โลกของตนเอง เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของตนเอง ขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

โลกของความสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธมีต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

โลกของสถานที่ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่มีต่อสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นโรงพยาบาล หรือ บ้าน

โลกของเวลา เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่มีต่อเวลาที่เกิดจากการรับรู้ของจิตใต้สำนึก เวลาแห่งชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

โลกของสิ่งของ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธที่มีต่อสิ่งของ เทคโนโลยี ที่มีความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

3. เขียน และบรรยายประสบการณ์ให้เห็นปรากฏการณ์ที่ศึกษา (the art of writing and rewriting) โดยการเขียนบรรยายคำสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลัก และเขียนซ้ำเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น นำคำหลักสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเขียนบรรยายอย่างละเอียดและชัดเจนตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีการแสดงคำหลักพร้อมยกตัวอย่างข้อความ ประโยค หรือวลี ที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประกอบคำบรรยาย (ภาคผนวก จ)

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติกเพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 10 ราย ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 4 ราย อายุระหว่าง 45 - 94 ปี ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ราย สิทธิข้าราชการ 4 ราย และประกันสังคม 1 ราย มีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้า 4 ราย จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 12 ชั่วโมง - 59 วัน จำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการเสียชีวิตมากที่สุด 7 ราย พากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน 2 ราย และกลับบ้านปกติ 1 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต (n=10)

ผู้ป่วยรายที่	เพศ	อายุ(ปี)	สิทธิการรักษาพยาบาล	การแสดงเจตจำนงล่วงหน้า	ภาวะเจ็บป่วยที่เข้าโรงพยาบาล	จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ลักษณะการจำหน่าย
1	ชาย	55	30 บาท	ไม่มี	มะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย	1 เดือน	เสียชีวิต
2	หญิง	74	ข้าราชการ	ไม่มี	เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	8 วัน	เสียชีวิต
3	หญิง	94	ข้าราชการ	มี	หัวใจโต	11 วัน	พากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน
4	ชาย	75	30 บาท	ไม่มี	หอบ	7 วัน	เสียชีวิต
5	ชาย	45	ประกันสังคม	ไม่มี	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	10 วัน	เสียชีวิต
6	หญิง	86	30 บาท	มี	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	10 วัน	เสียชีวิต
7	ชาย	45	30 บาท	มี	เส้นเลือดในสมองแตก	12 ชั่วโมง	พากลับไปเสียชีวิตที่บ้าน
8	ชาย	58	ข้าราชการ	ไม่มี	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	50 วัน	เสียชีวิต
9	ชาย	60	30 บาท	ไม่มี	ภาวะช็อก	3 วัน	เสียชีวิต
10	หญิง	80	ข้าราชการ	มี	หัวใจวาย	59 วัน	กลับบ้านปกติ

ตาราง 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n=10)

ลำดับที่	เพศ	อายุ	สถานภาพ	ความสัมพันธ์	การศึกษา	อาชีพ	รายได้	ประสบการณ์การตัดสินใจ	ระดับความเคร่งทางศาสนา
1	หญิง	25	โสด	บุตร	ปริญญาตรี	พยาบาล	เพียงพอ	ไม่มี	น้อย
2	หญิง	53	คู่	บุตร	ปริญญาตรี	ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล	เพียงพอ	ไม่มี	ปานกลาง
3	ชาย	56	คู่	บุตร	ปริญญาตรี	อาจารย์ (ประถมศึกษา)	เพียงพอ	ไม่มี	น้อย
4	หญิง	47	หม้าย	บุตร	อนุปริญญา	ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล	ไม่เพียงพอ	ไม่มี	น้อย
5	หญิง	35	โสด	หลาน	ปริญญาตรี	พยาบาล	เพียงพอ	ไม่มี	น้อย
6	ชาย	48	คู่	บุตร	ปริญญาโท	ทนายความ(ผู้บริหาร)	เพียงพอ	ไม่มี	ปานกลาง
7	หญิง	48	คู่	น้อง	มัธยมปลาย	แม่บ้าน	เพียงพอ	มี	ปานกลาง
8	ชาย	26	คู่	บุตร	ปริญญาโท	รับราชการส่วนท้องถิ่น	เพียงพอ	ไม่มี	น้อย
9	หญิง	28	คู่	บุตร	ปริญญาตรี	ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล	เพียงพอ	มี	น้อย
10	หญิง	52	คู่	บุตร	ปริญญาโท	อาจารย์ (อุดมศึกษา)	เพียงพอ	มี	น้อย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 ราย อายุระหว่าง 25 – 56 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย โดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด 8 ราย เป็นหลาน 1 ราย และเป็นน้อง 1 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 8 ราย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 5 ราย ข้าราชการครู 2 ราย ข้าราชการส่วนท้องถิ่น 1 ราย ทนายความระดับผู้บริหาร 1 ราย และเป็นแม่บ้าน 1 ราย ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ 9 ราย มีประสบการณ์ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเพียง 3 ราย ระดับความเคร่งทางศาสนาปานกลาง 3 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย จะนำเสนอรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน โดยผู้วิจัยได้กำหนดรหัสหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ถึง ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 ซึ่งแต่ละคนมีรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 25 ปี สถานภาพโสด มีพี่น้อง 2 คนเป็นบุตรคนโต ภูมิลำเนาจังหวัดชุมพร เรียนจบและทำงานที่หาดใหญ่เป็นเวลา 8 ปีถึงปัจจุบัน ได้กลับบ้าน 1-2 เดือน/ครั้ง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดสงขลา ประสบการณ์การทำงาน 4 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต แต่ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ครั้งนี้มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบิดาที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย และมีอาการวิกฤต การที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลเป็นความคาดหวังของครอบครัวและของตนเองในการทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและตัดสินใจ รู้สึกยากลำบากในการตัดสินใจ เหมือนแบกรับภาระทุกอย่างไว้ และมีหลายเรื่องที่ต้องตัดสินใจในขณะนั้น อีกทั้งยังต้องดูแลมารดาที่ยังรับไม่ได้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ค่อยๆ ทำใจยอมรับและร่วมกันตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญในขณะนั้นมีแหล่งสนับสนุนจากรุ่นพี่ที่ทำงานที่คอยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและให้สติ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สามารถตัดสินใจผ่านช่วงเวลานั้นมาได้ ผู้ให้ข้อมูลไปวัดปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส และนั่งสมาธิครั้งละ 5 นาทีอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี เป็นหัวหน้าครอบครัว ไม่เคยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ล่วงหน้าไว้เริ่มมีอาการป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดประมาณ 2 ปี รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดและการผ่าตัด หลังจากนั้นติดตามอาการ 2 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาลพบว่ามีการลุกลามไปในระบบทางเดินอาหารเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต การผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จ แพทย์ลงความเห็นว่าควรให้การดูแลแบบประคับประคอง ดูแลจัดการความปวดไม่เพิ่มการรักษาอื่น ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจยอมรับการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 6 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 53 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ประสบการณ์การทำงาน 35 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตโดยตรงในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานพยาบาล มีรายได้เพียงพอ เป็นบุตรคนโตของผู้ป่วยในพี่น้องทั้งหมด 6 คน มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต การตัดสินใจครั้งนี้ได้ปรึกษาคนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ผู้ให้ข้อมูลสวดมนต์ นั่งสมาธิ อย่างสม่ำเสมอ ตักบาตร ไปวัด และปฏิบัติธรรมเมื่อมีโอกาส

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 74 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตักบาตรสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี อาศัยอยู่กับลูกและสามี โดยที่บ้านของลูกคนอื่นๆ อยู่ใกล้กัน เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ การวินิจฉัยโรคครั้งนี้ยังไม่แน่ชัด เข้ารับการรักษาด้วยอาการเบื่ออาหาร และเกลือแร่ผิดปกติรุนแรง ผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้าไว้ แต่ผู้ป่วยจะเป็นคนที่ทนไม่ได้กับความเจ็บปวด การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นแบบกะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ ในระหว่างการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยซึมลง แพทย์มีแผนเจาะไขกระดูกเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม ญาติตัดสินใจให้ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อความปลอดภัยในการทำหัตถการและการจัดการเรื่องความปวด หลังจากนั้น 4 วัน ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นฉับพลัน มีการนวดหัวใจและให้ยากระตุ้นหัวใจ ต่อมาญาติตัดสินใจไม่ขอรับการนวดหัวใจอีกหากหัวใจหยุดเต้นและขอรับยากระตุ้นหัวใจในขนาดเท่าเดิม มีการนิมนต์พระมาสวดมนต์ บิณฑบาตข้างเตียง ระหว่างพระสวดมนต์ข้างเตียงผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต 6 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการครู รายได้เพียงพอ มีพี่น้องห้าคน เป็นบุตรคนที่สอง สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ผู้ให้ข้อมูลแยกครอบครัวมาอยู่ในตัวเมืองแต่มีการไปมาหาสู่และดูแลมารดาอยู่เสมอ มีภรรยาเป็นผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต การตัดสินใจครั้งนี้เป็นการตัดสินใจร่วมกันในบรรดาพี่น้องเป็นหลัก และปรึกษาภรรยาร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณี

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 94 ปี สถานภาพสมรส หม้าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำบุญตักบาตรสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี อาศัยอยู่กับลูกชายคนโตและครอบครัว โดยลูกคนอื่นๆ ไปมาหาสู่เป็นประจำ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ปกติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหน้ามืด เป็นลม นานๆ ครั้ง ครั้งนี้เข้ารับการรักษาด้วยอาการหน้ามืด เป็นลม ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจโต หัวใจล้มเหลว ใส่ท่อช่วยหายใจ และความดันโลหิตต่ำ ได้รับยากระตุ้นหัวใจ ระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยได้เขียนบอกลูกไว้ว่า “อยากกลับไปตายที่บ้าน ไม่อยากเจาะคอ กลัวเจ็บทรมาน” ต่อมาหลังจากที่แพทย์แจ้งอาการแก่ลูกๆ ว่าอาการทรุดลงมีโอกาสเสียชีวิตสูง ลูกปรึกษากันและตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้าน โดยไปถอดท่อช่วยหายใจที่บ้าน ได้จัดให้ผู้ป่วยนอนที่เตียงที่ผู้ป่วยเคยนอน และนิมนต์พระมาสวดมนต์ ลูกหลานได้อยู่กันพร้อมหน้า และผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 11 วัน อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต 8 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 47 ปี มีบุตรสาว 2 คนเลี้ยงลูกโดยลำพัง จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การทำงาน 13 ปี เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักในบ้าน รายได้ไม่เพียงพอเป็นบางเดือน อาศัยอยู่กับบิดา มารดาและบุตรสองคนรวมทั้งหมดห้าคน บิดามารดายังคงทำงานช่วยจุนเจือรายได้ในบ้าน ผู้ให้ข้อมูลมีพี่น้องสามคน เป็นผู้หญิงทั้งหมด ตนเองเป็นคนสุดท้อง พี่อีกสองคนมีครอบครัวแล้วอยู่ต่างจังหวัด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานพยาบาลแต่ไม่เคยมีประสบการณ์ ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ในสถานการณ์นี้แม่และพี่สาวทั้งสองคนให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตัดสินใจหลัก ขณะที่ต้องตัดสินใจอยู่กับมารดา 2 คน ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณี

ผู้ป่วยชายอายุ 75 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยสวดมนต์ก่อนนอนทุกคืน ไม่ค่อยได้ไปวัด เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ เป็นภูมิแพ้และโรคหอบมาประมาณ 3 ปี สามารถคุมอาการได้ด้วยการพ่นยา จะมีอาการเหนื่อยมากขึ้นเมื่อออกแรง และมีอาการบ่อยขึ้นแต่มักไม่บอกอาการเหล่านี้แก่ภรรยาและลูก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการหอบ หายใจลำบาก มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและความดันโลหิตต่ำ ระยะแรกที่นอนโรงพยาบาลผู้ป่วยบอกภรรยาและลูกว่าอาการดีขึ้นแล้ว

อยากกลับบ้าน จะพยายามรับประทานอาหารจะได้แข็งแรงหายป่วยกลับบ้านได้เร็วๆ ต่อมาผู้ป่วยอาการทรุดลงลูกสาวขอส่งตัวมารักษายังโรงพยาบาลที่ลูกสาวทำงานอยู่ เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยเกิดหัวใจหยุดเต้น ได้รับการกดนวดหัวใจประมาณสามสิบนาที แพทย์ให้ข้อมูลแก่ลูกสาวและภรรยา ได้ตัดสินใจไม่รับการกดนวดหัวใจ ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทรมาน ภรรยาและลูกสาวได้เข้าไปขออโหสิกรรม และอยู่กับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 35 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพพยาบาล ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การทำงาน13 ปี แหล่งรายได้ในครอบครัวมาจากตนเอง รายได้เพียงพอ อยู่เป็นครอบครัวขยาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นหลานของผู้ป่วย ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยให้เป็นผู้ตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาครั้งนี้ เนื่องจากมีความไว้วางใจเพราะเป็นพยาบาลและด้วยความผูกพันในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ภรรยาและพี่น้องของผู้ป่วยและร่วมตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตที่มีการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา แต่ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณี

ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพหัวหน้าพนักงานรักษาความปลอดภัยของโรงแรมแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา ใช้สิทธิประกันสังคม มีภรรยาและลูกสาวอายุ 5 ขวบ ลูกชาย 2 ขวบ ภรรยาและลูกอยู่สงขลา เดิมแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว ครั้งนี้มีก้อนที่ท้องด้านขวาไปตรวจที่โรงพยาบาลจังหวัดแล้วขอส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาเนื่องจากหลานทำงานที่นี่และใกล้บ้าน ผลการวินิจฉัยพบเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อยู่ระหว่างรอให้เคมีบำบัดและฉายแสง มีการติดเชื้อในร่างกายได้รับยาฆ่าเชื้อ ในช่วงแรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองและปรึกษาผู้ให้ข้อมูลตลอด ตัดสินใจขอรับการรักษาอย่างเต็มที่ผู้ป่วยห่วงลูกมากได้ฝากไว้ว่าอย่าทิ้งน้องฝากดูแลด้วย ต่อมามีการติดเชื้อในร่างกาย ความดันโลหิตต่ำหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเริ่มไม่รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยมาก ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิตต่ำมากขึ้นได้รับยากระตุ้นหัวใจอย่างเต็มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์ประชุมครอบครัวแล้วตัดสินใจร่วมกันว่าคงการรักษาเท่าเดิม ไม่นวดหัวใจหากหัวใจหยุดเต้น และภรรยา ลูก และพี่น้องของผู้ป่วยมากันพร้อมหน้าได้กรวดน้ำเมื่อลูกมาจับมือผู้ป่วยเหมือนลืมตาแล้วจากไปอย่างสงบ รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาโท อาชีพทนายความระดับผู้บริหาร รายได้เพียงพอ แหล่งรายได้หลักของครอบครัวมาจากตนเอง เป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีภรรยาและบุตรหนึ่งคน เกี่ยวข้องเป็นบุตรคนที่สองของผู้ป่วย เป็นบุตรชายคนเดียวมีพี่น้องสี่คน สัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้ป่วยได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจหลักเกี่ยวกับการรักษาโดยปรึกษาบิดาและพี่น้อง จากการที่มีอาชีพทนายความทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการพบเจอผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ อาการหนักและผู้ป่วยระยะท้าย แต่ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต ขณะเรียนที่กรุงเทพผู้ให้ข้อมูลพักอาศัยที่วัด และศึกษาธรรมะอยู่เสมอ โดยการอ่านหนังสือ ฟังธรรมะ มีข้อคิดในการใช้ชีวิต การทำงาน และยังเป็นวิทยากรถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ให้นักศึกษาในหลายสถาบัน

ผู้ป่วยหญิงอายุ 86 ปี สถานภาพคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวตามวัยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานๆ ครั้ง เคยต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน แต่ไม่เคยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ได้เคยบอกลูกไว้ว่า “ถ้าเป็นอะไรไม่ต้องทำอะไร ไม่ต้องยื้อ ถึงวาระแล้วก็ต้องไป” ครั้งนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อมามีอาการหัวใจหยุดเต้น แพทย์นวดหัวใจประมาณ 30 นาที ครอบครัวตัดสินใจไม่ขอรับการนวดหัวใจ ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 8 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ประกอบธุรกิจส่วนตัว รายได้เพียงพอ อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นสมาชิกครอบครัว อยู่กับสามีและบุตรสองคน ความสัมพันธ์เป็นน้องสาวของผู้ป่วย พ่อแม่เสียชีวิตแล้ว มีกันสองคนพี่น้อง ได้รับมอบหมายจากภรรยาผู้ป่วยและญาติๆ ให้เป็นผู้ตัดสินใจหลักในครั้งนี้โดยได้ปรึกษากันในครอบครัวร่วมด้วย เคยมีประสบการณ์ในการร่วมตัดสินใจในระยะท้ายของมารดาซึ่งเสียชีวิตด้วยเลือดออกในสมองเมื่อสิบปีที่แล้วโดยพามาเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำปฏิบัติงานในด้านนี้อย่างเข้มแข็ง มีเครือข่ายที่ดี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาธรรมะทั้งจากการอ่านหนังสือ ทำบุญตักบาตร และเข้าวัดสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี สถานภาพสมรส ประกอบธุรกิจส่วนตัวรายได้เพียงพอ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรหนึ่งคน เครือญาติบ้านอยู่ละแวกเดียวกัน ผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว ผู้นำชุมชน ร่วมทำกิจกรรมของทางชุมชน รวมถึงหน่วยงานราชการเสมอ เป็นที่รักของญาติๆ ชาวบ้าน รวมถึงหน่วยงานต่างๆ เคยตรวจร่างกายพบเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้

ปรับวิถีชีวิตโดยการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และคิดว่าตนเองแข็งแรง เข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการแขนขาด้านซ้ายชาขณะออกกำลังกาย ค่อยๆ ซึมลง โรงพยาบาลจังหวัดตรวจวินิจฉัยพบเลือดออกในสมองเป็นบริเวณกว้างถึงแกนสมอง มีโอกาสเสียชีวิตสูง ญาติขอส่งตัวมารักษาต่อยังโรงพยาบาลตติยภูมิ เข้ารับการรักษาในไอซียูแพทย์ประเมินอาการแล้วได้แจ้งและปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยถึงอาการที่ทรุดลง ไม่สามารถผ่าตัดได้ โอกาสเสียชีวิตสูง ญาติตัดสินใจขอรับการรักษาแบบประคับประคอง และสุดท้ายแล้วตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับบ้านตามที่ผู้ป่วยเคยกล่าวไว้ว่าหากคนในครอบครัว เครือญาติ เจ็บป่วยแล้วไม่มีโอกาสรอดให้พากลับบ้าน มาเสียชีวิตท่ามกลางญาติพี่น้อง และก่อนหน้านี้ผู้ป่วยจะเป็นคนดำเนินการเรื่องเหล่านี้ด้วยตนเอง ได้มาถอดท่อช่วยหายใจที่บ้าน มีการนิมนต์พระมาทำพิธีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางญาติพี่น้อง รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 1 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ปี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 26 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาโท เป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น รายได้เพียงพอ อาศัยอยู่กับบิดามารดาและภรรยา ความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย มีกันสองคนพี่น้อง พี่ชายทำงานที่กรุงเทพ ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต ในครั้งนี้ได้ตัดสินด้วยตนเองโดยได้ปรึกษามารดาและพี่ชายรวมถึงข้อมูลจากแพทย์ประกอบด้วย ในระหว่างการรักษาผู้ให้ข้อมูลมีกำหนดการแต่งงาน มีการตัดสินใจเลื่อนงานแต่งงานออกไป สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาผู้ให้ข้อมูลทำบุญตักบาตรเมื่อมีโอกาส และวันสำคัญต่างๆ

ผู้ป่วยชายอายุ 58 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รับราชการ เป็นปลัด อบต. เบิกได้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้เดือนสิงหาคม 2559 มีการตรวจร่างกายเพิ่มและมีแผนเริ่มให้ยาเคมีบำบัด ระหว่างการรักษามีผื่นบริเวณผิวหนังและต่อมาเป็นผื่นผิวลอกทั้งตัว ผู้ป่วยขอรับการรักษาเต็มที่ ในระหว่างการรักษาได้ช่วยเตรียมงานแต่งงานลูกชาย ทำบัญชีรายชื่อผู้ร่วมงาน หลังจากให้ยาเคมีบำบัดอาการทรุดลง ใส่ท่อช่วยหายใจ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดมีภาวะช็อก เข้ารักษาในไอซียู ได้รับยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิต ผิวหนังลอกและปวดต้องใช้ใบตองปิดแผลทั้งตัว ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับและยาแก้ปวดทางหลอดเลือดตลอดเวลา อาการทรุดลงแพทย์ให้ข้อมูลกับครอบครัวเป็นระยะ ช่วงแรกครอบครัวขอรับการรักษาเต็มที่ ต่อมาขอรับการรักษาด้วยยาเต็มที่ปฏิเสธการนวดหัวใจและการช็อคไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยอาการค่อยๆ ทรุดลง ความดันโลหิตต่ำลง ไม่ตอบสนองต่อยาที่ให้ในปริมาณสูง ครอบครัวตัดสินใจขอไม่เติมยาเพิ่มความดันโลหิต คงให้

ยานอนและยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางครอบครัว รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 30 วัน อยู่หอผู้ป่วยวิกฤต 5 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 9 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 28 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพผู้ปฏิบัติงานพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การทำงาน 11 ปี เป็นพี่คนโต มีน้องสาว 1 คนทำงานในโรงพยาบาลเช่นกัน ผู้ให้ข้อมูลมีครอบครัวแล้วมีบุตร 2 คน มารดาช่วยเลี้ยงบุตรให้ในช่วงที่มาทำงาน ยังคงอาศัยอยู่กับบิดา มารดา น้องสาวและครอบครัวตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวดี รายได้เพียงพอ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และมีประสบการณ์การตัดสินใจการรักษาในการเจ็บป่วยของบิดาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกด้วยภาวะเลือดออกในสมองอาการวิกฤตได้รับการผ่าตัดสมอง ครั้งนั้นผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวตัดสินใจรับการรักษาเต็มที่ แม้ทราบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจต้องนอนติดเตียงและไม่รู้สึกตัวก็ตาม สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส

ผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำสวน ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกด้วยเรื่องหลอดเลือดในสมองแตกและได้รับการผ่าตัดสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยลืมตาได้เองแต่ไม่ทำตามสั่งนอนติดเตียง ต้องเจาะคอต่อมาสามารถหายใจเองได้ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นได้มีการเตรียมเพื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก และมีบุตรสาวทั้งสองคนช่วยกันดูแลอย่างใกล้ชิด หลังกลับบ้าน 3 วันผู้ป่วยมีอาการไข้สูง เหนื่อยมากขึ้น ลูกสาวจึงพามาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำมาก ต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตระดับสูง แพทย์ประเมินแล้วอาการอยู่ในขั้นวิกฤตและได้ให้ญาติตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ครอบครัวตัดสินใจยอมรับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและขอรับการรักษาด้วยยาเต็มที่แต่ไม่ขอรับการกดหน้าอกหากหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ ต่อมาผู้ป่วยยังคง ความดันโลหิตยังคงต่ำมากในขณะที่ได้รับยากระตุ้นในขนาดสูง หายใจเหนื่อยหอบ ผิวหนังเป็นจ้ำจางๆ ทั่วตัว ครอบครัวได้ปรึกษากันอีกครั้ง ภรรยาซึ่งเป็นคู่ชีวิตและดูแลผู้ป่วยมาตลอดไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมานไปมากกว่านี้ ลูกสาว (ผู้ให้ข้อมูล) จึงตัดสินใจแจ้งแพทย์ขอหยุดยากระตุ้นความดันโลหิต และขอรับยานอนหลับเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบหลังจากเข้ารับการรักษา 3 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 6 เดือน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 52 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท กำลังศึกษาระดับปริญญาเอก อาชีพข้าราชการครู สอนระดับอุดมศึกษา มีพี่น้อง 4 คน เป็นคนที่ 2 มีครอบครัวแล้วมีบุตร 1 คน อาศัยอยู่ที่หาดใหญ่ บิดาเสียชีวิตแล้ว ส่วนมารดาอาศัยอยู่กับน้องสาวที่จังหวัดปัตตานี สัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจึงได้รับความไว้วางใจจากคนในครอบครัวในการให้คำปรึกษาหาข้อมูลและดูแลเรื่องสุขภาพเสมอ ผู้ให้ข้อมูลมีบุคลิกความเป็นผู้นำแต่ส่วนหนึ่งจะมีความประนีประนอมและรับฟังความคิดเห็นของทุกคนในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวเคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งการรักษาโดยของบิดาที่มีอาการหมดสติจากภาวะเลือดออกในสมองโดยไม่ขอรับการผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงซึ่งบิดาได้จากไปอย่างสงบประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส

ผู้ป่วยหญิงอายุ 80 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เป็นข้าราชการบำนาญ ใช้สิทธิเบิกได้ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม ไตวายเรื้อรังเกรด 4 ความดันโลหิตสูง ไฮโปไทรอยด์ หอบหืด เข้าออกโรงพยาบาล 2-3 เดือนครั้งด้วยเรื่องหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีเลือดออกในปอด ส่งตัวมารักษาต่อจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อมาสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ แต่ยังคงมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลวและมีภาวะช็อกจากหัวใจและการติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาอย่าต่อเนื่อง ต่อมาไตวายมากขึ้นมีความจำเป็นต้องล้างไตแต่ผู้ป่วยอาการไม่คงที่พอที่จะล้างไตทางหลอดเลือดได้ แพทย์มีแผนล้างไตทางหน้าท้อง ในระหว่างนั้นอาการผู้ป่วยทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้ง และมีภาวะสับสน แพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ผู้ป่วยเคยบอกกับบุตรไว้ว่าหากป่วยหนักไม่อยากทรมาน ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเอง ช่วงหนึ่งผู้ป่วยอาการทรุดลง ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ แพทย์ได้มีการประชุมครอบครัวให้ข้อมูลว่าเป็นระยะท้ายของชีวิต ครอบครัวตัดสินใจไม่ขอรับการล้างไต ไม่นวดหัวใจหากหัวใจหยุดเต้น และขอรับยาแก้ปวดเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทรมาน หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์อาการผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์ประชุมครอบครัวอีกครั้ง ครอบครัวขอเปลี่ยนแผนการรักษา ขอรับการรักษาตามข้อบ่งชี้แต่ยังคงการตัดสินใจที่ว่าหากหัวใจหยุดเต้นไม่ขอรับการนวดหัวใจ ต่อมาผู้ป่วยสามารถหายใจด้วยตนเองและถอดท่อช่วยหายใจได้ รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ครั้งนี้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 58 วัน ผู้ป่วยได้กลับบ้านและต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ผู้วิจัยสัมภาษณ์หลังตัดสินใจ 2 เดือน

