



การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

Decisions of Patients and Surrogates on Treatments at the End of Life

จिरายู เนื่อน้อย

Jirayu Neunoi

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

Master of Nursing Science in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2548

ISBN 974-11-4468-7

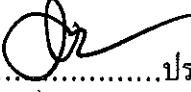
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

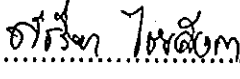
๑

เลขที่	RT87.T45	๑๖๔	๒๕๔๘	๒๒
BibKey	๒๔๒๕๖๒			
	๒๒	๑๒๒	๑๒๒	


ชื่อวิทยานิพนธ์ การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะ
สุดท้ายของชีวิต
ชื่อผู้เขียน นางสาวจิรายุ เนื่อน้อย
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

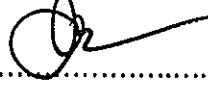
คณะกรรมการที่ปรึกษา

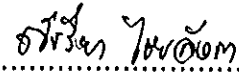

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิชรียา ไชยลังกา)

คณะกรรมการสอบ

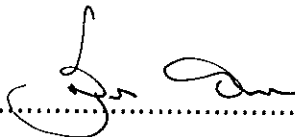

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรัมย์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิชรียา ไชยลังกา)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพล อารีย์กุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะ สุดท้ายของชีวิต
ผู้เขียน	นางสาวจิรายุ เนื่อน้อย
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2548

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงเปรียบเทียบความสอดคล้องในการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน และศึกษาถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้นโรค โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ) จำนวน 280 คน และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจำนวน 280 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ 7 โรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ (2) แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจและเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจตามสถานการณ์ที่กำหนด 4 สถานการณ์ โดยสถานการณ์ที่ 1 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการช่วยชีวิต สถานการณ์ที่ 2 เป็นสถานการณ์เกี่ยวกับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ สถานการณ์ที่ 3 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และสถานการณ์ที่ 4 เป็นสถานการณ์เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ผลการวิจัย ดังนี้

การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34.64 – 63.21 ตัดสินใจยุติการรักษาในสถานการณ์ที่ 1, 2 และ 3 มีเพียงร้อยละ 12.86 ที่ตัดสินใจยุติการรักษาในสถานการณ์ที่ 4 ในขณะที่ร้อยละ 66.07 ตัดสินใจส่งไปรักษาต่อ ส่วนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน พบว่า ผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 35.36 – 40.36 ตัดสินใจยุติการรักษาในสถานการณ์ที่ 1 (กรณี 1.3) และกรณี 2 ร้อยละ 37.14 – 76.79 ตัดสินใจรักษาต่อโดยการยืดชีวิต และส่งไปรักษาต่อในสถานการณ์ที่ 1 (กรณี 1.1 – 1.2) 3 และ 4

สำหรับความสอดคล้องของการตัดสินใจ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจสอดคล้องกันมากที่สุด ถึงร้อยละ 92.50 ในสถานการณ์ที่ 4 รองลงมาคือสถานการณ์ที่ 1 (กรณี 1.3) และสถานการณ์ที่ 2 ร้อยละ 72.22 และ 60.42 ตามลำดับ

เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ พบว่าผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากเหตุผลหลัก ๆ คือ (1) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (2) ผลกระทบต่อครอบครัวและเศรษฐกิจ (3) ความเชื่อทางศาสนา ส่วนเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจรับการรักษาต่อ คือ (1) การมีโอกาสรอดหากทำการรักษา และ (2) เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการ ตามคุณค่าและ ความเชื่อของผู้ป่วยมากที่สุด

Thesis Title Decisions of Patients and Surrogates on Treatments at the End of Life
Author Miss Jirayu Neuonoi
Major Program Adult Nursing
Academic Year 2005

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study decisions of patients and surrogates on treatments at the end of life, to compare decisions between patients and their surrogates and identify reasons for decision making. The sample comprised 280 patients with at least six months of chronic illnesses (except tuberculosis, AIDS, and cancer) and 280 surrogates of the patients. Subjects were purposively selected from seven regional and general hospitals in the south of Thailand. Data were collected by individual interview using questionnaires including (1) the Demographic Data Form, and (2) the Decision-Making Questionnaire with four scenarios (scenario 1 was related to CPR, scenario 2 was related to continued mechanical ventilator, scenario 3 was related to using mechanical ventilator, and scenario 4 was related to referring patient to another hospital). Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that 34.64 – 63.21% of patients decided to forgo treatment in scenarios 1, 2, and 3. Only 12.86% decided to forgo treatment in scenario 3, while 66.07% decided to refer the patient to another hospital. For surrogate decision making, it was found that 35.36 – 40.36% of surrogates decided to forgo treatment in scenario 1 (1.3) and scenario 2 and 37.14 – 76.79% decided to continue treatment and refer to another hospital in scenarios 1 (1.1 – 1.2), 3, and 4.

For congruency between patients' and surrogates' decisions, it was found that 92.50% of patients and surrogates agreed on the decision to refer patients to another hospital in scenario 4, the second and third congruent decisions were on scenario 1(1.3) and scenario 2, 72.22% and 60.42% respectively.

For reasons of decisions, it was found that patients and surrogates decided to forgo treatment because of (1) chronic illness, (2) impact on family and economics, and (3)

religious belief. The reasons for decisions to continue treatment were (1) the possibility to survive following treatment, and (2) to continue living.

The results of this study will be used by health team to develop guideline for end of life care, especially regarding decision-making in patient care and treatment based on patients' needs, values, and beliefs.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ โดยได้รับความกรุณาและได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรียา ไชยลังกา ที่ได้คอยแนะนำเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมาจนวิทยานิพนธ์สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยจึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งที่ผู้วิจัยได้เข้าทำการเก็บข้อมูลที่ได้ให้ความกรุณาและได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้วิจัยในด้านต่าง ๆ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมงานวิจัย และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อันเป็นส่วนสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อสมนึก เนื่อน้อย คุณแม่พิมพ์ใจ เนื่อน้อย ที่ให้ชีวิตและเป็นแรงใจที่ดีเสมอมา ทั้งยังคอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักและให้กำลังใจในทุก ๆ ด้าน ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้

ขอขอบคุณพี่สาวและน้องสาว คุณนุสริดา พรหมชัย คุณชมพูนุช เนื่อน้อย ขอขอบคุณ ร.ศ.อ. วรากร อ่อนแก้ว คุณทักษิณา สระโพธิทอง และคุณอารยา ชินวรโกมล ที่ได้คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ปลอบใจและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยในการทำวิจัยในครั้งนี้ แม้ว่าผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามมาทั้งหมด

ส่วนที่เป็นประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

และขออุทิศความดีที่มีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้แก่คุณย่าบุญ เนื่อน้อย ผู้ที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจในการยืดชีวิต และคุณตาประวิทย์ หล่อไพบุลย์ ผู้ที่เคยได้รับการช่วยชีวิตโดยการกู้ชีพ และได้จากโลกนี้ไปแล้ว

จิรายุ เนื่อน้อย

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย.....	7
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต.....	8
การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย.....	9
การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วย.....	16
การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต.....	26
สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล.....	28
ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการรักษาพยาบาล.....	32
เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต.....	38
ปัญหาจากการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต.....	50
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 . ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	65
ผลการวิจัย.....	66
การอภิปรายผล.....	105
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	127
สรุปผลการวิจัย.....	127
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	132
ข้อเสนอแนะ.....	133
บรรณานุกรม.....	134
ภาคผนวก.....	144
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	145
ข แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้ถูกวิจัย.....	146
ค แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย.....	147
ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	157
ประวัติผู้เขียน.....	187

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	67
2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	72
3 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความ สอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.....	75
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.....	75
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการ ตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.....	76
6 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความ สอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2.....	78
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2.....	78
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการ ตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2.....	79
9 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความ สอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3.....	81
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3.....	81
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการ ตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3.....	82
12 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความ สอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 2.....	84
13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2.....	84

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2.....	85
15 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 3.....	87
16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3.....	87
17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3.....	88
18 จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 4.....	90
19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4.....	90
20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4.....	91
21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจของแต่ละสถานการณ์ ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต.....	158
22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจของแต่ละสถานการณ์ ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต.....	172

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	ประเภทของเมตตามรณะ.....	24
2	แสดงสถานการณ์ในการตัดสินใจในการรักษาในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว.....	53
3	แสดงสถานการณ์ในการตัดสินใจในการรักษาในกรณีผู้ป่วยรู้สีกตัว... ..	54
4	การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	58
5	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.....	93
6	สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.....	94
7	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2.....	95
8	สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2.....	96
9	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3.....	97
10	สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3.....	98
11	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2.....	99
12	สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2.....	100
13	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3.....	101
14	สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3.....	102
15	สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4.....	103

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ	หน้า
16 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4.....	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และจากภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยภาวะวิกฤตมากขึ้นตามมา เช่นกันด้วย ปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ได้มีความเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว มีเครื่องมือและกระบวนการชีวิตผู้ป่วย (life sustaining procedure) อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษา การใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่หยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้นไปแล้วกลับฟื้นมาอีกโดยวิธีการ ผายปอด นวดหัวใจ รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ (เกสรา, 2540; ระนอง, 2541) และจากพัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้าไป ทำให้ขั้นตอนการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ก่อให้เกิดผลดีและผลเสียในเวลาเดียวกัน (แสวง, 2540) ผลจากการรักษาดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นเป็นปกติและกลับมาใช้ชีวิตได้อีก แต่มีผู้ป่วยอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ที่มนุษย์พึงมีได้ ทำให้เกิดปัญหาหลายประการตามมา (เกสรา, 2540; ระนอง, 2541) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการใช้เทคโนโลยีจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่อาจเป็นการทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นเช่นกัน (กาญจนา, อรัญญา และวันดี, 2545; สิวลี, 2537)

การรักษาพยาบาลในช่วงเวลาวิกฤตดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตัดสินใจอย่างเร่งด่วนด้วย ในปัจจุบันพบว่าผู้ตัดสินใจแทนมักจะทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล อาจเนื่องจากภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งถือเป็นข้ออ้างที่ใช้ในการตัดสินใจแทน ทั้งที่หากมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้ และจากการรักษาพยาบาลในปัจจุบันพบว่าจากภาวะโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันต่างๆ มีการรักษาโดยการกู้ชีพ การใช้เครื่องช่วยหายใจและการเจาะคอเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นผลจากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และจากการรักษาดังกล่าวบางครั้งผลที่ได้รับทำให้เกิดข้อขัดแย้งขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว หรือมีความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจว่าควรทำการรักษาหรือยุติการรักษาหรือไม่ โดยไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยว่ามีความต้องการอย่างไร โดยอาจมองว่าเป็นการสมควรหรือไม่ที่จะใช้