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต พบความหมายของประสบการณ์จำนวน 11 กลุ่มความหมาย และสะท้อนความหมายในโลกทั้ง 5 ใบ ดังตารางที่ 3

ตาราง 3

กลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 5 ใบ (n = 10)

ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัว	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของตัวเอง		
1. ต้องตั้งสติ	4	1, 4, 8, 9
2. ใช้ประสบการณ์	5	2, 4, 6, 7, 9
3. ได้รับความไว้วางใจ	3	1, 2, 5
4. ยอมรับธรรมชาติของชีวิต และกฎแห่งกรรม	5	3, 6, 7, 8, 9
โลกของความสัมพันธ์		
1. แสวงหาที่พึ่งทางใจ	4	1, 2, 8, 9
2. นึกถึงใจและกายผู้ป่วย	6	2, 3, 6, 7, 8, 10
3. ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ	6	2, 3, 4, 6, 9, 10
โลกของสถานที่		
1. เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง	4	1, 4, 7, 9
โลกของเวลา		
1. หวังแต่ก็เผื่อใจ	4	4, 7, 8, 10
โลกของสิ่งของ		
1. เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน	3	3, 6, 9
2. เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย	2	1, 9

โลกของตัวเอง

โลกของตัวเอง เป็นการเล่าถึงความรู้สึกหรือการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของตนเอง ขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของตนเอง 4 กลุ่มความหมายคือ 1) ต้องตั้งสติ 2) ใช้ประสบการณ์ 3) ต้องแบกรับหน้าที่ และ 4) ยอมรับธรรมชาติของชีวิต และกฎแห่งกรรม ดังนี้

1. ต้องตั้งสติ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงสถานการณ์ในช่วงที่ต้องตัดสินใจว่าต้องรวบรวมสติให้มั่น เพราะเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน เป็นเรื่องยาก ไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี และต้องทำอะไรต่อ รวมถึงมีเรื่องต้องตัดสินใจหลายเรื่อง และต้องดูแลคนในครอบครัวในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการมีสติทำให้สามารถคิด ตัดสินใจ และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าว

> *“คิดว่าพ่อจะมาโรงพยาบาลเหมือนรอบก่อนๆ คิดว่าไม่หนักมาก พอมาถึงโรงพยาบาลคือ ช็อก ความดันต่ำ หมอเลยให้ตัดสินใจว่าจะเอายังไง คือคนไข้ไม่ไหวแล้ว เราก็คิดหนักตอนนั้น... พ่อก็ช็อกอยู่นานมาก ตัวเป็นจ้ำหมด เราก็ต้องตั้งสติอยู่พักใหญ่ จึงตัดสินใจไม่ทำอะไรเพิ่ม”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าต้องใช้เวลาในการตั้งสติทุกขั้นตอน ทั้งก่อนและหลังการตัดสินใจ ดังคำกล่าว

> *“ตัดสินใจแล้วเราก็ต้องตั้งสติ วางแผนสเต๊ปต่อไปว่าจะอยู่ยังไงต้องทำอะไรต่อ สตั้นอยู่สักสองสามนาทีก็ต้องเดินต่อ”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2. ใช้ประสบการณ์

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพนักงานช่วยการพยาบาล 3 คน เล่าว่าจากประสบการณ์ที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตโดยตรง เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะท้าย เช่น ผิวหนังเขียวเป็นจ้ำทั่วตัว รวมถึงความทุกข์ทรมานจากการรักษาและสุดท้ายผู้ป่วย

ก็เสียชีวิต ดังนั้นเมื่อตนเองต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจึงได้นำประสบการณ์ดังกล่าวมาช่วยในการตัดสินใจ ดังคำกล่าว

“ประสบการณ์ของเราที่ดูแลคนไข้มา ลักษณะแบบนี้จากสภาพ ภายนอกแล้วไม่น่าจะไหว แม่เขียวเกือบทั้งตัว เราเลยตัดสินใจหยุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เราใช้ประสบการณ์ที่ได้เคยได้ดูแลคนไข้เป็นตัวประกอบการตัดสินใจร่วมกับได้ดูแลเห็นการเปลี่ยนแปลงของพ่อมาตลอด ระยะเวลาและอาการของพ่อที่ทรุดลงทำให้ความหวังค่อยๆ ลดลง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งมีอาชีพทนายความเล่าว่า มีประสบการณ์จากการพบเห็นสถานการณ์ผู้ประสบอุบัติเหตุ มีการบาดเจ็บเสียชีวิต บางคนต้องนอนทรมานจากการที่ญาติต้องการยื้อชีวิตไว้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการทำแบบนั้นเป็นบาป จึงได้วางแผนไว้ล่วงหน้าว่าหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวกับคนในครอบครัวจะไม่ตัดสินใจเช่นนั้น ต่อมาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจยุติการรักษาโดยไม่ลังเล ดังคำกล่าว

“หมอไม่ได้คุยอะไรกับผม ก็โดยที่เราได้อาศัยเดินทางไปดูคนโน้นคนนี้เยอะโดยประสบการณ์ ชีวิตนะครับ ได้เห็นมาเยอะ เห็นคนเกิดอุบัติเหตุ เห็นคนอย่างโน้นอย่างนี้ เห็นคนเราได้แต่มอง เค้าจะต้องไปก็ต้องไป อย่าเอาความคิดไปใส่ให้เค้าแล้วมันจะเป็นบาปกับเรา ก็เคยคิดอยู่เสมอว่าถ้าวันหนึ่งเกิดญาติหรือเป็นคุณพ่อคุณแม่หรือเป็นญาติที่เราสนิทจริงๆ ที่เราสามารถตัดสินใจได้ เราก็จะแบบนี้แหละเราก็จะเป็นคนตัดสินใจให้ไป ไม่ว่าจะเป็นลูกหรือเป็นภรรยา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้นึกย้อนไปตอนที่มารดาตนเองป่วยด้วยอาการเดียวกัน ซึ่งตอนนั้นได้พากลับมาเสียชีวิตที่บ้าน สำหรับในครั้งนี้ประสบการณ์ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่นำมาประกอบการตัดสินใจยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน ดังคำกล่าว

“แม่เคยเป็นแบบนี้เหมือนกัน เส้นเลือดในสมองแตก ไม่รู้สึกตัวต้องผ่าตัดดูดเลือดออก อาการไม่ดีขึ้น ครั้งนั้นเขาก็เป็นคนจัดการให้พากลับมาจากภูเก็ตมากับรถโรงพยาบาล ก็มาตายที่บ้าน พอมาเกิดเหตุแบบนี้กับเขา ทำให้เราคิดถึงตอนที่เกิดกับแม่ ประกอบกับข้อมูลจากหมอและสิ่งที่เขาเคยพูดไว้ เราเลยตัดสินใจขอหมอพากลับบ้าน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3. ได้รับความไว้วางใจ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าการได้รับความไว้วางใจและได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวให้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเป็นความตาย ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวล ไม่มั่นใจว่าจะตัดสินใจได้เหมาะสม แต่ก็พยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ดังคำกล่าว

“เขายอมรับเพราะเขาเห็นว่าเราอยู่ในวงการแพทย์นี้อ่ะค่ะ คือเขาคิดว่าเราจะรู้ว่าทางไหนที่ดีที่สุดสำหรับพ่อ คือเหมือนเขาไว้ใจให้เราตัดสินใจ เราก็ไม่ได้มั่นใจว่าเราจะตัดสินใจถูกทั้งหมด กังวลอยู่เหมือนกันค่ะ กลัวทำได้ไม่ดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“คนไข้บอกว่าให้เราเป็นคนตัดสินใจได้เลยว่าจะช่วยยังไง แต่ว่าเขาบอกว่าเขาสู้เต็มที่เพราะลูกเขายังเล็ก ไม่ว่าจะทำยังไงก็ยินยอมการรักษาทุกอย่าง มารักษาที่นี่เพราะเราเป็นหลานและเป็นพยาบาล ภรรยาเค้าอายุน้อยกว่าเรา เค้าก็เลยมอบหมายให้เราตัดสินใจ เพราะว่าเราน่าจะมีความรู้มากกว่า เราก็พยายามทำหน้าที่ที่เขาไว้ใจให้ดีที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

4. ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม

ผู้ให้ข้อมูลมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอเมื่อถึงเวลา และไม่มีใครหนีพ้น เมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่ตอบสนองกับการรักษา ครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำทุกอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกหมดหนทาง ต่อมาเริ่มทำใจว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากผลกรรมในอดีตหรือหมดบุญที่สร้างมา การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต ดังคำกล่าว

“ผมไม่เคยสูญเสียสิ่งที่รักในชีวิต ครั้งนี้ครั้งแรก แต่ทำไมผมถึงตัดสินใจแบบนี้ ผมจะไม่ยึดติดกับสิ่งที่กำลังจากไปและจะไม่เศร้าโศก มันถึงวาระหนึ่งทุกคนต้องไปหมด ผมเป็นอ่านหนังสือธรรมะ ศึกษาพวกธรรมชาติ ศึกษาความเป็นธรรมชาติของชีวิต”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ตลอดการรักษาเราก็ทำเต็มที่พอถึงที่สุดแล้วคงต้องแล้วแต่บุญแต่กรรมที่ทำมา ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย อยู่ที่ตายช้าตายเร็ว ทำใจไว้บ้างแต่ไม่เกิดกับตัวเองไม่รู้หรอก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

โลกของความสัมพันธ์

โลกของความสัมพันธ์ เป็นการเล่าถึงความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลมีต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของตนเอง 4 กลุ่ม ความหมายคือ 1) แสวงหาที่พึ่งทางใจ 2) นึกถึงใจและกายผู้ป่วย และ 3) ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ดังนี้

1. แสวงหาที่พึ่งทางใจ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตาย รู้สึกเครียดและทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่มีทางออก ผู้ให้ข้อมูลจึงนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การบนบานศาลกล่าว รวมถึงกิจกรรมทางศาสนา เป็นสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อหวังเป็นตัวช่วยให้คิดตัดสินใจได้ถูกต้อง เหมาะสม ถือเป็นที่พึ่งทางใจ ดังคำกล่าว

“ตอนนั้นก็ทำทุกอย่าง อะไรที่คิดว่าจะช่วยแม่ได้ ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน ขอพรพระ สิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ ...ก็คิดว่าส่วนหนึ่งก็ช่วยทางจิตใจได้บ้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตอนพ่อยังไหวพ่อจะบอกให้ทำบุญตลอด ตอนนอนไอซียูก็เอาพระมา พี่พยาบาลเอาใส่ถุงทองไว้หัวเตียงให้ เหมือนให้ท่านช่วยๆ กัน เราไม่ได้อยู่ด้วยตลอดก็อุ่นใจขึ้น เราวางใจในทีมรักษาอยู่แล้ว ที่พึ่งทางใจก็สำคัญช่วยให้เราคิดตัดสินใจได้ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2. นึกถึงใจและกายผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในขณะอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ได้คิดถึงผู้ป่วยเป็นหลักทั้งด้านใจและกาย ไม่ว่าจะเป็นคุณลักษณะของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยชอบ คิดว่าถ้าผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเองจะตัดสินใจแบบนี้ รวมถึงการที่ได้เห็นผู้ป่วยมีความทรมานทางกายจากความเจ็บป่วย จากหัตถการต่างๆ ที่ทำกับผู้ป่วย ประกอบกับเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทนไม่ได้ที่เห็นผู้ป่วยทรมาน จึงตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ต้องการให้ผู้ป่วยสบายที่สุด และคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยไม่ได้สั่งเสียหรือวางแผนล่วงหน้าเมื่อเจ็บป่วยไว้ ดังคำกล่าว

> *“กับแม่ไม่เคยได้คุย เราคิดว่าในลักษณะของแม่ แม่จะไม่ชอบแบบนี้ รับไม่ได้กับความเจ็บปวด นิดๆ หน่อยๆ แม่ก็จะไม่ทน ความอดทนต่ำ ทนอย่างอื่น มีเรื่องเยอะแยะ ทำงานหนักไม่เคยกลัว เรื่องเจ็บไม่ได้เลย เราก็ไม่ได้มั่นใจว่าเราตัดสินใจถูก แต่เราคิดว่าสิ่งที่เราทำนี้แม่เราน่าจะพอใจมากกว่าที่จะไปทางโน้น ซึ่งถ้าเราเลือกทางโน้นแล้วมันไม่ดีขึ้นเราก็จะรู้สึกว่าเราทรมานแม่มั๊ย”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

> *“ก็ต้องดูอาการมากกว่า ถ้าดีขึ้นก็ทำให้ชื่นใจอยู่ แต่ถ้ามันแย่ก็อยากจะจบเร็วๆ อาการทางผิวหนังทรมานไม่มีแผลมันก็ยังโอเค แต่นี่แกเปลี่ยนไปเป็นคนละคน ปกติพ่อจะเป็นคนอดทนแกจะไม่บอกว่าเจ็บไม่มีพูดออกมา แกจะไม่แสดงความเจ็บปวดให้คนอื่นเห็น แต่เราเห็นพ่อแบบนี้พ่อทรมาน พันก๊อซทั้งตัวเป็นมัมมี่ ตอนนั้นเราไม่มีความรู้สึกว่าเราตัดสินใจอะไรไป เรามีความรู้สึกว่าแกไปสบายแล้ว ไม่ได้คิด ไม่มีความคิดเรื่องอื่น เลย ตอนนั้นโฟกัสอยู่ที่พ่อ ให้แกสบายที่สุด”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้สั่งเสีย ไม่ว่าจะเป็นก่อนป่วยหรือหลังจากป่วยแล้ว เป็นคำพูดหรือเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวนำมาประกอบการตัดสินใจ ทำให้ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เหมือนเป็นการได้ทำตามที่ผู้ป่วยต้องการอย่างดีที่สุด ดังคำกล่าว

> *“แม่บอกไว้ แกจะเขียนไว้ เขียนหนังสือ ตอนที่อยู่ไอซียูนั้นแหละ แกบอกหมดแหละ แกเขียนไม่ใช่ว่าชัดเจน แต่คือพอเดาได้ แกบอกนั้นแหละ แกตายบ้าน แกจะกลับไปที่บ้านอะไรพันนั้น ไม่อยากเสียที่โรงบาล คือเราก็เห็นใจแกนั้นนะ คืออยากให้เป็นพันนั้น ก็ทำให้เราตัดสินใจง่ายขึ้น”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ความดันค่อยๆ ลดลง ชีพจรก็ลดลง คือเค้าบีบช่วยหายใจอยู่ ความดันเริ่มลดลง หมอเขาก็บอกว่าโอกาสไม่มีแล้ว เราก็เลยบอกว่าพาหลบบ้านหวานะ เพราะผู้ป่วยเป็นคนหัวโบราณ ไม่ว่าใครตายต้องมาอยู่บ้าน ไม่ไว้วัด เขาสั่งไว้กัน สั่งไว้นานแล้วล่ะ ว่าถ้าเป็นไรขึ้นมาให้พากลับมาที่บ้านทำแล้วตรงนั้นเราก็เสียใจนะ แต่พอทำความต้องการของเค้าเราก็บายใจเราคิดตรงนั้นแหละคือทำให้ดีที่สุดอ่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3. ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าการตัดสินใจครั้งนี้แม้ตนเองเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจ แต่ข้อสรุปของการตัดสินใจมาจากการพูดคุย ช่วยกันคิดในครอบครัว คนมีประสบการณ์ก็ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วตัดสินใจร่วมกัน การวางแผนการตัดสินใจล่วงหน้าทำให้ผู้ตัดสินใจสามารถตัดสินใจได้เลยเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว และไม่เกิดข้อขัดแย้งตามมา ดังคำกล่าว

“ปั๊มไม่ปั๊มนี้คือเราอ้างอิงญาติคนอื่นด้วยเรานำเสนอข้อมูลแล้วตัดสินใจร่วมกัน โดยมีป้าและก็ลุงเป็นหลัก เราจะเป็นคนให้ข้อมูลมากกว่า แต่โดยความเห็นเราเราก็ให้ข้อมูลไปว่าถ้าปั๊มแล้วโอกาสที่จะกลับมาใช้ชีวิตปกติคือยากแล้ว ป้าและพี่ๆ น้องๆ ของอาเค้าเห็นพ้องต้องกันว่าไม่ปั๊ม เพราะว่าหนึ่งโรคของคนไข้คือรักษามาเต็มที่แล้วไม่อยากให้เค้าทรมานก็เลยไม่ปั๊ม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ผมว่าทำดีที่สุดแล้ว จริง ๆ แล้วถ้าวันนั้นผมทำไม่สมบูรณ์แบบ ไม่ถูก อาจจะมีฟีดแบ็คมาประณามเราว่าร้ายว่าเอ้ย คุณไม่น่าทำแบบนี้เป็นบาปติดตัวไปจนตายก่อนที่จะทำไม่ได้ตัดสินใจคนเดียว ต้องบอกพี่สาว น้องสาว ว่าต้องตัดสินใจแล้ว ทุกคนก็มองหน้าผม ถึงเวลาแล้วเพราะท่าน ฝากร่างกายฝากเซลล์ฝากทุกอย่างไว้ที่ลูกๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

โลกของสถานที่

โลกของสถานที่ เป็นการเล่าถึงความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่มีต่อสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วย

วิกฤตระยะท้ายของชีวิต ในที่นี้คือหอผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของสถานที่ คือ เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง ดังนี้

เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าที่ถึงแม้จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต แต่เมื่อต้องมาเจอกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาของคนในครอบครัว รู้สึกเหมือนสถานที่นั้นมืดไปหมด มองไม่เห็นใคร ถึงแม้จะมีแพทย์พยาบาล และมีคนอื่นอีกมากมาย รู้สึกทำอะไรไม่ถูก คิดอะไรไม่ออก ถึงแม้จะเคยแนะนำคนอื่นในเรื่องเหล่านี้ก็ตาม ดังคำกล่าว

> *“ถึงแม้ว่าเราจะเป็นพยาบาลถึงตอนนั้นเราก็รู้สึกมืดเหมือนกันนะพี่ จากห้องที่เคยสว่าง รู้สึกมืดขึ้นมาทันที มองไม่เห็นใครเลย ทั้งๆ ที่มันก็เป็นที่เดิม สิ่งที่เคยบอกคนอื่นมาถึงตอนนั้น เหมือนแค่ได้ยิน แต่ไม่เข้าใจ เหมือนมันมืดแปดด้าน ไม่มีทางออก”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่าสถานการณ์ที่แพทย์มาให้ข้อมูลแล้วต้องตัดสินใจว่าเขารู้สึกมืดไปหมด คิดไม่ออก ไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไรจึงจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในตอนนั้นมีทางเลือกในการตัดสินใจอีกไม่ และนึกไม่ออกว่าจะถามข้อมูลอะไรเพิ่มเพื่อมาประกอบการตัดสินใจ ดังคำกล่าว

> *“หมอมาบอกว่าเลือดออกในสมอง ผ่าตัดไม่ได้เสี่ยงมาก ตอนนั้นคิดอะไรไม่ออกจริง ๆ ว่าแล้วยังไงต่อ มันเร็วมาก หมอบอกโอกาสตายสูงให้ตัดสินใจว่าหัวใจหยุดเต้นจะปั๊มมั๊ย ใส่ท่อช่วยหายใจมั๊ย เราก็นิ่งไปเลย รู้สึกมืดไปหมด เหมือนทุกคนอยู่ไกลมาก โทรหาคนโน้นคนนี้ โทรหาหลานที่เป็นพยาบาลด้วย คิดว่าเขาคงช่วยเราได้ ว่าต้องทำไง สิ่งที่หมอถามตอบไม่ได้เลยทันที เราไม่รู้ว่าตัดสินใจอย่างไรจึงจะดีที่สุดในเวลานั้น มีเรื่องอยากถามหมอแต่นึกไม่ออกว่าจะถามอะไร”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

โลกของเวลา

โลกของเวลาเป็นการเล่าถึงความหวังเปรียบเสมือนเวลาแห่งชีวิต ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งที่คาดหวังในเวลาอนาคต โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของเวลา 1 กลุ่มความหมาย คือ หวังแต่ก็เผื่อใจ ดังนี้

หวังแต่ก็เผื่อใจ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตลอดเวลาที่ผู้ป่วยของการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ แม้กระทั่งในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวยังคงมีความหวังเสมอ ความหวังของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย ความหวังเหมือนเป็นพลังของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แม้ความหวังจะน้อยมากก็ขอแค่ให้ได้หวัง แม้จะรู้ว่าปลายทางจะเป็นอย่างไรก็ตาม ดังคำกล่าว

“หมอบอกว่ายาก ถ้าผ่าตัดก็เสี่ยงมาก แต่เรายังมีความหวัง ทุกคนก็ต้องมีความหวังใช่ม่ะ ความหวังน้อย ความหวังมากก็ต้องหวัง...ถ้าแกมาก็ให้แกมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ตอนแรกผมก็หวังว่าแกจะหาย พอรู้ว่าแกเข้าไอซียูก็หวังว่าแกจะฟื้นแล้วพูดได้อยู่กันอีกซักพักเพราะยังไม่ได้คุยกันเลย มันยังมีความหวังริบหรี่ยังไงก็ยังมีความหวัง เปอร์เซ็นต์หนึ่งก็ยังมีความหวัง ก็มีเผื่อใจไว้นิดหนึ่งแต่จริงๆ แล้วรับไม่ได้หรอก คือผมแค่อยากให้พอเวลาพูดแล้วมีตัวเลขขยับซักนิดหนึ่ง ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายให้ข้อมูลว่าการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องยากสำหรับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความผูกพันในครอบครัว และยังรับไม่ได้กับการสูญเสียจึงรู้สึกขอมีความหวัง หวังให้ผู้ป่วยยังอยู่ ถึงแม้จะรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตแล้ว แต่ในขณะเดียวกันก็อยู่ระหว่างทำใจยอมรับกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังคำกล่าว

“ใจหายอ่ะพี่ (ร้องไห้) ไม่นึกว่าแกจะไปเร็ว แกอยู่ได้แค่เจ็ดวัน (ร้องไห้) เรายังทำอะไรให้แกได้ไม่มากอ่ะ ตอนที่ตัดสินใจไม่ทำอะไรเพิ่ม ก็ไม่คิดว่าแกจะไปเร็ว

ก็ยังหวังว่าแกจะยังอยู่ต่อได้อีกหน่อย เราอยากจะดูแลพ่ออย่างดีที่สุด อยากให้พี่สาวได้มาอยู่ด้วยกัน พ่อไม่น่าไปเร็วแบบนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

โลกของสิ่งของ

โลกของสิ่งของ เป็นการเล่าความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อ สิ่งของเทคโนโลยี ที่มีความสัมพันธ์ในขณะอยู่ในประสบการณ์การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายในโลกของสิ่งของ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และ 2) เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย ดังนี้

1. เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย รู้สึกว่าการใช้เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิตเป็นการซื้อเวลาเป็นเพียงยืดเวลาเสียชีวิตออกไปทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น จึงขอยับยั้งการรักษาบางอย่าง เช่น การล้างไต การปั๊มหัวใจ ดังคำกล่าว

“หมอให้การรักษาใช้เครื่องมือทางการแพทย์เต็มที่อยู่แล้ว แต่ถ้าถึงขั้นต้องปั๊มหัวใจเราก็ไม่เอาถ้าแกเสียก็คงเสีย อายุแกมากแล้ว เครื่องมือหรือการปั๊มหัวใจอะไรก็คงช่วยไม่ได้ อาจยืดเวลาแต่แม่ทรมาน เราไม่เอา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“หมอถามว่าจะล้างไตมั๊ย ความรู้สึกเราคือ ถ้าล้างไตต้องแทงเส้น ถ้าจะล้างก็ต้องล้างไปเรื่อยๆ ก็จะยืดพ่อไปเรื่อย ก็จะทรมานยาวไปอีกมันเหมือนยื้อชีวิตออกไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ในฐานะลูกต้องการให้คุณแม่ไปอย่างสบาย ถึงเวลาแล้วที่ต้องพักยาว ยิ่งเห็นท่านอยู่แบบนั้นก็ยิ่ง รู้สึกทรมาน ไปเห็นท่านเวลาหายใจ แล้วเวลาสายมันขยับไปโดนอะไรสักอย่างสำรอกขึ้นมา ท่านเจ็บ เกร็งไปหมด ผมว่าสมควรที่จะปล่อยท่านดีกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2. เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ในระยะท้ายของชีวิตมีผู้ป่วย 2 รายมีอาการเหนื่อย หอบ ไม่สุขสบาย ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจขอรับยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความทรมานโดยให้ผ่านเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานดังกล่าว และไม่ขอรับการรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติม แต่สมาชิกครอบครัวบางคนอาจไม่เข้าใจเนื่องจากการให้ยานอนหลับ หรือยาแก้ปวดจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง ดังคำกล่าว

> *“พอเราตัดสินใจให้ยาแก้ปวดและไม่ทำอย่างอื่นเพิ่ม ความรู้สึกความรู้สึกแรกก็คือดีใจนะที่พ่อไม่ปวดแล้ว ไม่ทรมาน แต่อีกใจหนึ่งก็คิดไปถึงอดีตที่มีพ่ออยู่ใกล้ๆ เคยมีพ่อคอยเรียก แต่ว่าครั้งนี้คือแกไม่แม้แต่จะลืมตาขึ้นมามองเราแล้วแต่อย่างน้อยก็ดีใจที่ไม่ทำให้แกทรมานมากขึ้น”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

> *“ตอนนั้นแม่ก็ว่าให้ยานอนหลับทำไม แต่ว่าถ้าไม่ได้ยานั้นแกหายใจเหนื่อยมาก 50 ครั้ง แกจะทรมานมาก แม่กลัวว่าถ้าพ่อหลับไปจะไม่ได้ยินที่เราพูด เราก็อธิบายว่าพ่อจะยังได้ยินแม่สามารถพูด บอกพ่อได้เลยแต่ถ้าไม่ได้ยาพ่อจะไม่ไหวจะเหนื่อยและจะทรมานแม่ก็เข้าใจ”*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต พบความหมายของประสบการณ์จำนวน 11 กลุ่มความหมาย และสามารถสะท้อนความหมายในโลกทั้ง 5 ใบ ดังนี้