เทคโนโลยีทางการแพทย์พยายามชะลอความตายไว้ (สิวลี, 2544) ซึ่งผลการรักษาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไร้ค่าในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จนบางครั้งมีความต้องการที่จะให้แพทย์ปลิดชีวิตของตนเองเสีย หรือในบางกรณีแพทย์และผู้ตัดสินใจแทนของผู้ป่วยมีความเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้สมควรที่จะยุติการรักษา เพราะเป็นการรักษาที่สูญเปล่า เป็นการรักษาในลักษณะค่าน้ำพริกละลายแม่น้ำ เป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่เห็นผลที่จะทำให้ผู้ป่วยหาย กลับคืนสู่ภาวะปกติและดำรงชีวิตอย่างบุคคลในสังคมได้ (วิสูตร, จันทรพิมพ์ และ อัจฉรา, 2544) จนบางครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานั้นตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า ฟื้นก็ไม่ได้อายก็ไม่ลง กล่าวคือผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อจะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจจะไม่มีความรู้สึกตัวหรือมีเพียงเล็กน้อย ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับมาเป็นคนปกติได้ กระบวนการช่วยชีวิตดังกล่าวมีผู้เห็นว่าเป็นการทำให้มีความเป็นมนุษย์ลดลง ดังนั้นจึงมีการเรียกร้องว่าผู้ป่วยหรือคนปกติทั่วไปควรมีสติที่จะตาย โดยปฏิเสธการรักษาดังกล่าวได้ เพื่อให้กระบวนการตายมีสภาพความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (rehumanization of the dying process) โดยการเคารพความเป็นอิสระ (respect for autonomy) ในการทำตามความปรารถนาของตนเอง และเป็นตัวของตัวเอง สิทธิที่จะตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนด้วย (ทัศนีย์, 2543; วิฑูรย์, 2539; Tschudin, 1992; Fry, 1994 อ้างตาม กาญจนา, 2543) ในเรื่องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลดังกล่าว หากมีการศึกษาอย่างจริงจังหรือมีการออกกฎหมายรองรับอย่างชัดเจนน่าจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำตามเจตนารมณ์สมตามความปรารถนาของตนเองได้

ปัญหาในเรื่องการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตไม่สามารถตัดสินใจเองได้ โดยผู้ตัดสินใจแทนจะทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้น ผลการตัดสินใจแทนอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและเกิดข้อขัดแย้งต่างๆ ตามมา ต่างจากในต่างประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายมีสิทธิร้องขอให้แพทย์ทำให้ตนตายโดยสงบ และแพทย์ที่ทำเช่นนั้นไม่มีความผิด เช่นในประเทศเนเธอร์แลนด์ประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และประเทศเบลเยียมเริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2545 โดยมีพินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งเป็นเอกสารที่จะแสดงถึงความปรารถนา เจตนาของผู้ป่วยหรือผู้ที่ผู้ป่วยอนุญาตให้ตัดสินใจแทน แจ้งญาติและแพทย์ได้ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงเวลาที่อาการของผู้ป่วยทรุดหนักลงจนถึงจุดที่ไม่มีหวังที่จะฟื้น จะใช้การตัดสินใจตามพินัยกรรมชีวิตซึ่งได้เขียนเจตนาไว้อย่างชัดเจนแล้ว เช่นในรัฐนิวยอร์ก กล่าวถึงมาตรการเกี่ยวกับสิทธิการตายของผู้ป่วยไว้ว่าเป็นการเขียนพินัยกรรมไว้ก่อนป่วยหรือมอบฉันทะในการตัดสินใจให้กับญาติเพื่อเรียกร้องสิทธิการตายไว้ล่วงหน้า (advance directive) ถ้าผู้ป่วยทุพพลภาพหรือไม่สามารถเรียกร้องสิทธิการตายได้ (วรวิภา, 2538; วิฑูรย์, 2529, 2531) ซึ่งในประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีคำประกาศสิทธิ

ผู้ป่วย 10 ประการของแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และ คณะกรรมการประกอบโรคศิลป์ที่ประกาศไว้ตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2541 แล้วก็ตามแต่พบว่ายังครอบคลุมไม่ทั่วถึงสิทธิที่จะตายตามธรรมชาติและโดยธรรมชาติ และสิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองของผู้ป่วย ทั้งที่รัฐธรรมนูญปัจจุบันได้เน้นสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชนทุกคน ไม่เว้นแม้แต่ผู้ป่วยและใช้บังคับมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2541แล้ว (สันต์, 2545จ)

ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีโอกาสเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในระบอบสุดท้ายของชีวิต และการตัดสินใจในกรณีเช่นนี้ต้องอาศัยการให้เหตุผลทางจริยธรรม (moral reasoning) และหลักจริยศาสตร์ซึ่งเป็นเนื้อหาความรู้ทางปรัชญาที่เป็นพื้นฐาน หรือ แนวความคิดเบื้องต้นที่นำไปสู่จริยธรรมเพื่อการปฏิบัติต่อไป (ทองจันทร์, 2533) สำหรับ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคชรา อาจเคยได้ประสบกับคำพูดที่ว่า “ขอขยายไปตายที่บ้านเถอะ” จากคำขอร้องดังกล่าวนั้นเองสามารถทำให้เกิดความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมขึ้นได้ และหากคำขอของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองจากลูกหลาน ผู้ดูแล หรือบางครั้งแพทย์/พยาบาล ไม่ได้สนใจในคำบอกกล่าวคำร้องขอของผู้ป่วยเลย เหตุการณ์เช่นนี้ยังคงเกิดขึ้นบ่อย น้อยครั้งมากที่ คำร้องขอของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเหล่านี้ก่อนเสียชีวิตถูกลูก-หลาน ยื้อไว้ รวมทั้งแพทย์/พยาบาลช่วยกันทำการรักษาโดยการใส่สายยางและท่อต่างๆ ระโยกระยาง แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องเสียชีวิต ซึ่งเครื่องมือเหล่านั้นไม่สามารถช่วยอะไรได้เลย (ราตรี, 2546) หากแพทย์และพยาบาลเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วย ก็จะช่วยให้การดูแลโดยตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง เพราะในการรักษาพยาบาลนอกจากจะใช้วิธีการทางด้านวิทยาศาสตร์แล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงควบคู่ไปด้วยคือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่พึงจะได้รับการปฏิบัติ อย่างเหมาะสม หากถือปฏิบัติเช่นนั้นได้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็จะเป็นไปได้ด้วยดี (แสวง, 2540) และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดขณะเข้ารับการรักษาพยาบาล จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ มีคุณภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์, 2543; สมจิต, 2536; สุภาพร, 2537) อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหานี้ ถึงแม้จะไม่ใช่ว่าบุคคลที่ต้อง เป็นผู้ตัดสินใจโดยตรง แต่บางครั้งอาจต้องตอบคำถาม ให้คำปรึกษา การมีหลักการมีแนวทางที่เหมาะสมในการพิจารณาปัญหาเรื่องนี้ จะสามารถช่วยทำให้พยาบาลสามารถให้ความเห็น ให้คำแนะนำ ปลอบโยนแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในแต่ละกรณี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และยังสามารถช่วยลดความรู้สึกขัดแย้งในใจตนเองได้ (สิวลี, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการกล่าวถึงการรักษาพยาบาลเพื่อ
ยุติการรักษาหรือยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตเป็นจำนวนมาก แต่สำหรับในประเทศไทยในการศึกษาเรื่อง
ดังกล่าวยังมีอยู่น้อยและ โดยเฉพาะในเรื่องการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการ
รักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต นับว่าเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควร
ตระหนัก เพราะจะช่วยให้เข้าใจถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน และเป็นข้อมูลพื้นฐาน
ในการหาแนวทางในการให้การพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ลดการเกิด
ปัญหาการเกิดข้อขัดแย้งภายในจิตใจที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ ในกรณีที่ไม่ทราบถึงความต้องการที่
แท้จริงของผู้ป่วย หรือการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในกรณีความต้องการของผู้ป่วยและผู้
ตัดสินใจแทนไม่สัมพันธ์กัน ประกอบกับหน้าที่หลักของงานพยาบาลซึ่งถือประ โยชน์และความ
พึงพอใจของผู้รับบริการเป็นวัตถุประสงค์หลักของงาน โดยต้องเคารพในสิทธิของผู้ใช้บริการ
(พิกุลทิพย์, 2538) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการ
รักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองในการรักษาพยาบาล
ที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของตัวเอง และสามารถประคับประคองจิตใจ
สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและญาติ โดยไม่ก่อให้เกิดข้อขัดแย้งภายในจิตใจของญาติผู้ป่วย
รวมถึงข้อขัดแย้งภายในจิตใจของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแล
ได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยมีพื้นฐานมาจากจริยธรรม และเพื่อเป็นแนวทาง
ในการคุ้มครองสิทธิการตายของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรีและตรงตามความต้องการ
ที่แท้จริงของตัวเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
3. เพื่อเปรียบเทียบถึงความสอดคล้องของการในการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
4. เพื่อศึกษาถึงเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
5. เพื่อศึกษาถึงเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

คำถามการวิจัย

1. การตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร
2. การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร
3. การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตมีความสอดคล้องกันเพียงไร
4. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตมีอะไรบ้าง
5. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจะครอบคลุมถึงประเด็นการรักษา 2 ประเด็น คือ การยืดชีวิตและการยุติรักษา โดยการยืดชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีวิตซึ่งเป็นปฏิบัติการเพื่อช่วยฟื้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดที่หยุดทำงานอย่างกะทันหันเพื่อให้

หัวใจกลับมาตนเองได้ตามปกติ (ประคิษฐ์, 2540; วิจิตรา, 2543) การใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อการรักษาชีวิตไว้ รวมถึงการควบคุมการทำงานของแก๊สในเลือด (Schneidreman & Sprage, 1998) และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป ส่วนการยุติการรักษาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการหยุดการกู้ชีพ การไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย และการไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และในการตัดสินใจต้องใช้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจซึ่งโดยหลักกฎหมายแล้วเจ้าของแห่งสิทธิผู้ป่วยคือตัวผู้ป่วยเอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมายที่จะแสดงเจตนา เช่น ผู้เยาว์ หรือผู้ไร้ความสามารถ ขณะที่แสดงเจตนาที่ผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้ตัวดี มีความสามารถในการตัดสินใจโดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตัวเองหรือแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนทั้งที่ยังมีสติรู้ตัวดีหรือในขณะที่ไม่มีสติขาดความสามารถในการตัดสินใจ (วิฑูรย์, 2545ข)

โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นของการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด การยุติการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต และทบทวนเกี่ยวกับทฤษฎีทางหลักจริยศาสตร์ในการเลือกการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยหลักการห้าประการคือ หลักการหลีกเลี่ยงการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคลและหลักความยุติธรรม (ดุสิต, 2545) เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตและยุติชีวิตผู้ป่วย หลักเกณฑ์ตามธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างสถานการณ์ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

นิยามศัพท์

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยอายุรกรรมนับถือศาสนาพุทธที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้น วัณโรค โรคเอดส์และโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อความตาย ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจ) แต่ในการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นก็ได้

ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคล ซึ่งนับถือศาสนาพุทธ ที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัวให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ

การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกในการปฏิบัติกิจกรรมการักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด และผลจากการรักษาพยาบาลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยตัวเลือกลำสำหรับการตัดสินใจดังกล่าว ประกอบด้วย การยุติชีวิต การให้การรักษาพยาบาลต่อ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ /พยาบาล ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความสอดคล้องของการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นานอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้น วัณโรค โรคเอดส์และโรคมะเร็ง) ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนนับถือศาสนาพุทธ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการหาแนวทางในการคุ้มครองสิทธิการตายของผู้ป่วยในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตรงตามการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาหาแนวทางในการช่วยให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงกับการตัดสินใจของผู้ป่วย เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางและนำมาสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาดังนี้

1. การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 1.1 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย
 - 1.1.1 ประเภทของการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย
 - 1.1.2 ผลจากการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย
 - 1.2 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วย
 - 1.2.1 เมตตามรณะ
 - 1.2.2 ผลจากการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วย
2. การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.1 สิทธิการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
 - 2.2 ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
 - 2.3 เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.3.1 คุณค่า ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.3.2 ความเชื่อในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.3.3 ศาสนาพุทธกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.3.4 หลักจริยศาสตร์กับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
3. ปัญหาจากการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

1.การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์เป็นปัญหาที่พบไม่น้อยในเวชปฏิบัติ บ่อยครั้งที่ปัญหามีลักษณะซับซ้อน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และถึงแก่ชีวิตถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคอย่างทันการ (จินตนา และ สุมาลี, 2540) เรียกได้ว่าผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่อยู่

ในภาวะวิกฤต กล่าวคือมีภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่คาดการณ์มาก่อน เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือป่วยหนักและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะจำเป็นแก่การดำรงชีวิต กำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (สุคศิริ, 2543; แสวง และ เอนก, 2543) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยฉับพลันมิฉะนั้นจะถึงแก่ชีวิตภายในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ภาวะช็อกหรือหยุดหายใจ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะปอดบวมน้ำ (จินตนา และ สุมาลี, 2540) จากการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65 และอยู่ในวัยสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า โดยผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี ประมาณ 4 ใน 5 คน จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สมภพ, 2548) และสาเหตุหนึ่งของภาวะความเจ็บป่วยเนื่องจากวัยสูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ (บรรลู่, 2548) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางเสื่อมทั้งในระบบต่าง ๆ ของร่างกายและระบบหลอดเลือด จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้น (วิภาวี, 2537)

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความชำนาญเฉพาะด้านและใช้หลักการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตจากสาเหตุต่างๆ และมีสุขภาพที่ดีในระดับสูงต่อไป (แสงจันทร์, 2538) และในการรักษาผู้ป่วยภาวะดังกล่าว สิ่งสำคัญคือการประเมินถึงปัญหาและการตัดสินใจในการรักษา (จินตนา และ สุมาลี, 2540) ซึ่งในกฎหมายกำหนดเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ที่จะต้องให้ความช่วยเหลือดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายขึ้น กล่าวคือแม้ผลจะยังไม่เกิดแต่ถ้าการกระทำนั้นมีลักษณะเป็นการทอดทิ้งและการทอดทิ้งนั้นมีลักษณะก่อเกิดอันตรายก็ถือว่าเป็นความผิดได้ (แสวง และ เอนก, 2543) โดยในขณะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยยังคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งตน มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา และ/หรือมีสิทธิที่จะตัดสินใจปฏิเสธการรักษาของตน (สุคศิริ, 2543) ดังนั้นในการรักษาพยาบาลดังกล่าวถึงแม้ว่าจะนำไปด้วยความเร่งด่วน แต่ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วยเป็นหลักด้วย

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวมีประเด็นสำคัญในการรักษาอยู่ 2 ประเด็น คือ การบิชีวิตผู้ป่วยและการยุติการรักษา

1.1 การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบิชีวิตผู้ป่วย

1.1.1 ประเภทของการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบิชีวิตผู้ป่วย

1.1.1.1 การกู้ชีพ (cardiopulmonary resuscitation, CPR)

ปฏิบัติการกู้ชีพคือการทำให้ผู้ที่มิภาวะหัวใจหยุด (cardiac arrest) หรือการหายใจหยุด (respiratory arrest) สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และอวัยวะที่สำคัญให้เพียงพอ ในเบื้องต้นเป็นการปฏิบัติการเพื่อช่วยฟื้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดที่หยุดทำงานอย่างกระทันหันเพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นเองได้ตามปกติ โดยไม่เกิดความพิการของสมอง จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมเฉพาะโรคต่อไป (ประคิษฐ์, 2540; วิจิตร, 2543)

การกู้ชีพจะพิจารณาจาก 5 ปัจจัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าหัวใจหยุดเต้นซึ่งประกอบด้วยอาการต่างๆ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหมดสติ หรือชักกระตุก (seizure)
- 2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงที่คอ (carotid) หรือที่ขาหนีบ

(femoral) ไม่ได้

- 3) การหายใจหยุดหรือมีการหายใจเป็นเฮือกๆ (gaspings)
- 4) ตัวซีดหรือเขียว (cyanosis)

5) ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน การวินิจฉัยภาวะการหายใจหยุด (respiratory arrest) เมื่อเกิดภาวะการหายใจหยุด หัวใจยังสามารถทำงานได้ต่อไปอีกหลายนาที แต่หากการหายใจหยุดนานเกินไปก็จะเกิดเป็นสาเหตุให้หัวใจหยุดได้

ข้อบ่งชี้ในการกู้ชีพ อาจไม่ทำการกู้ชีพผู้ป่วยบางประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ผู้ป่วยที่สมองตาย (brain death) และในผู้ป่วยรายที่ญาติไม่ยินยอมให้ทำการรักษาโดยการกู้ชีพ (มุกดา, 2538ก) และจากข้อบ่งชี้ในการกู้ชีพดังกล่าวได้มีการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลของประเทศไทยที่ทำงานในสาขากุมารเวชกรรมทั่วประเทศต่อการจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยวิกฤต (วรารัตน์ และคณะ, ม.ป.ป. อ้างตาม คูสิต, 2545) โดยใช้แบบสอบถามพร้อมตัวอย่างผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2541 โดยมีผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1193 ฉบับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการไม่ริเริ่มการรักษาเพื่อพุงชีพผู้ป่วยเป็นหนทางที่ดีกว่าการยุติการรักษาเพื่อพุงชีพผู้ป่วย โดยวิธีการที่ผู้ตอบเลือกใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับคือ การงดทำการช่วยฟื้นชีพ (no resuscitation) การคงการรักษาเดิมไว้โดยไม่เพิ่มการรักษาใดๆ การคงการรักษาเดิมไว้และยุติการให้ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต

การไม่ทำการกู้ชีพในผู้หมดสติที่มีหลักฐานชี้ชัดว่าสมองตายแล้ว หรือในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคที่มีการประเมินสภาพแล้วว่าผู้ป่วยควรถึงแก่กรรมอย่างสงบกรณีเหล่านี้ต้องพิจารณาให้รอบคอบมากที่สุดเพราะยังไม่มีกฎหมายเหมือนในสหรัฐอเมริกา

โดยถือหลักว่าการกู้ชีวิตเป็นการช่วยหัวใจที่ตีเกินกว่าตาย ไม่ใช่ช่วยหัวใจที่แย่เกินกว่าจะอยู่ หากเป็นไปได้ ควรแพทย์ผู้ร่วมพิจารณาตัดสินใจมากกว่าหนึ่งท่านจะทำให้มีความรอบคอบมากขึ้น (จริยา, ประดิษฐ์, ปรีชา และ วิมลลักษณ์, 2544)

ส่วนข้อห้ามในการกระทำการกู้ชีวิต (สันต์, 2544) ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีคำสั่งว่าไม่ให้มีการช่วยฟื้นคืนชีวิต (คำสั่งในที่นี้ หมายถึงหนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยที่ได้ทำไว้ก่อนการหมดสติในครั้งนี้นี้และยังมีผลในการบังคับใช้) แม้ว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบังคับให้ต้องทำตามคำสั่งนี้ แต่ที่มสุขภาพก็ควรจะทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ถ้ามีโอกาสได้รับทราบเจตนารมณ์ดังกล่าว

2) ผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง เช่น ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักและทรุดลงเรื่อย ๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่แล้วมีภาวะหัวใจ/หายใจหยุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่แพทย์อย่างน้อย 2 คน มีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและไม่สามารถรักษาให้หายได้

3) การช่วยฟื้นคืนชีวิตนั้น จะทำให้ผู้ที่ทำการช่วยฟื้นคืนชีวิต และผู้อื่นได้รับอันตราย เช่น เกิดการบาดเจ็บ หรือมีการติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

การหยุดทำการกู้ชีวิต โดยทั่วไปถือว่าการหยุดทำการกู้ชีวิตโดยผู้ป่วยมีภาวะหัวใจตาย (cardiac death) คือการที่ผู้ป่วยมี asystole นานมากกว่า 15 นาที แม้ว่าจะทำการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว หรือมีภาวะสมองตาย (brain death) โดยให้สังเกตการตอบสนองของม่านตาต่อแสง ระดับความรู้สึกตัวการหายใจเอง รีเฟล็กซ์ก้านสมอง (brainstem reflex) ถ้าไม่มีนานมากกว่า 15 – 30 นาทีแล้วให้หยุดทำการกู้ชีวิตได้ (ประดิษฐ์, 2540; มุกดา, 2538ก) ซึ่งในการประเมินสภาพดังกล่าวเพื่อการรักษาต่อไปนั้น แพทย์จะเป็นผู้ประเมินและตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจตายและควรหยุดทำการกู้ชีวิต