โลกของตัวเอง

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถสะท้อนในหมวดโลกของตัวเองได้ 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) ต้องตั้งสติ 2) ใช้ประสบการณ์ 3) ได้รับความไว้วางใจ และ 4) ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ต้องตั้งสติ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการตั้งสติในขณะอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องยาก ซับซ้อน และท้าทาย เนื่องจากเป็นการตัดสินใจบนสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตายของบุคคลอันเป็นที่รักและผูกพัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะบีบคั้น เกิดความเครียด ความทุกข์ และความวิตกกังวล ในสถานการณ์นี้ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าจะตัดสินใจอย่างไรดี และต้องทำอะไรต่อ ประกอบกับมีเรื่องต้องตัดสินใจหลายเรื่อง รวมถึงต้องดูแลคนในครอบครัวด้วย มีหลายอย่างต้องคิดและตัดสินใจ อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุระหว่าง 25-28 ปี ซึ่งถือว่าอายุน้อยแต่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุพการี เป็นเรื่องยากและกดดัน ซึ่งหากบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้มีประสบการณ์และการเผชิญหน้ากับปัญหามากขึ้นอาจคิดตัดสินใจได้ดีกว่าอายุน้อย ในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการตั้งสติ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งศาสนาพุทธมีหลักคำสอนพื้นฐานอย่างหนึ่งคือ สติ ซึ่งก็คือการระลึกรู้ในปัจจุบัน ดังที่ท่านพุทธทาสกล่าวว่า การทำอะไรก็เอาสติดูใจของตัวเองว่า “รู้” อยู่หรือเปล่าว่ากำลังทำอะไร (พุทธทาสภิกขุ, 2549) ผู้ให้ข้อมูลต้องตั้งสติในทุกขั้นตอนทั้งก่อนและหลังการตัดสินใจ ต้องรวบรวมสติให้มั่น การมีสติทำให้สามารถจัดการความคิดและความรู้สึก ตัดสินใจ และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และยังเป็นหลักธรรมพื้นฐานที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก สามารถนำมาปรับใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ในทุกช่วงของชีวิต

2. ใช้ประสบการณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล 3 ราย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตโดยตรง รวมถึงผู้ให้ข้อมูลที่เป็นทนายความซึ่งมีประสบการณ์จากการได้พบเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเหล่านี้ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะท้าย เช่น ผิวหนังเขียวเป็นจ้ำทั่วตัว และความทุกข์ทรมานจากการรักษา สุดท้ายผู้ป่วยก็เสียชีวิต การต้องเจอกับสถานการณ์เหล่านี้เป็นประจำ ส่งผลให้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจึงได้นำประสบการณ์ดังกล่าวมาช่วยในการยืนยันการตัดสินใจ ทำให้มั่นใจมากขึ้น การตัดสินใจเป็นไปเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของ สารภี, นัยนา, และรวีวรรณ (2556) พบว่าผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตหรือภาวะใกล้ตายมาก่อนจะมีการเตรียมตัวเผชิญกับความตายได้ดีกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์ เนื่องจากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นกระบวนการในภาวะใกล้ตาย นำไปสู่การเตรียมตัวตายเพื่อเผชิญความตายอย่างสงบ การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาจึงเป็นไปเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่มีประสบการณ์

ในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตมาก่อนด้วยภาวะเจ็บป่วยที่คล้ายกัน ได้มีการนำประสบการณ์ดังกล่าวช่วยในการตัดสินใจครั้งนี้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทราบและเข้าใจว่าควรทราบข้อมูลอะไรบ้างเกี่ยวกับผู้ป่วย ต้องพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาและการตัดสินใจกับใคร รวมถึงการตัดสินใจในครั้งก่อนเป็นการตัดสินใจที่ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจรู้สึกดี ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ และไม่เกิดความขัดแย้งตามมา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมั่นใจในการตัดสินใจและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ได้รับความไว้วางใจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 50 เป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นบุคลากรทางทางแพทย์ อาจเนื่องจากมีความเชื่อถือและไว้วางใจในความรู้ความสามารถ (Manasurakarn et al., 2008) นอกจากนี้ยังเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด มีความรัก ความผูกพัน จึงเชื่อมั่นว่าจะตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับหน้าที่ดังกล่าวซึ่งเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งเป็นเรื่องยาก ต้องมีข้อมูลหลายส่วนมาประกอบการตัดสินใจ ต้องคิดถึงทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงต้องทำหน้าที่ในการสื่อสารทั้งกับทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว การตัดสินใจบนความคาดหวังของทุกฝ่ายรวมถึงความคาดหวังของตนเอง ทำให้รู้สึกกดดัน กังวล ไม่มั่นใจว่าจะตัดสินใจได้เหมาะสม แต่ก็พยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด

4. ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม

จากการศึกษาพบว่าในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยังยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดยอมรับกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้ป่วยผ่านการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา ได้รับทราบข้อมูลจากทีมรักษาพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งดำเนินมาสู่ระยะท้ายของชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลจากการที่ได้ดูแลและเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดมา อีกทั้งจากประสบการณ์ในอดีต ผู้ให้ข้อมูลจึงยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นจริง มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอเมื่อถึงเวลา และไม่มีใครหนีพ้น ต่อมาเริ่มทำใจว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากผลกรรมในอดีตหรือหมดบุญที่สร้างมา ปฏิเสธไม่ได้ว่าศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเริ่มตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ และตาย รวมถึงมีผลต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตด้วย (Romain & Sprung, 2014) ในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพุทธศาสนิกชน ซึ่งทางศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งเที่ยงแท้แน่นอน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อมีเกิดต้องมีดับ (นโม เมตตานนโท, 2549) และยังมีความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นจากผลกรรมในอดีตหรือในปัจจุบันของผู้ป่วย การตายคือผู้ป่วยหมดกรรม จากการศึกษาของปวันนุช (2559) เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจไม่รับการรักษาเพิ่มเติมจากการรักษาปัจจุบันโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทางพุทธศาสนาเรื่องความต้องการให้เป็นไปตามกฎแห่งกรรม ร้อยละ 23.1 และ จากการศึกษาของจิรายุ (2548) ในส่วนการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยที่มีส่วนกับความเชื่อทางศาสนา พบว่า ผู้ตัดสินใจแทนปล่อยให้เป็นไปตามเวรกรรม ชีวิตมีกรรมเป็นตัวกำหนด การตัดสินใจในระยะท้ายโดยการยับยั้งหรือยุติการรักษาจึงเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบ

โลกของความสัมพันธ์

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถสะท้อนในหมวดโลกของความสัมพันธ์ได้ 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) แสวงหาที่พึ่งทางใจ 2) นึกถึงใจและกายผู้ป่วย และ 3) ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. แสวงหาที่พึ่งทางใจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลครึ่งหนึ่งมีการแสวงหาที่พึ่งทางใจตลอดระยะเวลาการรักษา จนถึงสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา เช่น การได้ไปบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การทำพิธีทางศาสนาหรือความเชื่อต่างๆ รวมถึงการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจไว้กับตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อหวังเป็นตัวช่วยให้คิดตัดสินใจได้ถูกต้อง เหมาะสม เป็นการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของครอบครัวรวมถึงตัวผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวอยู่ในระดับสูง (วงรัตน์, ประณีต, และพัชรียา, 2545) จิตวิญญาณของบุคคลส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางศาสนา (วัลภา, 2551) ซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทย จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต อาจหมายถึง สิ่งเหนือธรรมชาติ ศาสนา สมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน เป็นต้น จิตวิญญาณเป็นแก่นหลัก ของชีวิต เชื่อมมิติด้านกาย จิต จิตสังคมของบุคคล อีกทั้งยังเป็นความหวัง กำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (ทัศนีย์, 2545) ผู้ให้ข้อมูลจึงได้แสวงหาที่พึ่งทางใจเพื่อหวังให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในภาวะวิกฤตระยะท้ายได้ และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

2. นึกถึงใจและกายผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดให้ข้อมูลว่าขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาสิ่งที่คำนึงถึงเป็นอันดับหนึ่ง คือตัวผู้ป่วย ทั้งด้านกายและใจ โดยในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลจะย้อนคิดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เคยพูดหรือแสดงออกภายใต้ความเชื่อและคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งก็คือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น ไม่อยากทรมาน ไม่ทนกับความเจ็บปวด เป็นต้น หรือสิ่งที่ผู้ป่วยเคยวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือการบอกกล่าวก็ตาม โดยในรายที่ผู้ป่วยไม่ได้วางแผนล่วงหน้าไว้ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้หลักการตัดสินใจว่าหากผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์นั้นและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยจะตัดสินใจอย่างไร ในรายที่ผู้ป่วยได้วางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะท้ายของชีวิตไว้ ผู้ให้ข้อมูลได้ทำตามที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ ถึงแม้ก่อนหน้านี้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ได้ แต่เมื่อการรักษาถึงที่สุดและไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้หรือมีชีวิตต่อไปได้ จึงตัดสินใจทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยบอกไว้ทั้งก่อนการเจ็บป่วยและระหว่างการเจ็บป่วยเป็นครั้งสุดท้าย ทั้งนี้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเรื่องของอาการเจ็บป่วย แผนการรักษา เป้าหมายของการรักษา คุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงความปรารถนาในเรื่องอื่นๆ อย่างชัดเจน (Detering et al., 2010) จะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจโดยผู้ตัดสินใจแทนในระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้ส่งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้มาพูดคุย หารือ ภายในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความปรารถนาและคุณค่าของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าไว้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจได้ง่ายขึ้น สามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ดีขึ้น และทำให้กระบวนการตัดสินใจไม่ล่าช้า นอกจากนี้การตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลยังคำนึงถึงความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ให้ข้อมูลได้ดูแลและรับรู้ถึงความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานไม่สุขสบายของผู้ป่วยทั้งที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงจากเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาพยาบาล สภาพร่างกายที่เขียวเป็นจ้ำม่วง การมีสายระโยงระยาง การแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่ายไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ ระดับความรู้สึกตัวค่อยๆ ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา โดยเมื่อตัดสินใจว่าจะยับยั้งหรือยุติการรักษาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวได้ให้ความสำคัญกับการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน ซึ่งศาสนาพุทธเชื่อว่า การตายดีส่วนหนึ่งคือการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีความเชื่อเรื่องจิตสุดท้ายก่อนตาย ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างความเป็นและความตาย โดยได้มีการให้ญาติพี่น้องมาพร้อมหน้ากัน นำผู้ป่วยสวดมนต์ มีการใช้มือสัมผัส การกระซิบข้างหูบอกให้ผู้ป่วยหมดห่วง นึกถึงสิ่งสวยงาม มีการขออโหสิกรรม รวมถึงบางรายได้มีเวลานิมนต์พระมาสวดมนต์และรับถวายสังฆทานข้างเตียง ดังคำสอนของท่านพุทธทาสที่ว่า จะเป็นคนชั่วคนดีอย่างไร ถ้าอยากตายดีแล้ว ในนาทีสุดท้ายต้องตั้งสติให้ได้และปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่าง ดับความเป็น “ตัวกู-ของกู” ให้หมดสิ้นแล้วจะตายดี (พุทธทาส, 2549) โดยการที่ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตสามารถรวบรวมสติ ระลึกถึงสิ่งที่ดีงาม ปล่อยวางความคิดอกุศล มีจิตใจที่ปลอดโปร่งจดจ่อกับสิ่งที่ดีในเวลาที่จะ

เสียชีวิต ก็จะน้อมนำจิตใจไปสู่ภพภูมิที่ดี ไปเกิดในสถานที่ที่ดีหรือไปในโลกที่มีความสุข ก็จะเป็นการตายดีหรือตายอย่างสงบ (วรพงษ์, 2557; Kongsuwan et al., 2012) นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายได้ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งตามหลักศาสนาพุทธ การได้ตายในสถานที่ที่คุ้นเคย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ตายท่ามกลางคนที่รัก ญาติพี่น้องและลูกหลาน เป็นส่วนหนึ่งของการตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2554) ซึ่งสถานที่เหล่านี้อาจเป็นบ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ แล้วแต่การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน บริบทของสังคมไทยพุทธมักให้ความสำคัญกับบ้านมากกว่าสถานที่อื่น เพราะเป็นสถานที่ที่คุ้นเคย มีความอบอุ่น ความรักและความผูกพันของครอบครัว (วราภรณ์ 2558)

3. ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดใช้การร่วมกันตัดสินใจแม้ตนเองเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตัดสินใจ แต่ข้อสรุปของการตัดสินใจมาจากการพูดคุย ช่วยกันคิดในครอบครัว คนมีประสบการณ์ก็ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วตัดสินใจร่วมกัน โดยครอบครัวทั้งหมดมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรัก ความผูกพันกันทางสายเลือด ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิต หรือในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตจะมีการคิดวางแผนล่วงหน้าร่วมกัน คาดการณ์สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น จึงสามารถเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ การวางแผนการตัดสินใจล่วงหน้าทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจได้เลยเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว และไม่เกิดข้อขัดแย้งตามมา จากการศึกษาที่ว่า หากผู้ตัดสินใจแทนไม่พร้อมในการตัดสินใจ ไม่อยากตัดสินใจเนื่องจากรู้สึกว่าการตัดสินใจของตัวเองเป็นการตัดสินใจที่ผิด ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต บางครั้งอาจไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ อาจทำให้กระบวนการตัดสินใจล่าช้า และเกิดความขัดแย้งตามมาได้ (Vig et al., 2006) การตัดสินใจของครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตมักนำมาซึ่งความเครียดกังวล ลำบากใจ อาจได้รับข้อมูลไม่มากพอ มีการนำรูปแบบการร่วมกันตัดสินใจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคลากรสุขภาพที่ดูแล เข้ามาร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทน (Kon et al., 2016)

โลกของสถานที่

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถสะท้อนในหมวดโลกของสถานที่ได้ 1 กลุ่มความหมาย คือ เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง อภิปรายได้ดังนี้

เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเล่าว่าในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต เป็นสถานการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโดดเดี่ยว เปรียบเสมือนอยู่ในห้องที่กว้างใหญ่ที่มีแต่ความมืด มองไม่เห็นทางออก เหมือนต้องตัดสินใจคนเดียว รู้สึกเคว้งคว้าง ถึงแม้ว่าบริเวณนั้นจะมีผู้คนมากมายหรือเป็นสถานที่เดิมที่คุ้นเคยก็ตาม อาจเนื่องจากเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตายของบุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด ไม่ได้คิดวางแผนไว้ล่วงหน้า ทำให้เกิดความเครียด กดดันและทุกข์ทรมานกับอารมณ์ตนเองในช่วงเวลาที่ทราบว่าต้องตัดสินใจ (White, 2011) มีความกังวล แต่ไม่ทราบว่าจะพูดคุยเรื่องนี้กับใครได้ ไม่กล้าที่จะเริ่มพูดหรือซักถามสิ่งที่ตนเองสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากที่ผู้ให้ข้อมูลอายุยังน้อยอาจมีผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์และทักษะการเผชิญปัญหาน้อยส่งผลให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจยังไม่มีประสิทธิภาพ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ การชี้แนะแนวทาง การช่วยเหลือด้านต่างๆ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถคิดและตัดสินใจในสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตโดยตรงบอกเล่าประสบการณ์ความรู้สึกโดดเดี่ยวในระหว่างการตัดสินใจด้วยเช่นกัน ความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมทั้งที่มีอยู่จริง เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความวุ่นวาย บุคลากรจำนวนมาก เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย และยังมีข้อจำกัดในการเยี่ยมรวมถึงความใกล้ชิดและความรู้สึกลำบากในการเข้าถึงแพทย์และพยาบาล การจะเข้าไปเริ่มต้นพูดคุยกับทีมการรักษาเป็นเรื่องยาก (Lind et al., 2012) นอกจากนี้อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยคิดว่าต้องตัดสินใจคนเดียว คนอื่นไม่พร้อมในการตัดสินใจ และไม่ทราบจะขอความช่วยเหลือจากใคร คิดว่าไม่มีใครเข้าใจ ไม่กล้าที่จะเริ่มพูดเรื่องนี้กับคนอื่น ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยปลูกฝังเรื่องความเกรงใจนั่นก็คือ การกลัวว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นการรบกวนหรือทำให้คนอื่นไม่พอใจ *ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะเด่นของวัฒนธรรมไทยว่า คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น และมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา (ทัศนีย์, 2555)*

โลกของเวลา

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถสะท้อนในหมวดโลกของเวลาได้ 1 กลุ่มความหมาย คือ หวังแต่ก็เผื่อใจ อภิปรายได้ดังนี้

หวังแต่ก็เผื่อใจ

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตลอดเวลาที่ผู้ป่วยของการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ แม้กระทั่งในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวยังคงมีความหวังเสมอ ความหวังของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเปรียบความหวังเหมือนเป็นพลังของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แม้ความหวังจะน้อยมากก็ขอแค่ให้ได้หวัง กริส, เคอร์ติส, วอลล์, และเอนเกลเบริก (Gries, Curtis, Wall, & Engelberg, 2008) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของครอบครัวในการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนต้องการให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่เพราะยังมีความหวัง แม้จะเล็กน้อยแต่ก็หวังว่าผู้ป่วยจะอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสร้างความหวังโดยการมองโลกในแง่ดีและมุ่งมั่นเปลี่ยนแปลงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นความหวังและกำลังใจ ดังคำกล่าวที่ว่า “อยู่ได้ด้วยความหวัง” ความหวังเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีความรู้สึกยังรับไม่ได้กับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นจึงรู้สึกขอมีความหวัง หวังให้ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ถึงแม้จะรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายังดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่ ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีกว่านี้ อยากมีเวลาตอบแทนพระคุณ ซึ่งคำสอนของศาสนาพุทธข้อหนึ่งคือการมีความกตัญญู ซึ่งเป็นมงคลชีวิต ข้อที่ 25 ของมงคลชีวิต 38 ประการ (พระพรหมคุณาภาณ์, 2557) เป็นหลักคำสอนเกี่ยวกับคุณธรรมที่ทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ ที่พระพุทธเจ้าได้ทรงแสดงธรรมไว้ และโดยวัฒนธรรมของสังคมไทยให้คุณค่ากับความกตัญญูว่าเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ผู้ให้ข้อมูลจึงอยากมีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด แต่ในขณะเดียวกันก็อยู่ระหว่างทำใจยอมรับกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น นั่นอาจเป็นเพราะผู้ให้ข้อมูลต้องการเวลาที่เหมาะสมและเพียงพอในการเตรียมพร้อมสำหรับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก (Morita et al., 2004)

โลกของสิ่งของ

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต สามารถสะท้อนในหมวดโลกของสิ่งของได้ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และ 2) เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายตัดสินใจยับยั้งการรักษาบางอย่าง เช่น การปั๊มหัวใจ การล้างไต ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือเทคโนโลยีที่ใช้ในการยื้อชีวิต ในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ให้ข้อมูล

เห็นว่าตลอดช่วงระยะเวลาเจ็บป่วยผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานทั้งจากความเจ็บป่วยและการรักษามามากพอแล้ว เห็นว่าทำไปก็ไม่เกิดประโยชน์ และสุดท้ายผู้ป่วยก็เสียชีวิต การเพิ่มการรักษาเข้าไปอีกอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีในระยะท้ายของชีวิตเป็นเพียงการซื้อเวลา ยืดเวลาเสียชีวิต ยืดเวลาทรมานออกไปเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของปวันนุช (2559) เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนร้อยละ 86.7 ตัดสินใจไม่รักษาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่รับการรักษาในปัจจุบัน โดยให้เหตุผลของการตัดสินใจมากที่สุด คือ ความทุกข์ทรมานจากการรักษา นอกจากนี้ จิรายุ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าเหตุผลหลักที่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยคือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและผลจากการรักษา เหตุผลที่ไม่ต้องการให้กู้ชีวิตคือ ไม่อยากให้ทรมานและคิดว่าไม่เป็นประโยชน์ เป็นเพียงการยืดชีวิตเท่านั้น

2. เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ในระยะท้ายของชีวิตมีผู้ป่วย 2 รายมีอาการเหนื่อย หอบ ไม่สุขสบาย ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจขอรับยานอนหลับและยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลาย เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดทรมาน สิ่งเหล่านี้เป็นเทคโนโลยีชนิดเดียวกับที่ยื้อชีวิต แต่มีวัตถุประสงค์หลักของการใช้เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายระหว่างรอคอยเวลาเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทำใจยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ใกล้จะมาถึง แต่ไม่สามารถหยุดการใช้เทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษาบางอย่างได้ เนื่องจากอาจเป็นการเร่งการเสียชีวิต จากการศึกษาของปวันนุช (2559) เกี่ยวกับการตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายมากที่สุดร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้นและลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (Silveira et al., 2010) และการรักษาที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกเพื่อความสุขสบายคือการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดร้อยละ 100 (ปวันนุช, 2559) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความวิตกกังวล ลดระดับความรู้สึกตัว และบรรเทาอาการที่จะเกิดก่อนเสียชีวิต (Kompanje, van der Hoven, & Bakker, 2008) ในสถานการณ์ดังกล่าวบุคคลในครอบครัวบางส่วนเกิดความไม่เข้าใจเนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว ได้เห็นญาติพี่น้อง ไม่โดดเดี่ยว อยากให้ผู้ป่วยตายโดยที่ยังมีสติ และส่วนหนึ่งเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาพุทธเน้นการตายอย่างมีสติ การตายดี คือการตายท่ามกลางคนรัก มิตรสหาย ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวในที่ที่ไม่คุ้นเคย (พระไพศาล, 2554) จึงอยากให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวและได้เตรียมจิตใจในขณะเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลต้องให้ข้อมูลถึงเหตุผลของการยานอนหลับและยาแก้ปวด ท้ายสุดแล้วมีความเห็นตรงกันคือต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติกเพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ได้รับหน้าที่จากครอบครัวให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน และมีประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา ระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 10 ราย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลครอบครัวละ 1 คน ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเทปและการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และแปลผลข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ตรวจสอบความตรงของข้อมูลทั้งในระหว่างเก็บและหลังเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ จากนั้นตรวจสอบความตรงอีกครั้งกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของแวนมาเนน (van Manen, 1990)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต 11 กลุ่มความหมาย และสะท้อนในหมวดของโลกทั้ง 5 ใบ (van Manen, 2016) ได้แก่

โลกของตัวเองประกอบด้วย 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) ต้องตั้งสติ 2) ใช้ประสบการณ์ 3) ได้รับความไว้วางใจ และ 4) ยอมรับธรรมชาติของชีวิตและกฎแห่งกรรม

โลกของความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 3 กลุ่มความหมายคือ 1) แสวงหาที่พึ่งทางใจ 2) นึกถึงใจและกายผู้ป่วย และ 3) ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ

โลกของสถานที่มี 1 กลุ่มความหมาย คือ เสมือนอยู่ในที่มืดเพียงลำพัง

โลกของเวลาประกอบด้วย 1 กลุ่มความหมาย คือ หวังแต่ก็เผื่อใจ

โลกของสิ่งของประกอบด้วย 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และ 2) เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 5 ราย จากทั้งหมด 10 ราย ซึ่งประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวโดยตรง อาจมีผลกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในครั้งนี้

2. ข้อมูลที่ได้เป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลังจากตัดสินใจ 2 เดือน – 5 ปี ซึ่งระยะเวลาที่นานอาจมีผลกับการจดจำประสบการณ์ในขณะตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ใช่ความรู้สึกจริงในตอนนั้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทของผู้ตัดสินใจแทนเพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนได้ทำหน้าที่อย่างเข้าใจและไม่ลำบากใจ

2. พยาบาลควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัววางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าหากผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยควรเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีสติ รู้ตัว สามารถบอกความต้องการและตัดสินใจด้วยตนเองได้

3. พยาบาลควรสนับสนุนให้มีการประชุมครอบครัว (family meeting) โดยมีบทบาทในการประสานงานระหว่างแพทย์และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทน รวมถึงการเตรียมสมาชิกครอบครัวก่อนพบทีมแพทย์ และการประเมินความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวหลังพบแพทย์ เพื่อช่วยสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพ

ด้านบริหารการพยาบาล

1. จัดอบรมให้ความรู้ในหัวข้อแนวทางการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตบนความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรม

2. จัดอบรมให้ความรู้ในหัวข้อแนวทางการให้ข้อมูลและการดูแลครอบครัวที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิตบนความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรม

3. สร้างคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

ด้านการศึกษาการพยาบาล

ควรมีการบรรจุการเรียนการสอนในหัวข้อเกี่ยวกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต รวมถึงแนวทางการให้ข้อมูลและการดูแลครอบครัวที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต บนความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรม ในระดับปริญญาตรี และให้มีการสะท้อนคิดการเรียนรู้ในประเด็นเหล่านี้ เพื่อให้นักศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ทำหน้าที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ทำการศึกษาเชิงค้นหาความต้องการของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธในขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

2. ทำการศึกษาและสร้างเครื่องมือเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวไทยพุทธในขณะตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

3. สร้างแนวปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลสมาชิกครอบครัวไทยพุทธที่ตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต

4. ทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่ไทยพุทธที่มีประสบการณ์ไม่ดีในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเพื่อให้เห็นประสบการณ์ในอีกมุมมอง

เอกสารอ้างอิง

กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา. *พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26*(2), 15-24.

กวิวัณณ์ วีรกุล. (2555). Autonomy อิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล, กวิวัณณ์ วีรกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษสุวรรณ, และวิเชียร ทองแตง (บรรณาธิการ), *จริยธรรมทางการแพทย์* (หน้า 121-132). กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา.

กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: The end of life care*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จอนผะจง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15*(2), 1-10.

จารุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์, 4*(1), *1-13.*

จิรายุ เนื้อน้อย. (2548). *การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ฉวีวรรณ ธงชัย. (2553). ICU Transitional Care. เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ). *Critical care at difficult time*. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ฉันชาย สิทธิพันธ์. (2548). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดุสิต สถาวร. (2548). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดุสิต สถาวร. (2554). Palliative care in the ICU setting. ใน ยุวเรศมคฐ์ สิทธิชาญบัญชา, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, และศากุน ปวีนวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ National forum of Palliative Care: The Harmony of Education to Service* (หน้า 171-192). กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.

ดุสิต สถาวร. (2556). การบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต. ใน ลักษมี ชาญเวชช์, และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *The dawn of* palliative care in Thailand (หน้า 148-154). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ทัศนีย์ คุณทรงเกียรติ. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี. พริ้นท์ (1991).

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณกับกระบวนการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล, 17*(1), 1-12.

ทัศนีย์ เมฆถาวรวัฒนา. (2555). ความหมายของคำว่าเกรงใจ และลักษณะเด่นของวัฒนธรรมไทย. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 52*(1), 235-263.

นโม เมตตานนโท. (2549). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน เมตตานนโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), ธรรมะ 5 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 15-134). กรุงเทพมหานคร: ชมรมชีวันตารักษ์.