1.1.1.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในอดีตการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาชีวิตไว้ แต่ในปัจจุบัน นอกจากการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาชีวิตไว้แล้วยังหมายรวมถึงการควบคุมการทำงานของระบบแก๊สในเลือดร่วมด้วย การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโดยเฉียบพลันและผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าวสามารถกล่าวได้ถึงความแตกต่างระหว่างการมีชีวิตอยู่และความตาย หากแต่ผลจากการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จึงก่อให้เกิดคำถามต่างๆตามมามากว่าประโยชน์ของการรักษานั้นคุ้มหรือไม่ (Schneidreman & Sprage, 1998) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อการมีชีวิตอยู่ที่ยืนยาวขึ้น

ประเภทของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม (ประภิตและ จิรพรรณ อ้างตามมุกดา, 2538ข) คือ

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากความล้มเหลวในกลไกการหายใจ แต่ไม่มีพยาธิสภาพของปอดเอง เช่น ได้รับบาดเจ็บการหายใจเกินขนาดโรคของระบบประสาทส่วนกลาง โรคของระบบประสาทส่วนปลายและกล้ามเนื้อ หรือได้รับยาที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนตัว
- 2) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของปอดที่ทำให้เกิดปัญหาในการแลกเปลี่ยนแก๊ส และ/หรือภาวะที่มีการใช้แรงงานในการหายใจเพิ่มขึ้น เช่น ปอดอักเสบชนิดรุนแรง ภาวะ ปอดบวมน้ำ
- 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาของหลอดลม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืดอย่างรุนแรง
- 4) กรณีอื่นๆ ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเกิดขึ้น เช่น หลังผ่าตัดหัวใจ ทรวงอกหรือช่องท้อง หลังฉีดยาหรือยาที่ทรวงอกหลังกู้ชีวิต

ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นแต่ในขณะที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอาจพบกับความทุกข์ทรมานต่างๆ และต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้นและอาจกล่าวได้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจเปรียบเสมือนดาบสองคม ซึ่งจากการศึกษาในเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจของภัทรพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้ให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจเปรียบเสมือนเครื่องช่วยให้อัตตาวิเศษ ประดุจสิ่งต่อชีวิตให้ยืนยาวและรับรู้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้อัตตาวิเศษหรือไม่ช่วยให้อัตตาวิเศษและในความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าแม้เป็นสิ่งที่ช่วยได้แต่ไม่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง เนื่องจากเครื่องช่วยให้อัตตาวิเศษได้สะดวกแต่ก็ประสบปัญหาความไม่สบาย เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรม ไม่สามารถจัดการหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ด้วยตนเองแม้กระทั่งเรื่องส่วนตัวต่างๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่และมีความรู้สึกเหมือนบุคคลทั่วไป การที่มีชีวิตอยู่ในภาวะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเช่นนี้บางคนเปรียบเหมือนตายทั้งเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) ในเรื่องประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยจำนวน 14 ราย พบว่ากระบวนการอยู่กับเครื่องช่วยหายใจจำแนกเป็น 3 ระยะคือระยะแรกรับรู้การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะรับรู้ความผิดปกติจากผลการใช้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง ส่งผลให้เกิดความอึดอัด ความหงุดหงิด รำคาญ ความกังวลใจและตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติดังกล่าวในลักษณะ

การดึงท่อช่วยหายใจออกหรือการจ่ายออกซิเจนท่อช่วยหายใจ ระยะที่สองคือระยะอยู่กับเครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะอยู่กับผลทางลบจากการอยู่กับเครื่องช่วยหายใจ 4 ลักษณะและอยู่กับเครื่องช่วยชีวิต ช่วยผ่อนแรงการหายใจ ได้แก่ อยู่กับภาวะไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจอยู่กับการปรับจังหวะปรับใจให้หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ อยู่กับการดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและอยู่กับความอึดอัดขัดใจจากความยุ่งยากในการสื่อสาร ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการขจัดสาเหตุที่ไม่พึงประสงค์และปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่ออยู่กับเครื่องช่วยหายใจ และระยะสุดท้ายระยะแยกจากเครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะที่ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้การหายใจอิสระจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และเรียนรู้หายใจอย่างอิสระจากท่อช่วยหายใจถาวร ส่วนในเรื่องความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่ากิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการในระดับมากถึงร้อยละ 83.3 คือการอนุญาตให้พบลูก – หลาน คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และร้อยละ 78.3 ต้องการให้เปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการดูแล จะเห็นได้ว่าการดูแลทางด้านจิตใจนับว่าเป็นการพยาบาลอีกด้านที่ไม่ควรมองข้าม และในเรื่องสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤต ศัลยกรรมพบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดทางด้านร่างกายของผู้ป่วย คือการคาท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวดและการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 73.33 การดูแลเสมหะ ร้อยละ 70 ส่วนมุมมองของพยาบาลในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดคือ การคาท่อช่วยหายใจ การดูแลเสมหะ ความเจ็บปวด และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 89.47 ส่วนการนอนทำเด็ยวนานๆ ร้อยละ 84.21 จะเห็นได้ว่าการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการรักษา จากการศึกษาที่กล่าวมาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องพบกับความทุกข์ทรมานอยู่ไม่น้อย ถึงแม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวอยู่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งหมดเป็นผลจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการศึกษาไม่ได้กล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยหากสามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้เองจะยอมให้ทำการรักษาพยาบาลโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ เพราะเหตุใด

1.1.2 ผลจากการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย

การรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น แต่ในความเป็นจริงผลจากการรักษาพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมาทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์และโทษจากการรักษา ซึ่งจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตสามารถสรุปได้ (สันต์, 2542) คือ

ประโยชน์จากการพยายามยืดชีวิต (ประวิงการตาย) ออกไปให้นานที่สุดคือ

1) การป้องกันหรือลดความขัดแย้ง ระหว่าง

1.1) แพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยและ/หรือญาติต้องการที่จะประวิงการตายออกไปให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ ทั้งเปิดเผยและไม่เปิดเผยก็ตาม

1.2) แพทย์ พยาบาลด้วยกัน ในหมู่แพทย์ด้วยกัน หรือในหมู่พยาบาลด้วยกัน หรือระหว่างแพทย์กับพยาบาล บางครั้งอาจมีข้อคิดเห็นต่างกันว่าผู้ป่วยหมดหวังหรือไม่หมดหวังหรือเมื่อหายหมดหวังแล้วควรทำอย่างไร ทั้งนี้เพราะหลักเกณฑ์หรือระเบียบปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่หมดหวังยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป

1.3) ญาติผู้ป่วย ญาติแต่ละคนแต่ละฝ่ายของผู้ป่วยอาจจะมีความเห็นแตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างญาติด้วยกัน มีตัวอย่างให้เห็นประจำวาญาติพี่น้องถึงกับทะเลาะและโกรธกันไปตลอดชีวิต สืบเนื่องมาจากการดูแลรักษาญาติที่หมดหวังจนต้องหย่าขาดจากกันทำให้ลูกคนอื่นๆ ประสบชะตากรรมจากภาวะผู้ตัดสินใจแทนที่แตกแยกไปด้วย

1.4) ผู้ป่วย ผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่มีฐานะและ/หรือสภาพความอบอุ่นในผู้ตัดสินใจแทนที่ต่างกัน มักจะเกิดความขัดแย้งในจิตใจเมื่อได้พบเห็นความแตกต่างที่ได้รับความเอาใจใส่ของญาติ แพทย์และพยาบาล แม้ในกรณีที่ได้รับความเอาใจใส่เท่าเทียมกันจิตใจของผู้ป่วยซึ่งก็เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป อาจเกิดความสับสนและความขัดแย้งในจิตใจตนเอง บางขณะอาจอยากจากไปเร็วๆ แต่บางขณะอาจอยากอยู่ต่อไปนานๆ ได้

1.5) คนในสังคม คนในสังคมยังมีความหลากหลายในด้านความคิดเห็นมากขึ้น ความแตกต่างในความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวังจึงมากขึ้น

2) โอกาสที่ผู้ป่วยอาจจะฟื้นหรือหายจากการเป็นโรคโดยปาฏิหาริย์ เช่น โดยไม่ทราบสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยจึงดีขึ้น หรือโดยหวังว่าอาจจะมีผู้คิดค้นยาหรือวิธีรักษาโรคนี้นั้นมาได้อีกในอนาคตอันใกล้ เป็นต้น โอกาสเหล่านี้มีน้อยมากจนเกือบจะกล่าวได้ว่าไม่มีเลย แต่ก็มีผู้ที่หวังเช่นนี้อยู่เสมอ จึงมีผู้ที่ใช้ข้ออ้างนี้สำหรับประวิงการตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด ผู้ที่จะใช้ข้ออ้างนี้ควรคำนึงถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอีกหลายพันหรือหลายหมื่นคนที่ถูกประวิงการตายออกไป โดยเปล่าประโยชน์และยังได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นและนานขึ้นเพียงเพื่อหวังว่าจะมีสักคนหนึ่งที่จะฟื้นหรือหายจากโรคโดยปาฏิหาริย์ได้ เป็นต้น

ดังนั้นในกรณีที่มีความเห็นขัดแย้งกันหรือมีที่ท่าว่าจะขัดแย้งกัน แพทย์ และ

พยายามจึงมักใช้วิธีการยืดชีวิต (ประวิงการตาย) ออกไปเพื่อบรรเทาหรือป้องกันการขัดแย้งนั้น แต่การประวิงการตายให้ยืดยาวออกไป บางครั้งก็กลับกลายเป็นโทษได้ นั่นคือทำให้ความขัดแย้งรุนแรงหรือบานปลายออกไปจากความทุกข์ทรมานที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง

โทษของการพยายามยืดชีวิต (ประวิงการตาย) ออกไปให้นานที่สุด คือ (สันต์, 2542; 2546ก)

1) ความทุกข์ทรมาน ในการประวิงการตายให้ยาวนานออกไป ความทุกข์ทรมานย่อมเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้นและนานขึ้นทั้งทางกายและทางใจ ผู้ป่วยจะต้องได้รับความเจ็บปวดทรมานมากขึ้นจากวิธีการที่ใช้ยืดชีวิต นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอื่นๆ อันสืบเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บโดยตรงเช่นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จากภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สุขภาพกาย และใจเสื่อมโทรม รู้สึกว่าตนเองมีภาระ (สรจักร, 2548) เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของภัทรพร (2543) เรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจพบว่า แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้รอดชีวิตได้ แต่ก็ต้องประสบปัญหาความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมไม่สามารถจัดการหรือทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ด้วยตนเอง และจากความทุกข์ทรมานดังกล่าวหากญาติของผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังเช่นตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งหลังได้รับการเจาะคอและผ่าตัดใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้แต่อยู่ในสภาพที่ไม่เป็นปกติ คือมีสภาพของสมองพิการ บุตรสาวของผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับกับสภาพนั้นได้เลยทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นประจำ (สันต์, 2546ข)

2) ค่าใช้จ่าย การยืดชีวิต (ยืดการตาย) ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะต้องการยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง และต้องใช้แพทย์พยาบาลจำนวนมากในการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยและญาติตลอดจนสังคมจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากมาในการดูแลรักษา หลายครั้งที่ญาติผู้ป่วยบอกให้แพทย์ “สู้” เต็มที่ แต่เมื่อแพทย์ “สู้” เต็มที่แล้วไม่ประสบผลสำเร็จ หรือแม้แต่ประสบผลสำเร็จ ญาติกลับปฏิเสธที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงนั้น อีกทั้งเงินทองที่ผู้ป่วย ญาติและ/สังคมทุ่มเทลงไปนั้นจะกลายเป็นเถาถ่านที่เชิงตะกอนและทำให้ผู้ป่วยต้องทรมานนานขึ้นก่อนจะถึงวาระสุดท้าย และจากค่าใช้จ่ายที่มากนี้เองทำให้เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติเลือกตัดสินใจยุติการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิกริหมี (2547) ในเรื่องการศึกษาตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ โดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง และจากการศึกษาของบอเทรล ลิทแมน

เมซี่ มิทตี และ แรมเซ (Bottrell, Leitman, Mezey, Mitty & Ramsay, 2000) ที่ศึกษาถึงสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ยอมรับรักษาต่อ พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องการรักษาต่อเพราะไม่ต้องการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาและรู้สึกไม่มีความหวังที่ตนเองจะดีขึ้น

3) การเบียดเบียนผู้อื่น เนื่องจากประเทศไทยยังเป็นประเทศยากจน มีงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลจำกัด มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ไม่เพียงพอ การใช้แพทย์ พยาบาล บุคลากรและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ไปรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง ย่อมเป็นการเบียดเบียนผู้ป่วยอื่นๆที่ยังมีหวัง (ยังรักษาได้) เป็นจำนวนมาก

1.2. การรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่จะพิจารณาทำการยุติการรักษานั้นอาจเริ่มจากการจำกัดการรักษา ซึ่งตัวอย่างการจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยที่อาจเลือกทำอย่างเป็นขั้นตอน (คูสิต, 2545) ได้แก่

- งดทำการกู้ชีวิต (do not resuscitate [DNR]) ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบปัญหา cardiopulmonary arrest
- ไม่ริเริ่มและพิจารณายุติการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลองหรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาคืบขึ้น
- ไม่พิจารณาย้ายผู้ป่วยเข้าหอบริบาลผู้ป่วยหนักในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไป
- หยุดให้เลือดหรือพลาสมา
- ไม่สั่งยาปฏิชีวนะตัวใหม่
- ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ
- หยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต
- หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ
- หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

และในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยวิกฤตนั้น ได้มีการนำหลักจริยศาสตร์มาใช้ คือหลักเมตตาภรณ์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังและผู้ป่วยที่มีชีวิตอย่างฝักรวมถึงผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เจ็บหนัก สิ้นหวังจากการรักษาและใกล้ถึงความตาย เป็นภาวะที่ต้องเผชิญกับวิกฤตชีวิตอย่างรุนแรง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้น (นพพร, บังอร และ อภิญญา, 2540) ยังเกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายได้อย่างสงบ (Euthanasia) อีกด้วย

✓ การแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่สิ้นหวังเป็น 2 ประเภท (วิสูตร และ คณะ, 2544) คือ ผู้ป่วยที่มีแกนสมองตาย (Brain Death Patient) และผู้ป่วยที่แกนสมองยังไม่ตาย (non brain death patient)

1. ผู้ป่วยที่มีแกนสมองตาย (Brain Death Patient)

แพทยสภาของประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายในมติ คณะกรรมการแพทยสภาครั้งที่ 2/2532 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2532 ไว้ดังนี้ (วิสูตร, 2546; Marker & Hamlon, 2002)

การวินิจฉัยสมองตายจะทำได้ในสภาวะและเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกรู้ตัว (deeply comatose) โดยจะต้องแน่ใจสาเหตุของการไม่รู้สึกรู้ตัวนี้ไม่ได้เกิดจาก

1.1) พิษยา (drug intoxication) เช่นยาเสพติด ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท

1.2) สภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ (primary hypothermia)

1.3) สภาวะผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิก (metabolic and endocrine disturbances)

1.4) สภาวะช็อก (Shock)

2) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัวนั้นอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ (comatose patient on ventilator) เนื่องจากไม่หายใจ โดยจะหาเหตุของการไม่หายใจ ไม่ได้เกิดจากยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxants) หรือยาอื่นๆ

3) จะต้องมีข้อวินิจฉัยถึงสาเหตุของการไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยนั้น โดยที่ให้ผู้รู้แน่ชัด โดยปราศจากข้อสงสัยเลยว่าสภาวะของผู้ป่วยนี้เกิดขึ้นจากการที่สมองเสียหาย โดยที่ไม่มีหนทางเยียวยาได้ (irremediable and irreversible structural brain damage)

4) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะครบตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้ว จะต้องทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตายคือ

4.1) ต้องไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ ได้เอง (no spontaneous movement) ไม่มีอาการชัก (no epileptic berking) ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งตัว (decorticate) หรือภาวะกล้ามเนื้อเหยียดตัว (decerebate rigidity)

4.2) ต้องไม่มีรีเฟล็กซ์ของแกนสมอง (absence of brain stem reflexes) ทั้ง 6 ประการต่อไปนี้คือ

- (1) ขนาดม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ขยายเต็มที่ (dilated and fixed pupils)
- (2) ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบที่ตาคำ กลไกการกระพริบตาไม่มี (absence of corneal reflex)
- (3) ประสาทหูกับประสาทตาไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบกัน ไม่สัมพันธ์กัน (no motor response within the cranial nerve distribution)
- (4) ปฏิกิริยาการกลอกลูกตาสถูญเสี่ย (absence of oculoccephalic reflex) (doll's head phenomena)
- (5) กล้ามเนื้อที่ไปเลี้ยงประสาทสมองไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้า (absence of vestibular response to caloric stimulation)
- (6) ไม่มีปฏิกิริยาในการกลืนและการไอ (absence of gag and cough reflex)

4.3) ไม่สามารถหายใจได้เอง (nospontaneous respiration) ซึ่งทดสอบโดยการหยุดเครื่องช่วยหายใจ (ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าในหลอดลม) เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที และคอยดูว่าหายใจหรือไม่ ขณะที่ทดสอบจะต้องมีค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ ในกระแสเลือดไม่ต่ำกว่า 60 mmHg.

4.4) การตรวจพบในข้อ 4.1, 4.2 และ 4.3 นี้จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จะถือได้ว่าสมองตาย

2.) ผู้ป่วยที่แกนสมองยังไม่ตาย (non brain death patient)

ผู้ป่วยกรณีนี้จะมีปัญหาเกิดขึ้นมาก เพราะเท่ากับผู้ป่วยยังไม่ถึงแก่ความตาย การดำเนินการใดๆ กับผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมอาจถือได้ว่าเป็นการกระทำผิดต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ เป็นต้น ซึ่งจะเป็นความผิดทางด้านอาญา แพ่ง และจริยธรรม

ผู้ป่วยที่แกนสมองยังไม่ตาย (non brain death patient) สามารถแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

1) ผู้ป่วยรู้ตัว (conscious patient)

1.1) ให้ความยินยอมโดยการแสดงเจตนา เป็นการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ต้องการให้แพทย์ทำ Euthanasia ให้กับคน อาจเนื่องจากผู้ป่วยทุกข์ทรมานกับโรคเรื้อรังและต้องการที่จะตาย

1.2) แสดงเจตนาไม่ให้ความยินยอม โดยเป็นการแสดงเจตนาปฏิเสธที่แพทย์จะทำ Euthanasia ให้กับคน โดยพร้อมที่จะมีชีวิตอยู่ในสภาพปัจจุบันที่เป็นอยู่

2) ผู้ป่วยไม่รู้ตัว (unconscious patient)

2.1) ไม่สามารถแสดงเจตนาได้

2.2) การแสดงเจตนาโดยทายาทโดยชอบธรรมด้วยกฎหมาย

2.3) การแสดงเจตนาโดยผู้ดูแลที่มีอำนาจโดยกฎหมาย เช่น การ

ที่เป็นผู้อนุบาลเพราะเป็นผู้ป่วยถูกศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถแล้ว

จะเห็นได้ว่าในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยนั้นจะต้อง

อาศัยปัจจัยหลายอย่างนำมาพิจารณาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่แกนสมองตาย หรือกลุ่มผู้ป่วยที่แกนสมองยังไม่ตายทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวก็ตาม

1.2.1 เมตตามรณะ

เมตตามรณะหรือการตายอย่างสงบ (euthanasia) มาจากรากศัพท์ภาษากรีก (eu + thanatos) แปลว่า การตายที่ดี (good death) (แสวง และ เอนก, 2543) หมายถึงการตายอย่างสงบหรือการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาและต้องทนทุกข์ทรมาน จากอาการของโรคร้ายให้สิ้นสู่สภาพปกติและได้พบกับความตายอย่างสงบ ในทางปรัชญามีการบัญญัติศัพท์ขึ้นใช้โดยเรียกว่าการุณยฆาต (สิวลี, 2540; แสวง และ เอนก, 2543; Hall, 1996) พิจารณาในแง่หนึ่งแล้วก็คือ แพทย์ ตัวผู้ป่วยและญาติ มีความเห็นตรงกันว่าความตายที่สงบคือการยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงหมดทางรักษาต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรค การพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยย่อมเป็นการยืดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานออกไปด้วย ปัญหาเกิดขึ้นว่า ประการแรก การยอมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยไม่พยายามยืดชีวิตต่อไปเป็นการผิดศีลธรรมหรือไม่ ประการที่สองการที่แพทย์หยุดวิธีการชะลอความตายด้วยวิธีการใดๆ ก็ตามเพื่อเมตตามรณะนั้น จะถือว่าเป็นการฆาตกรรมต่อผู้ป่วยหรือไม่ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจ (สิวลี, 2540; Hall, 1996) ซึ่งจะพบว่าในการตัดสินใจดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยและญาตินั่นเอง

ประเภทของเมตตามรณะสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทตามความสามารถของผู้ป่วย (แสวง และ เอนก, 2543) ดังนี้

1. เมตตามรณะด้วยความสมัครใจ (voluntary euthanasia) หมายถึงกรณี que ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงอาการของตนดี อยู่ในสภาพที่มีสติสัมปชัญญะดีแล้วได้ร้องขอความตายจากแพทย์ เช่นการร้องขอให้แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาที่ทำให้ตนนอนหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาอีกหรือร้องขอให้ยุติการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ตนเสีย ถือว่าเป็นสิทธิของคนที่จะตาย (the right to

die) แต่เป็นการขัดต่อจรรยาบรรณของแพทย์ที่ถือว่าควรต่อชีวิตและให้สุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่าง
สุดความสามารถ นอกจากนี้การหยิบยื่นความตายให้แก่ผู้ป่วยโดยเจตนาและจงใจ ยังเป็นการผิด
ต่อกฎหมายบ้านเมืองและอาจเกิดคดีความขึ้นได้

2. เมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพตัดสินใจได้เอง (involuntary
euthanasia) หมายถึงในกรณีที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่หมดหวัง ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง
อยู่ในภาวะของการหมดความรู้สึกและไร้ความสามารถอย่างถาวรและญาติของผู้ป่วยมีความ
ประสงค์ที่จะให้แพทย์ยุติการรักษาพยาบาลและการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ใน
การรักษาต่างๆ เพราะเห็นว่าการกระทำเช่นนั้นไม่เกิดประโยชน์และเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย
การตัดสินใจของแพทย์ที่มีต่อเรื่องนี้จะเป็นไปโดยเจตนาดีต่อผู้ป่วยเป็นพื้นฐานและดำเนินไปด้วย
หลักมนุษยธรรม โดยไม่ติดต่อกับทัศนคติ หลักการความเชื่อส่วนตัวของแพทย์ สิ่งที่เขาไม่ได้คือ
พื้นฐานความรู้สึกของแพทย์และพยาบาล คือความเมตตาต่อผู้ป่วย

เมตตามรณะสามารถแบ่งตามวิธีการได้ 2 ประเภท (เกสรธา, 2540; วิชญ์,
2529; วิสูตร, 2544) ดังนี้

1. เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) เป็นการที่บุคคลใดบุคคล
หนึ่งกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยต้องตายหรือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมเช่นการให้ยา
หรือสารหนึ่งสารใดแก่ผู้ป่วยซึ่งอาจโดยการฉีด การให้รับประทานเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องถึงแก่
ความตายหรือการทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับสภาพแวดล้อมที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปเช่นการได้รับ
ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้เกิดอาการซึมและตายในเวลาต่อมา การกระทำโดยใช้สภาพ
ทางกายภาพ เช่นการใช้ไฟฟ้า ถ้าเป็นการกระทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง โดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอหรือ
เป็นความสมัครใจของผู้ป่วยถือว่าเป็นเมตตามรณะ โดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย (active
voluntary euthanasia) แต่ถ้าการกระทำนั้นเกิดจากการตัดสินใจของผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่
ในสภาพที่จะตัดสินใจเองได้ ถือว่าเป็นเมตตามรณะ โดยตรงเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจ
เองได้ (active involuntary euthanasia) (Emanuel, 1994) กรณีที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการดูแล
รักษาพยาบาลผู้ป่วยหนักคือการแสดงเจตนาของญาติผู้ป่วยที่จะขออนุญาตนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
เพื่อให้ไปถึงแก่กรรมที่บ้าน ในแง่ของกฎหมายถือว่าการปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิประการหนึ่ง
ของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งเช่นนั้น ทางโรงพยาบาลต้องดำเนินการ
ให้เป็นไปตามความประสงค์แต่ต้องอธิบายให้เห็นผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นให้ญาติผู้ป่วย
ได้ทราบก่อน หากญาติยังยืนยันที่จะให้ผู้ป่วยกลับ แพทย์ควรถือปฏิบัติดังนี้

1.1 มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่าผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นขึ้น

1.2 มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการผู้ป่วยได้ว่าไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น

1.3 ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์จะให้ถอดเครื่องช่วยหายใจโดยเขียนหนังสือเป็นหลักฐานไว้

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐานดังกล่าวย่อมจะถือได้ว่าแพทย์หมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไปและการกระทำดังกล่าวก็ไม่ถือว่าเป็นความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยแต่ประการใด (แสวง และ เอนก, 2543) และจากประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านของราตรีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาสาร พบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านั้นจะเสียชีวิตหรือไม่ก็ตาม สิ่งที่เห็นได้ชัดคือเมื่อผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน ซึ่งบางรายแพทย์วินิจฉัยว่าเหลือเวลาไม่มาก ผู้ป่วยกลับมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ถึงแม้ผู้ป่วยที่กลับบ้านจะไม่หาย แต่ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีความสุข แม้จะตายก็ตายอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ท่ามกลางลูกหลานอย่างอบอุ่น (ราตรี, 2546)

2. เมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) เป็นการยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยตายเนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและหมดหวังหรือไม่มีโอกาสที่จะสามารถรักษาให้หาย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บหนักจะมีผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่เรียกว่าผู้ป่วย NR (do not resuscitate or no resuscitation) คำสั่ง NR จึงมีความหมายว่าไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีวิต ซึ่งคำสั่งนี้เป็นเพียงการบอกว่าไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้นแต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (no resuscitation) มิได้หมายความว่าไม่ทำการดูแลรักษา (no treatment) แต่ทำโดยการไม่สั่งการรักษา (withhold) หรือยกเลิกการรักษาที่ให้อยู่ (withdraw) ซึ่งเป็นการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป (life-prolonged treatment or life-sustained treatment) ทั้งนี้การดูแลที่ช่วยรักษาให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ช่วยลดความทุกข์ทรมานและเป็นการดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติในผู้ป่วยใกล้ตาย ยังคงให้แก่ผู้ป่วยต่อไป เช่นการให้ยาบรรเทาปวด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เป็นต้น (แสวง และ เอนก, 2543; Emanuel, 1994) การทำให้ผู้ป่วยตายโดยอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยสมัครใจหรือต้องการเรียกว่าเมตตามรณะโดยอ้อมตามความสมัครใจของผู้ป่วย (passive voluntary euthanasia) แต่ถ้ากระทำโดยการตัดสินใจของบุคคลอื่นเนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้เองเรียกว่าเมตตามรณะโดยอ้อมเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ (passive involuntary euthanasia) (Emanuel, 1994)

การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบนี้เป็นที่ยอมรับกันได้ยากเพราะอุปสรรคประการแรกอยู่ตรงกันข้ามคือบทบัญญัติที่ว่าเจ้าจงอย่าฆ่ากัน คนที่เชื่อว่าบทบัญญัตินี้เป็นคำบัญชาจากพระเจ้า ที่มนุษย์ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้นั้นย่อมจะเห็นว่า ความคิดเรื่องการทำให้ผู้ป่วย

ตายอย่างสงบเป็นความอัปมงคลอย่างยิ่ง (วิฑูรย์, 2529) นอกจากนี้ยังมีการถกเถียงกันมากมายและมีความคิดเห็นหลากหลายไม่ว่าจะเป็นการยอมรับหรือการไม่ยอมรับเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวังได้ตายอย่างสงบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาแม้ว่าจะมีการให้การยอมรับการรักษา (withholding) หรือการไม่ให้การรักษา (withdrawing) ผู้ป่วยในการกู้ชีพ (life sustaining treatment) แต่ก็ยังถือว่าเมตตามรณะ (euthanasia) เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย (Blacksher, 1995 อ้างตาม วิสูตร และ คณะ, 2544) รัฐโอเรกอนเป็นรัฐแรกและรัฐเดียวของสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายยอมให้มีการใช้เมตตามรณะเฉพาะผู้ป่วยไม่มีทางรอดและร้องขอให้ช่วยจบชีวิตโดยสภาของมลรัฐลงมติรับรองตั้งแต่ปีพ.ศ.2537 แต่กฎหมายฉบับนี้ถูกขัดขวางการบังคับใช้ โดยศาลประจำรัฐจึงยังไม่มีเมตตามรณะในรัฐนี้แม้แต่เพียงครั้งเดียว (วิสูตร และ คณะ, 2544) สำหรับประเทศอังกฤษมีแพทย์ที่เห็นด้วยกับเมตตามรณะประมาณร้อยละ 7-29 เท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยถ้ายึดในความหมายของเมตตามรณะหมายถึงเมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) (Ward, 1994 อ้างตาม วิสูตร และ คณะ, 2544)

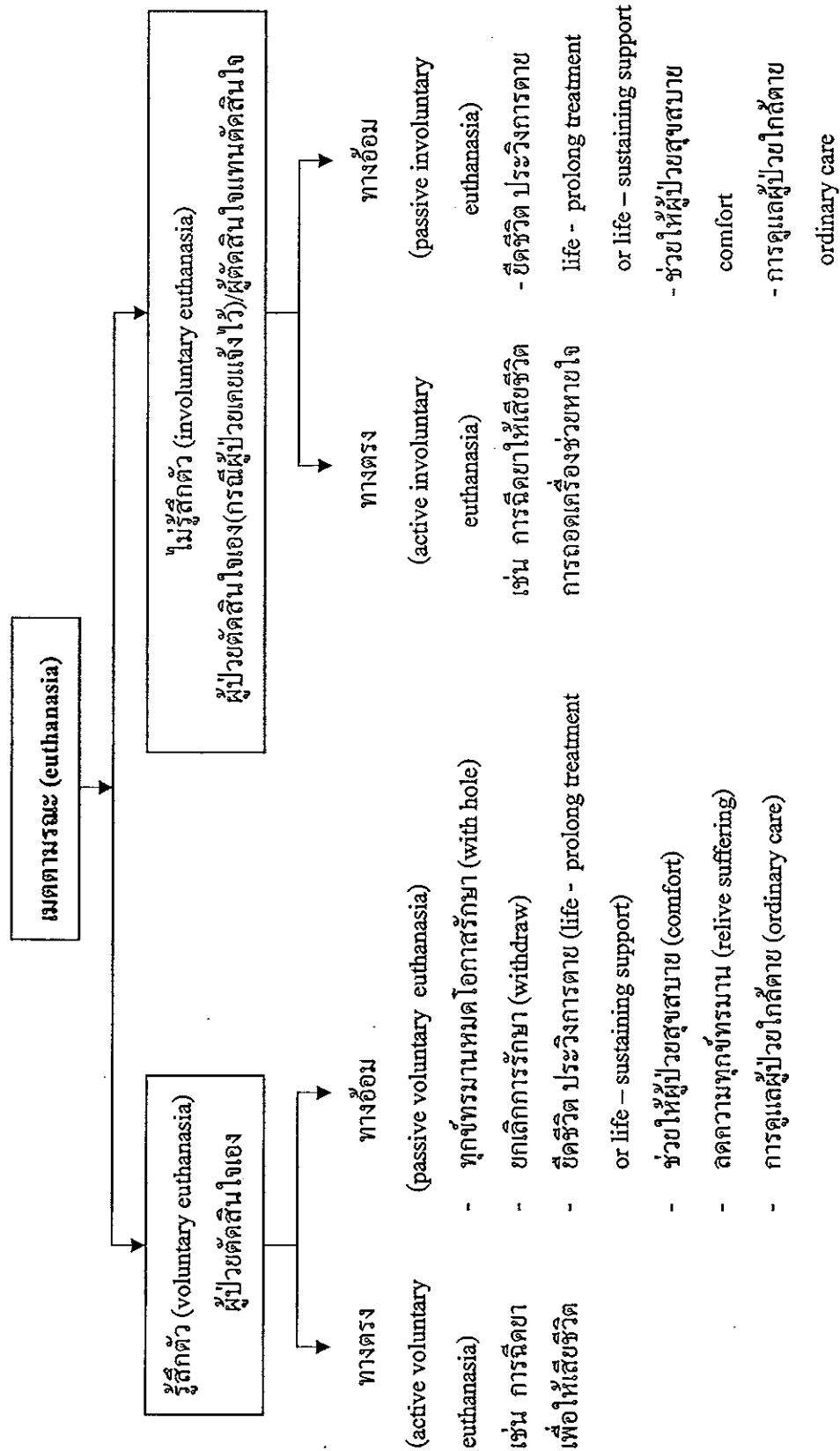
สำหรับในประเทศไทยแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นดังนี้ (สิวลี, 2529

อ้างตาม วิชัย, 2545)

- 1) จะไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการรักษาหรือการกระทำใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือเพิ่มความทุกข์ทรมาน
- 2) เมื่อแน่ใจว่าหมดวิธีการรักษาและผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องได้รับการบรรเทาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 3) ต้องคำนึงถึงญาติด้วย ถ้าญาติยังยอมรับไม่ได้และร้องขอให้ชะลอความตายก็สมควรทำ
- 4) กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่
 - 4.1) จะไม่ยอมยุติเครื่องคังกล่าวเพราะบาป
 - 4.2) จะยอมยุติถ้าญาติยอมรับ เพราะไม่เกิดประโยชน์อะไรอีกแล้วกับผู้ป่วยในการชะลอ
- 5) ต้องไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการตายเกินกว่าเหตุเพราะความตายแพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะปฏิบัติอย่างไรเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (euthanasia) ทั้งเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) และเมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) มุ่งผลที่เหมือนกันคือการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หากพิจารณาตามข้อกำหนดจะพบว่าเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) นั้น

แพทย์ที่ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกระทำเพียงระงับความเจ็บปวดและให้ผู้ที่ใกล้ตายนั้นถึงแก่ความตายด้วยความสงบโดยไม่นำเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอีก จะไม่มีความผิดใดๆ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่ที่จะชะลอชีวิตของผู้ที่จะต้องถึงแก่ความตายตามธรรมชาติให้ยาวนานออกไปอีก กล่าวคือแพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดแต่ไม่ใช่ที่จะสามารถฝืนกฎธรรมชาติไปได้ แต่สำหรับกรณีเมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) คือการที่แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวดหรือการหยุดเครื่องช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ถือเป็นกรรณการตายและเป็นการกระทำโดยตรง เหตุผลที่ยกมาสนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวไม่ผิด จึงมีข้อโต้แย้งกันอยู่ (แสวง และ เอนก, 2543) และกฎหมายยังไทยไม่มีการบัญญัติในเรื่องเมตตามรณะ (euthanasia) ไว้เป็นกฎหมายเฉพาะจึงต้องดูแลหลักทั่วไปทางค่านกฎหมาย คือพิจารณาการกระทำผิดในด้านอาญา แห่ง กฎหมายวิชาชีพ โดยหลักทั่วไปแล้วความคิดทางด้านกฎหมายอาญาจะนำมา ส่วนความคิดทางแพ่งและทางจริยธรรมอาจตามมาได้ ดังนั้นผู้ที่ให้การบำบัดรักษาทางการแพทย์ต้องมีความระมัดระวังในการให้การดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีการต่างๆ บางครั้งแพทย์มีความเห็นว่าเป็นการสูญเสียเปล่าของเวชภัณฑ์ที่ต้องนำมาใช้กับผู้ป่วยโดยไม่เกิดผลคุ้มค่าเพราะผู้ป่วยไม่อาจจะหายหรือฟื้นคืนดีหรือสามารถช่วยเหลือตัวเองในสังคมได้ต่อไป (วิสูตร และ คณะ, 2544) มีบทบัญญัติคุ้มครองผู้ที่พึ่งตัวเองไม่ได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายขึ้นโดยที่แม้ผลจะยังไม่เกิด แต่ถ้าการกระทำนั้นมีลักษณะเป็นการทอดทิ้งและการทอดทิ้งอันมีลักษณะเป็นอันตรายก็ถือเป็นความผิดได้ตามบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ความว่า ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ความพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปีหรือปรับไม่เกิน 6 พันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (พิพนธ์, 2543; วิชัย, 2545) และในกรณีที่แพทย์หยุดการรักษาที่ยืดชีวิต เช่นการปิดเครื่องช่วยหายใจ หรือการไม่ให้อาหารทางสายยาง จะถือว่าแพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายหรือไม่ยังกำกวมอยู่ แต่ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยเขียนคำสั่งก่อนที่ตัวเองจะหมดสติว่า หมอไม่ต้องรักษาเขาถึงเวลาแล้วไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าแพทย์ไม่ทำการรักษา ก็ถือว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามกฎหมาย (กิติพงษ์, 2539)

จากการศึกษาเกี่ยวกับเมตตามรณะ สามารถสรุปประเภทของเมตตามรณะหรือการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สรุปได้ดังภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 ประเภทของเมตตาภรณ์

ในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายฝ่ายทั้งตัวผู้ป่วยเอง ญาติ แพทย์ และสังคม ซึ่งจากผลกระทบต่าง ๆ นั้นสามารถสรุปได้ดังนี้

1.2.2 ผลจากการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วย

หากพิจารณาทางด้านความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย (วิสูตร และ คณะ, 2544)

พบว่า

1. ตัวผู้ป่วยเอง เห็นว่าไม่มีประโยชน์ในการรักษาต่อไปอีกแล้ว ไม่มีทางที่ตนเองจะหายและกลับเข้าสู่สังคมได้เช่นคนปกติอีกต่อไปแล้ว เป็นการทนทุกข์ทรมานอย่างมาก และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สร้างความเดือดร้อนให้กับทายาทที่ต้องมาดูแลรักษาตนทั้งในด้านเงินทองที่ต้องจ่ายเป็นค่ารักษา ในด้านเวลาที่ต้องเสียไปกับการดูแลตนโดยไม่เกิดผลอะไรที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ในด้านจิตใจที่ต้องพะวงกับเรื่องของตนอยู่ตลอด จึงมีความต้องการที่จะตายเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

2. ทางญาติ ส่วนหนึ่งของทายาทเห็นว่าไม่มีประโยชน์อย่างใดที่จะให้การรักษาต่อเนื่องเพราะเท่ากับเป็นการสูญเปล่าในด้านการรักษา การให้การรักษาก็คงทำได้แค่เพียงการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น โดยไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นคนอยู่อีกต่อไป หรือในบางครั้งทายาทของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายที่จะให้อีกต่อไป ถ้าให้การรักษาสภาวะเช่นนี้ของผู้ป่วยนอกจากผู้ป่วยจะไม่ดีขึ้นแล้ว ยังอาจกระทบผู้ตัดสินใจแทนไม่ว่าลูกหลานในด้านต่างๆ อย่างมาก เพราะแทนที่จะนำค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไปให้กับเด็กในการศึกษา ความเป็นอยู่ซึ่งเด็กจะได้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปหรือใช้จ่ายในการดำรงชีวิต หรือใช้จ่ายเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ

3. ทางแพทย์ บางครั้งแพทย์เองก็เห็นว่าเป็นการสูญเปล่าของเวชภัณฑ์ที่ต้องนำมาใช้กับผู้ป่วยโดยไม่เกิดผลคุ้มค่าเพราะผู้ป่วยไม่อาจที่จะหายหรือฟื้นคืนใจจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในสังคมอีกต่อไป เวชภัณฑ์ต่างๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญสิ้นไปนั้นอาจนำมาใช้กับผู้ป่วยอื่นที่มีโอกาสหายและกลับสู่สังคมได้ซึ่งจะเป็นประโยชน์กว่ามาก

4. สังคม บางส่วนของคนในสังคมเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมเลย นำค่าใช้จ่ายไปรักษานุคคลที่รักษาได้จะไม่ดีกว่าหรือ หรืออาจนำเงิน ดังกล่าวมาช่วยเป็นค่าอาหารกับเด็กที่อดอยากและขาดอาหารไม่ดีกว่าหรือ เพราะในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นต้องใช้จ่ายที่สูง เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์ทั้งหมด (ประเสริฐ, 2548)

เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน มีส่วนช่วยในการยืดชีวิตจากการตายตามธรรมชาติ ชีวิตที่ต้องดับลงตามธรรมชาติเมื่อ

ถึงกาลเวลากำลังถูกขี้ออกไปด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ จนบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงสภาพที่เป็นทุกข์ของบุคคลนั้นเลย แทนที่ผู้ป่วยจะได้ตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลาอันควรกลับต้องถูกเหนี่ยวรั้งไว้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้น ปัญหานี้กลายเป็นข้อวิพากษ์วิจารณ์กันมาก ในปัจจุบันนี้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือไม่ เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้หรือไม่ และในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตควรจะทำที่บ้านดีกว่า ทั้งนี้ไม่เพียงแต่เรื่องของความประหยัดเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ท่ามกลางญาติมิตรอีกด้วย (สุรเกียรติ, 2546) แต่ในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลใดๆ ก็ตามต้องคำนึงถึงหลักความถูกต้องและหลักกฎหมายร่วมด้วย ถึงแม้ว่าจากสภาพความเจ็บป่วยจะถึงขั้นที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับมาสู่สภาพปกติแล้วก็ตามจากการวิจัยหลายครั้งเห็นได้ว่านักกฎหมายส่วนใหญ่เห็นว่าถ้าแพทย์กระทำเมตตามรณะ (Euthanasia) แล้ว จะมีความผิดซึ่งจะผิดมากหรือน้อยก็แล้วแต่ข้อเท็จจริง โดยโอกาสของความผิดจะอยู่ในช่วงเฉลี่ยร้อยละ 50 (วิสูตร และ คณะ, 2544) และผลจากการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยย่อมก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นซึ่งกฤษฎณา (2544) ได้ทำการศึกษาในเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พยาบาลพบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 4 ประเด็นคือ บิดชีวิตหรือยุติชีวิตจะปกปิดความลับผู้ป่วยหรือบอกความจริงกับญาติ เกณฑ์ตัดสินคุณค่าแตกต่างกันและทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี จากสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบในทางบวกและลบตามมาคือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยฝึกสติได้แต่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากทำงานและทุกข์ใจที่ต้องทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ สำหรับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลจากการศึกษาของ นูจรินทร์ (2543) พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายจะเน้นการช่วยชีวิตผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะตายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยตายได้อย่างสงบ ส่วนการดูแลผู้ป่วยในขณะที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถให้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพ และสอดคล้องกับอาการที่แปรเปลี่ยนไปของผู้ป่วย

2. การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

เมื่อมีสถานการณ์ซับซ้อนหรือเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลในครอบครัว และจากสถานการณ์ดังกล่าวมีผลต่อการมีชีวิตรอดต่อไป สิ่งทีหลีกเลี่ยงไม่ได้คือแผนการรักษาและการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ซึ่งจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันสามารถทำให้

มีการยืดชีวิตได้ และจากการรักษาในการยืดชีวิตดังกล่าวหากทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ก็เป็นสิ่งที่ควรทำและจำเป็นต้องทำ ในทางตรงข้ามอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานอย่างไม่มีที่สิ้นสุดได้เช่นกัน การตัดสินใจในการรักษาจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนัก เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานมากที่สุด (ปรางค์ทิพย์, 2541; สันต์, 2546ก) แต่ในการตัดสินใจดังกล่าวพบว่า เป็นการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน ซึ่งแต่ละบุคคลนั้น มีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลก่อน เพื่อเลือกวิธีปฏิบัติจากหลายทางเลือกที่คิดไว้ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (ปรางค์ทิพย์, 2541) โดยอาศัย ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจ และกระบวนการคิดของบุคคล นั้นจะขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาและประสบการณ์ทางสังคม บุคคลจึงมีระดับความคิดและการใช้ เหตุผลที่แตกต่างกัน (ประพิณ, 2541) ในกรณีที่ไมทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่แน่ใจ เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจในการรักษาจะต้องทำในสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย (Sloan, 1996) แต่ในการตัดสินใจสำหรับช่วงเวลาวิกฤตดังกล่าวนั้นอาจเป็นเพียงการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน หรือการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัวหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ และใน สถานการณ์ดังกล่าวผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนมักจะใช้ความรู้สึก คุณค่า ความเชื่อและความต้องการ ของตนเองเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจ โดยไม่คำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย เป็นหลัก ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีปัจเจกบุคคลใดควรจะได้รับอำนาจการตัดสินใจมีชีวิตอยู่หรือ การตายของผู้อื่น ทุกคนควรตระหนักถึงอันตรายในการที่จะให้อำนาจแก่ผู้ใดผู้หนึ่งในวิชาชีพ แพทย์หรือวิชาชีพอื่นที่จะใช้อำนาจนั้นให้มีอิทธิพลเหนือชีวิตและอนามัยของสาธารณชนส่วนใหญ่ (วิฑูรย์, 2537)

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางร่างกายที่ถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่องโดยศาสตร์หลายสาขาในการรักษา จากสถานการณ์ วิกฤตนั้นๆ ผู้ให้บริการจะมุ่งหวังและให้ความสนใจต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยอาจทำให้ละเลยและ ไม่ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสิทธิของผู้ป่วยก็ยังคงมีอยู่และต้องไม่ถูกริดรอนด้วยขบวนการ ทางการแพทย์ (ช้องมาศ, สิริพร, สุปรามณี, รพีพร และ สุภาภรณ์, 2543)

และในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตนั้นนอกจากตัว ผู้ป่วยเองแล้ว ผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและมีส่วนร่วม ด้วยเช่นกัน

2.1 สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องคำนึงสิทธิของผู้ป่วย เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ที่รักษา (the right to be informed) รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) และสิทธิส่วนบุคคล (right of privacy) โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ตามมาตรา 31 ความเป็นว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” โดยหลักกฎหมายแล้วเจ้าของแห่งสิทธิผู้ป่วยคือตัวผู้ป่วยเองดังนั้นผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมาย (incompetent) ที่จะแสดงเจตนา เช่นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไร้ความสามารถซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ตรงที่ว่า ขณะที่แสดงเจตนาผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้สึกตัวดี (good consciousness) มีความสามารถในการตัดสินใจโดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตัวเองหรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน (proxy) เพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการตามสิทธิแทนตนได้ เมื่อตัวแทนได้ดำเนินการแทนผู้ป่วย ย่อมมีสิทธิบังคับใช้ได้แม้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจแล้วก็ตาม แต่ในประเทศไทยของศักราชวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้นเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งได้กล่าวถึงความหมายของสิทธิผู้ป่วยว่าเป็นความชอบธรรมที่ผู้ป่วยจะพึงได้รับจากบริการทางการแพทย์ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วยนั่นเอง เพื่อให้รู้ทั่วกันทั้งประชาชน ผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดความขัดแย้งและนำไปสู่ ความไว้วางใจอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ดี ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ จะทำให้ประชาชนที่ป่วยรับรู้ว่ามีสิทธิและสามารถที่จะสื่อกับผู้ที่จะให้บริการได้อย่างถูกต้องและผู้ให้บริการเองก็มีสิทธิและควรให้บริการอย่างเป็นธรรมด้วย โดยได้ประกาศสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการขึ้น (ฉลาดบริโภค, 2543; วารุณี, 2541; สารสภาการพยาบาล, 2541; สุภิญญา, 2542)

จากสิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ประการนี้ยังไม่มีการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยใน 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ สิทธิที่จะตายตามธรรมชาติและสิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองไว้ ทั้งนี้เพราะแพทย์พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากยังไม่เห็นด้วยที่จะให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติและไม่เห็นด้วยมากขึ้นหากผู้ป่วยมีสิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง (สันต์, 2545) ซึ่งปัจจุบันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ในมาตรา 24 กล่าวว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” โดยมีคำชี้แจงดังนี้ “เพื่อให้บุคคลมี

สิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยึดชีวิตหรือแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นและเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในทุกๆด้าน โดยสามารถให้สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (living will) (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540; สันต์, 2545๗)

จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิตโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ (2541) ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรี จำนวน 161 คนพบว่าร้อยละ 75.1 เห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิต เพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคล เป็นหลักประกันสำหรับผู้ประสงค์ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุดสำหรับตนเอง เป็นมาตรการหนึ่งซึ่งช่วยแพทย์ในการวางแผนรักษาโรคผู้สูงอายุซึ่งจะได้สบายใจในการที่จะปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคต้องทนทุกข์ทรมานหรือไม่มีทางรักษาพยาบาลให้หายขาดได้ เป็นภาระแก่ญาติพี่น้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมในชีวิตที่ไม่แน่นอนร้อยละ 91.3 เห็นว่าขณะที่บุคคลมีชีวิตอยู่และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ทุกประการสามารถจะแสดงเจตนารมณ์เพื่อทำพินัยกรรมชีวิตได้ เพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคลในการแสดงเจตนารมณ์ แต่ทั้งนี้ควรขึ้นอยู่กับมาตรฐานทางการแพทย์ และเจตนารมณ์ของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตเป็นการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนตาย เพราะไม่ทราบล่วงหน้าได้ว่าความเจ็บป่วย/ตายจะเกิดขึ้นเมื่อใด และผู้ทำพินัยกรรมชีวิตมีความสามารถครบถ้วนร้อยละ 78.8 เห็นว่าควรมีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกันสำหรับผู้ประสงค์ที่จะทำพินัยกรรมชีวิตและคุ้มครองผู้ที่จะต้องปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต และเพื่อเป็นการป้องกันการกระทำโดยที่มีเจตนาไม่สุจริตแอบแฝง เช่น ทายาทต้องการผลประโยชน์ เพื่อประสงค์ต่อทรัพย์สินของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต เป็นต้น ร้อยละ 83.2 เห็นว่าการทำพินัยกรรมชีวิตไม่เป็นการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานในเรื่องสิทธิมนุษยชน เพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะแสดงความประสงค์เกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเอง แต่ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ทำพินัยกรรมชีวิตต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อการตัดสินใจได้ถูกต้องและเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ทำพินัยกรรมชีวิตยินยอมขอมไม่ผิด แต่ถ้าญาติดำเนินการเอง คณะกรรมการที่รับผิดชอบต้องพิจารณาและร้อยละ 70.2 เห็นว่าการทำพินัยกรรมชีวิตไม่ขัดต่อเรื่องศีลธรรม เพราะเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะแสดงความประสงค์เกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเองเป็นการแสดงเจตนาที่ไม่ได้ทำร้ายผู้อื่นหรือสังคม แต่เป็นการแสดงความต้องการให้หยุดการรักษาพยาบาลตนเองหรือไม่ให้ดำเนินการต่อไปและโดยหลักการก็มีวิธีปฏิบัติให้เป็นไปตามธรรมชาติได้เพราะตามกฎของธรรมชาติและสัญชาตญาณของมนุษย์ทุกคนต้องมีเกิด แก่ เจ็บ ตาย และถ้ามีมาตรการและวิธีการที่ถูกต้องโดยไม่เป็นในลักษณะของเมตตามรณะโดยตรง ส่วนร้อยละ 70.2 เห็นว่าควรมีองค์กรหรือหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อใช้เป