นิการีหม๊ะ นิจินิการี, อรัญญา เชาวลิต, และอุไร หัตถกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(5), 431-439.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). *การบริหารการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3*)*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปวันนุช กลิ่นมาลี. (2559). *การตัดสินใจและผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิต.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พระพรหมคุณาภาณ์. (2557). พุทธธรรมฉบับปรับขยาย มจร. (พิมพ์ครั้งที่ 39). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระไพศาล วิสาโล. (2553). *แกะรอยกรรมสู่รอยธรรม.* สมุทรปราการ: เกียวโตเนชั่น พริ้นติ้ง เซอร์วิส.

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

พวงผกา บวรลักษณ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และโรซซาโน ล็อคซิน. (2555). ความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยพึ่งพาเทคโนโลยีประคับประคองชีวิตในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร. 30*(4), 199-208.

พัชรี ชูทิพย์. (2547). *การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พุทธทาสภิกขุ. (2549). ธรรมะ ๔ เกลอ: *สติ ปัญญา สัมปชัญญะ สมาธิ*. กรุงเทพมหานคร: ตถาตา พับลิเคชั่น.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52*, 31-32.

แพทยสภา. (2558). *คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย*. ค้นจาก http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834&id=4

ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัต, และพัชรียา ไชยลังกา (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32*(4), 33-43.

รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2555). Ethical issue at the end-of-life ประเด็นทางจริยธรรมในวาระสุดท้ายของชีวิต. ใน ชัยรัตน์ ฉายากุล, กวิวัณณ์ วีรกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, วิเชียร ทองแตง (บรรณาธิการ), *จริยธรรมทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา.

วรพงษ์ เวชมาลีนนท์. (2557).*ปทานุกรมความตาย รวมคำและความหมายเพื่อชีวิตที่ดีและตายอย่างสงบ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.

วราภรณ์ คงสุวรรณ, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2555). การตัดสินใจในระยะสุดท้าย: สถานการณ์ตัวอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 32*(2), 59-68.

วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริวรรณ คงทอง. (2556). ภาวะเศร้าโศก. ใน กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), ปรากฏการณ์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล (หน้า 100-120). สงขลา: จอยปริ้นท์.

วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี*. สงขลา. ชานเมืองการพิมพ์.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2551). จิตวิญญาณในมุมมองของตะวันออกและตะวันตก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16*(1), 1-8**.**

วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.

วีณา เที่ยงธรรม. (2547ก). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18*(2), 97-108.

วีณา เที่ยงธรรม. (2547ข). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18*(1), 70-78.

วงรัตน์ ใสสุข, ประณีต ส่งวัฒนา, และพัชรียา ไชยลังกา. (2545). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 22*(3), 44-67.

ศิริพร จิรวัฒน์. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพลส (1989) จำกัด.

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2552). *หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง* กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา.

สารภี รังสีโกศัย, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และ รวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลสงขานครินทร์, 33*(1), 43-55.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัถกิจ, และกิตติกร นิลมานัต. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, (19)*2, 28-41.

สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2556). *ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย*. Proceeding ใน การประชุมหาดใหญ่วิชาการครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย วันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2556 ณ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, 51-59.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2546). แพทย์กับความตาย. ใน ปติพร จันทรทัต ณ อยุทธยา, และสายพิมพ์ ด่านวัฒนะ (บรรณาธิการ), *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี: มาตรา 24 ราง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ* (หนา 100-106). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550*. ค้นจาก http://www.tmc.or.th/psb_doc/psb6.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *ร้อยละประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป จำแนกตามศาสนาและภาค พ.ศ. 2557*. ค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/esyb58/index.html#223/z

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). ปัญหาฟ้องร้องทางการแพทย์และแนวทางแก้ไข. *จุลนิติ, 8*(3), 47-58.

อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(1), 41-55.

อรัญญา เชาวลิต. (2547). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (หน้า 147-162). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., . . . Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 171*, 987-994.

Badger, J. M. (2005). Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *American Journal of Critical care, 14*, 513-521.

Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (2000). End-of-life decisions in adult intensive care: Current research base 158 and directions for the future. *Nursing Outlook, 48*, 158-164.

Bocharov, M. V., & Kahn, J. M. (2012). New obstacles to improving the quality of end-of-life care in ICU. *Critical Care, 16*, 304. doi:10.1186/cc11194

Butts, J. B. (2013). Ethical issues in end-of-life nursing care. In J. B. Butts & K. L. Rich (Eds). *Nursing ethics: across the curriculum and into practice* (3rd ed., pp. 243-286). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Cavalieri, T. A. (2001). Ethical issues at the end of life. *Journal of the American Osteopathic Association* , 101, 616-622.

Chan, T. W., Poon, E., & Hegney, D. G. (2011). What nurses need to know about Buddhist perspectives of end-of-life care and dying. *Progress in Palliative Care, 19*(2), 61-65.

Chang, Y., Huang, C. F., & Lin, C. C. (2010). Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. *Nursing Ethics, 17*, 445-455.

Chiarchiaro, J., Buddadhumaruk, P., Arnold, R. M., & White, D. B. (2015). Prior advance care planning is associated with less decisional conflict among surrogates for critically Ill patients. *Annals of the American Thoracic Society, 12*, 1528-1533.

Chidwick, P., Sibbald, R., & Hawryluck, L. (2013). Best interests at end of life: An updated review of decisions made by the consent and capacity board of ontario. *Journal of Critical Care, 28*(1), 22-27.

Chouliara, Z., Kearney, N., Stott, D., Molassiotis, A., & Miller, M. (2004). Perceptions of older people with cancer of information, decision making and treatment: A systematic review of selected literature. *Annals of Oncology, 15*, 1596-1602.

Cook , D., Rocker , G., Marshall , J., Sjokvist , P., Dodek , P., Griffith , L., . . . Guyatt , G. (2003). Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *New England Journal of Medicine, 349*, 1123-1132.

Cooke, C. R., Hotchkin, D. L., Engelberg, R. A., Rubinson, L., & Curtis, J. R. (2010). Predictors of time to death after terminal withdrawal of mechanical ventilation in the ICU. *Chest, 138*, 289-297.

Curtis, J. R., & White, D. B. (2008). Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest, 134*, 835-843.

Davison, S. N. (2010). End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 5*, 195-204.

Day, A., Haj-Bakri, S., Lubchansky, S., & Mehta, S. (2013). Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care,* 17(3), R91. doi: 10.1186/cc12736

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ,* 340. doi: 10.1136/bmj.c1345

De Vleminck, A., Pardon, K., Beernaert, K., Deschepper, R., Houttekier, D., Van Audenhove, C., . . . Vander Stichele, R. (2014). Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. *Public Library of Science One, 9*, e84905. doi:10.1371/journal.pone.0084905

De Vos, M. A., van der Heide, A., Maurice-Stam, H., Brouwer, O. F., Plötz, F. B., Schouten-van Meeteren, A. Y. N., . . . Bos, A. P. (2011). The process of end-of-life decision-making in pediatrics: A national survey in the Netherlands. *Pediatrics, 127*, e1004-e1012.

Emanuel, L., & Scandrett, K. G. (2010). Decisions at the end of life: Have we come of age?. *BMC Medicine, 8*(57). doi:10.1186/1741-7015-8-57

Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P., & Lemaire, F. (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey. *Lancet, 357*, 9-14.

Gadamer, H.-G. (1975). Hermeneutics and Social Science. *Cultural Hermeneutics, 2*(4), 307-316.

Gries, C. J., Curtis, J. R., Wall, R. J., & Engelberg, R. A. (2008). Family Member Satisfaction with End-of-Life Decision-making in the Intensive Care Unit. *Chest,* 133(3), 704-712.

Hawryluck, L. A. (2011). Palliative Care in the Intensive Care Unit. In L. Emanuel & S. L. Librach (Eds.), *Palliative Care (*2nd ed.*,* pp. 493-512). Saint Louis: W.B. Saunders.

Heidegger, M. (1992). *What Calls for Thinking? In Basic Writings*. San Francisco: HarperCollins.

Hermann, C. P., & Looney, S. W. (2011). Determinants of quality of life in patients near the end of life: A longitudinal perspective. *Oncology Nursing Forum, 38*(1), 23-31.

Hilden, H. M., & Honkasalo, M. L. (2006). Finnish nurses' interpretations of patient autonomy in the context of end-of-life decision making. *Nursing Ethics, 13*(1), 41-51.

Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive and Critical Care Nursing, 23*, 331-341.

Iverson, E., Celious, A., Kennedy, C. R., Shehane, E., Eastman, A., Warren, V., & Freeman, B. D. (2014). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive Critical Care Nursing, 30*(2), 77-85.

Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (7th ed.). New York, England: McGraw-Hill.

Kierner, K. A., Hladschik-Kermer, B., Gartner, V., & Watzke, H. H. (2010). Attitudes of patients with malignancies towards completion of advance directives. *Support Care Cancer, 18*, 367-372.

Knott, A., & Kee, C. C. (2005). Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Applied Nursing Research, 18*, 192-198.

Ko, E., Nelson-Becker, H., Park, Y., & Shin, M. (2013). End-of-Life Decision Making in Older Korean Adults: Concerns, Preferences, and Expectations. *Educational Gerontology, 39*(2), 71-81.

Koch, T. (1996). Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigour and representation. *Journal of Advanced Nursing , 24*, 174-184.

Kompanje, E. J., van der Hoven, B., & Bakker, J. (2008). Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med,* 34(9), 1593-1599.

Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., & White, D. B. (2016). Shared decision making in ICUs: An american college of critical care medicine and american thoracic society policy statement. *Critical Care Medicine, 44*, 188-201.

Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*, 329-336.

Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing Critical Care, 17*, 151-159.

Kongsuwan, W., & Matchim, Y. (2012). End-of-life-decision making: An exemplar story in nursing practice in an ICU. *Songklanagarind Journal of Nursing, 32*(2), 59-68.

Kryworuchko, J., Hill, E., Murray, M. A., Stacey, D., & Fergusson, D. A. (2013). Interventions for shared decision-making about life support in the intensive care unit: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing , 10*(1), 3-16.

Lincoln, Y.S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry.* Newbury Park: Sage.

Lind, R., Lorem, G. F., Nortvedt, P., & Hevroy, O. (2012). Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process – perspectives of relatives. *Nursing Ethics, 19*, 666-676.

Lind, R., Nortvedt, P., Lorem, G., & Hevroy, O. (2013). Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients. *Nursing Ethics, 20*(1), 61-71.

Locsin, R. C., & Kongsuwan, W. (2013). Lived experience of patients being cared for in ICUs in southern Thailand. *Nursing Critical Care, 18*, 200-211.

Luce, J. M. (1997). Withholding and withdrawal of life support from critically ill patients. *Western Journal of Medicine, 167*, 411-416.

Luce, J. M. (2010). End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Critical Care Medicine, 182*(1), 6-11.

Lyngaa, T., Christiansen, C. F., Nielsen, H., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Laut, K. G., & Johnsen, S. P. (2015). Intensive care at the end of life in patients dying due to non-cancer chronic diseases versus cancer: a nationwide study in Denmark. *Critical Care, 19*, 413. http://doi.org/10.1186/s13054-015-1124-1

Manasurakarn, J., Chaowalit, A., Suttharangsee, W., Isaramalai, S., & Geden, E. (2008). Values underlying end-of-life decisions of Thai Buddhist patients and their families. *Songklanagarind Medical Journal, 26*, 549-559.

McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine, 38*, 1078-1085.

McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care, 18*, 200-209.

Meeker, M. A., & Jezewski, M. A. (2009). Metasynthesis: withdrawing life-sustaining treatments: the experience of family decision-makers. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 163-173.

Mehta, R. S., Anderson, W. G., Hunt, S., Chaitin, E. K., & Arnold, R. M. (2011). Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapies. *Palliative Care* (pp. 300-318). Elsevier Inc. DOI: 10.1016/B978-1-4377-1619-1.00022-6

Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology, 17*, 612-620.

Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., . . . Uchitomi, Y. (2004). Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer,* 12(12), 885-889.

Morse, J. M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. Nursing research, 40(2), 120-123.

Murray, M. A., Miller, T., Fiset, V., O'Connor, A., & Jacobsen, M. J. (2004). Decision support: helping patients and families to find a balance at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing, 10*, 270-277.

New South Wales Government. (2005). *Guidelines for end-of-life care and decision-making.* Retrivedd from http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf

Norton, S. A., Tilden, V. P., Tolle, S. W., Nelson, C. A., & Eggman, S. T. (2003). Life support withdrawal: communication and conflict. *American Journal of Critical Care, 12*, 548-555.

Oczkowski, S. J., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. E. (2015). The offering of family presence during resuscitation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care, 3*(1), 3-41.

Osborn, T. R., Curtis, J. R., Nielsen, E. L., Back, A. L., Shannon, S. E., & Engelberg, R. A. (2012). Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: Decision-making, control, and ICU atmosphere. *Chest, 142*, 1185-1192.

Papadimos, T. J., Maldonado, Y., Tripathi, R. S., Kothari, D. S., & Rosenberg, A. L. (2011). An overview of end–of–life issues in the intensive care unit. *International Journal of Critical Illness and Injury Science, 1*, 138-146.

Pattison, N. (2004). Integration of critical care and palliative care at end of life. *British Journal of Nursing, 13*, 132-136.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*: Thousand Oaks: SAGE.

Plager, K. A. (1994). Hermeneutic phenomenology: A methodology for family health and health promotion study in nursing. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health.* (pp. 65-83). Thousand Oaks: SAGE.

Prendergast, T. J., Claessens, M. T., & Luce, J. M. (1998). A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 158*, 1163-1167.

Prendergast, T. J., & Luce, J. M. (1997). Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 155*(1), 15-20.

Quinn, J. R., Schmitt, M., Baggs, J. G., Norton, S. A., Dombeck, M. T., & Sellers, C. R. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care, 21*(1), 43-51.

Raffin, T. A. (1995). Withdrawing life support: How is the decision made?. The *Journal of the American Medical Association*, *273*, 738-739. Rich, K. L. (2013). Introduction to bioethics and ethical decision making. In J. B. Butts & K. L. Rich (Eds). *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice* (3rd ed., pp. 31-68). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Rich, K. L. (2013) Introduction to bioethics and ethical decision making. In J. B. Butts, & K. L. Rich (Eds.), Nursing ethics: Across the curriculum and into practice (3rd, pp. 31-68). Berlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Romain, M., & Sprung, C. L. (2014). End-of-life practices in the intensive care unit: The Importance of geography, religion, religious affiliation, and culture. *Rambam Maimonides Medical Journal, 5*, e0003. doi:10.5041/RMMJ.10137

Rosser M, Walsh HC. (2014). *Fundamentals of palliative care for student nurses*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Schickedanz, A. D., Schillinger, D., Landefeld, C. S., Knight, S. J., Williams, B. A., & Sudore, R. L. (2009). A clinical framework for improving the advance care planning process: Start with patients' self-identified barriers. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(1), 31-39.

Schüklenk, U., Van Delden, J. J. M., Downie, J., McLean, S. A. M., Upshur, R., & Weinstock, D. (2011). End-of-life decision-making in Canada: The report by the royal society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics, 25*(1), 1-4.

Siegel, M. D. (2009). End-of-Life Decision Making in the ICU. *Clinics in Chest Medicine, 30*, 181-194.

Silveira , M. J., Kim , S. Y. H., & Langa , K. M. (2010). Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. *New England Journal of Medicine, 362*, 1211-1218.

Sittisombut, S., & Inthong, S. (2009). Surrogate decision-maker for end-of-life care in terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. International Journal of Nursing Practice *, 15*, 119-125.

Starks, H., Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2011). Advance Care Planning. In L. Emanuel & S. L. Librach (Eds.), *Palliative Care* (2 Ed., pp. 270-283). Saint Louis: W.B. Saunders.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3rd ed.). Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.

Thelen, M. (2005). End-of-Life Decision Making in Intensive Care. *Critical Care Nurse, 25*(6), 28-37.

Tilden, V. P., Tolle, S. W., Nelson, C. A., & Fields, J. (2001). Family decision-making to withdraw life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nursing Research , 50*, 105-115.

Torke, A. M., Alexander, G. C., & Lantos, J. (2008). Substituted Judgment: The Limitations of Autonomy in Surrogate Decision Making. *Journal of General Internal Medicine, 23*, 1514-1517.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* New York: State University of New York Press.

van Manen, M. (2016). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing* (2nd). New York: Taylor & Francis.

van Manen, M., Higgins, I., & van der Riet, P. (2016). A conversation with Max van Manen on phenomenology in its original sense. *Nurs Health Sci,* 18(1), 4-7.

Vig, E. K., Taylor, J. S., Starks, H., Hopley, E. K., & Fryer-Edwards, K. (2006). Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1688-1693.

Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: A systematic review. *Critical Care, 18*, 604.

Wall, R. J., Curtis, J. R., Cooke, C. R., & Engelberg, R. A. (2007). Family satisfaction in the ICU: Differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest, 132*, 1425-1433.

Wendler, D., & Rid, A. (2011). Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine , 154*, 336-346.

White, D. B. (2011). Rethinking Interventions to Improve Surrogate Decision Making in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care, 20*, 252-257.

White, D. B., Curtis, J. R., Lo, B., & Luce, J. M. (2006). Decisions to limit life-sustaining treatment for critically ill patients who lack both decision-making capacity and surrogate decision-makers. *Critical Care Medicine, 34*, 2053-2059.

Wiegand, D. L. (2006). Withdrawal of life-sustaining therapy after sudden, unexpected life-threatening illness or injury: interactions between patients' families, healthcare providers, and the healthcare system. *American Journal of Critical Care, 15*, 178-187.

Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of Holistic Nursing, 25*, 172-180.

Wood, G. G., & Martin, E. (1995). Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit. *Canadian Journal of Anaesthesia, 42*, 186-191.

Zerwekh, J. V. (2006). Ethical issues at the end of life. In J. V. Zerwekh (Eds). *Nursing Care at the End of Life : Palliative Care for Patients and Families* (pp. 197-211). Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แนวคำถามสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่ง ของการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า/หม้าย
4. ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
   ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
   ( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. สิทธิการรักษาพยาบาล ( ) 1. เบิกได้ ( ) 4. เงินสด
   ( ) 2. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) 5. อื่นๆ.....
   ( ) 3. ประกันสังคม
6. การวินิจฉัยโรค .....
7. การแสดงแจตจำนงของเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า (advance directive)
   ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี ได้แก่.....
   .....
8. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล .....วัน
9. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต .....วัน
10. จำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตโดย ( ) 1. ย้ายหอผู้ป่วย
    ( ) 2. ญาติพากลับบ้าน
    ( ) 3. เสียชีวิต วันที่.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า/หม้าย

4. ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 4. ธุรกิจส่วนตัว
( ) 2. นักเรียน/นักศึกษา ( ) 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
( ) 3. รับจ้าง ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้.....บาท

7. ความเพียงพอของรายได้ ( ) 1. เพียงพอ ( ) 2. ไม่เพียงพอ

8. แหล่งรายได้ของครอบครัว ( ) 1. บิดาหรือมารดา
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 2. สามีหรือภรรยา
( ) 3. ตนเอง
( ) 4. อื่น (ระบุ).....

9. บทบาทของท่านในครอบครัว ( ) 1. หัวหน้าครอบครัว ( ) 2. สมาชิกในครอบครัว

10. ลักษณะครอบครัว ( ) 1. ครอบครัวเดี่ยว ( ) 2. ครอบครัวขยาย

11. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย ( ) 1. บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย
( ) 2. สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย
( ) 3. บุตรของผู้ป่วย
( ) 4. พี่หรือน้องของผู้ป่วย
( ) 5. หลานของผู้ป่วย
( ) 6. อื่น (ระบุ).....

12. ท่านมีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตหรือไม่

( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี การตัดสินใจในระยะท้ายของใคร (ระบุ).....

13. ในการตัดสินใจครั้งนี้ท่านได้ตัดสินใจด้วยตนเองหรือได้ปรึกษาใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. ตนเอง

( ) 2. ปรึกษากับทีมสุขภาพ

( ) 3. ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว (ระบุ).....

( ) 4. ปรึกษาบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อนร่วมงาน (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษา

คำชี้แจง กรุณานึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่ท่านได้ตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษา และเล่าเหตุการณ์นั้นอย่างละเอียด

คำถามวิจัย

ความหมายของประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

คำถามหลัก

ประสบการณ์ในการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. กรุณาเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในไอซียู
2. กรุณาเล่าประสบการณ์ในการตัดสินใจในระหว่างผู้ป่วยอยู่ในไอซียู
3. คุณรู้สึกอย่างไรขณะต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาในระหว่างผู้ป่วยอยู่ในไอซียู
4. คุณคิดว่ามันเปรียบเหมือนกับอะไรในขณะที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษา
5. การตัดสินใจครั้งนั้นมีความหมายกับคุณอย่างไร
6. การตัดสินใจครั้งนั้นมีผลกับคุณอย่างไร
7. เมื่อตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาคุณพบปัญหาอะไรบ้าง อย่างไร
8. คุณรู้สึกว่าในการตัดสินใจครั้งนั้นอะไรทำให้คุณตัดสินใจเช่นนั้น ยังมีอะไรที่อยากทำเพิ่มเติมหรือไม่

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ ที่ศึกษาจะมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การยกตัวอย่างประกอบ เพื่อขยายความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอย่างละเอียด

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....
รหัส.....
วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....
สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

.....

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจ ความพร้อม ของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสีหน้า ท่าทาง)

.....

.....

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจเพื่อยับยั้งหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธที่ต้องตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้พยาบาลในการสนับสนุนการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลแบบองค์รวมภายใต้ความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้ข้อมูล ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 2-3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และมีความจำเป็นต้องบันทึกเสียงไว้ด้วยทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ท่านสามารถเลือกเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีข้อคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกที่จะตอบ ท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถบอกยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ภายหลังการสัมภาษณ์ดิฉันจะถอดเทปที่บันทึกเสียง และเขียนเป็นบทเป็นบทสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในบทสัมภาษณ์ บันทึกต่างๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้เป็นรหัสหมายเลข ไม่มีการใช้ชื่อจริงของท่าน เทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์นี้ดิฉันจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี สำหรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้คือการกระทบกระเทือนจิตใจ หากขณะให้ข้อมูลหากท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือหมายเลขโทรศัพท์ 093-2466445 โอกาสนี้ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีอายุมากกว่า 18 ปี เข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1
รหัส 004
วันที่สัมภาษณ์ 25 สิงหาคม เวลา 16.30 – 17.15 น.
สถานที่ ห้องทำงานส่วนตัว

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

สัมภาษณ์ในห้องทำงาน เป็นส่วนตัว บรรยากาศช่วงแรกผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างเกร็ง หลังจากพูดคุยไปประมาณ 5 นาทีดูผ่อนคลายขึ้น

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจ ความพร้อม ของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสีหน้า ท่าทาง)

ระหว่างสัมภาษณ์ มีการหยุดร้องไห้ช่วงสั้นๆ ได้หยุดการสัมภาษณ์และปลอบใจ ผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลอีกครั้งเมื่อพร้อม

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

ไม่มี

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

ครั้งต่อไปเจาะลึกเรื่องความรู้สึกเคว้งคว้าง

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างการสัมภาษณ์และการจัดกลุ่มคำสำคัญ

คำสัมภาษณ์	คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม	การตีความ	โลก 5 ใบ
“ผมไม่เคยสูญเสียสิ่งที่รักในชีวิต ครั้งนี้ครั้งแรก แต่ทำไมผมถึงตัดสินใจแบบนี้ ผมจะไม่ยึดติดกับสิ่งที่กำลังจากไปและจะไม่เศร้าโศกมันถึงวาระหนึ่งทุกคนต้องไปหมด ผมอ่านหนังสือธรรมะ ศึกษาพวกธรรมชาติ ศึกษาธรรมชาติของชีวิต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)	ไม่ยึดติดกับสิ่งที่กำลังจากไป วาระหนึ่งทุกคนต้องไปหมด ธรรมชาติของชีวิต	ยอมรับธรรมชาติของชีวิต และกฎแห่งกรรม	ผู้ให้ข้อมูลมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเจอเมื่อถึงเวลา และไม่มีใครหนีพ้น เมื่อผู้ป่วยผ่านการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่ตอบสนองกับการรักษา ครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำทุกอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกหมดหนทาง ต่อมาเริ่มทำใจว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นเกิดจากผลกรรมในอดีตหรือหมดบุญที่สร้างมา การตัดสินใจยับยั้งหรือยุติการรักษาเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต	โลกของตัวเอง
“ตลอดการรักษาเราก็ทำเต็มที่ พอถึงที่สุดแล้วคงต้องแล้วแต่บุญแต่กรรมที่ทำมาทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย อยู่ที่ตายช้าตายเร็ว ทำใจไว้บ้างแต่ไม่เกิดกับตัวเองไม่รู้หรอก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)	แล้วแต่บุญแต่กรรมที่ทำมา ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย ทำใจไว้บ้าง			

คำสัมภาษณ์	คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม	การตีความ	โลก 5 ใบ
“พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตลอดอ่ะค่ะ คือ บนบานศาล กล่าวอะไรอย่างนี้ เพราะว่านับถือ หลวงปู่จีด มาตั้งแต่เด็กๆ แล้วเวลาจะทำอะไรก็ขอพร จากแกได้ประสบผลสำเร็จ ตามที่ขอทุกอย่าง ก็เลยเอาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เข้ามาช่วยแต่ปรากฏว่า โรคมันไม่ได้อ่ะค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)	พึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เอาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เข้ามาช่วย	แสวงหาที่พึ่งทางใจ	ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นความตาย ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียดและทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่มีทางออก จึงนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การบนบานศาลกล่าว รวมถึงกิจกรรมทางศาสนา เป็นสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติเพื่อหวังเป็นตัวช่วยให้คิดตัดสินใจได้ถูกต้อง เหมาะสม ถือเป็นที่พึ่งทางใจ	โลกของความสัมพันธ์
“ตอนนั้นก็ทำทุกอย่าง อะไรที่คิดว่าจะช่วยแม่ได้ ทำบุญตักบาตร ถวายสังฆทาน ขอพร พระ สิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ ...ก็คิดว่าส่วนหนึ่งก็ช่วยทางจิตใจได้บ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)	ทำทุกอย่าง อะไรที่คิดว่าจะช่วยแม่ได้ ช่วยทางจิตใจได้บ้าง			
“ตอนไปไหว้พระก็ขอเหมือนกันนะ ขอให้ตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้องในสิ่งที่พ่อต้องการ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)	ไปไหว้พระ ขอให้ตัดสินใจในสิ่งที่ถูกต้องในสิ่งที่พ่อต้องการ			

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม	กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณสุพัตรา อุปนิสากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวปิยะนัยต์ วัฒนประสาน

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5810420026

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2543

ทุนการศึกษา

1. ทุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรคณะแพทย์ ที่ไม่ใช่อาจารย์ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ทุนอุดหนุนการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปีการศึกษา 2560 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา (พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน)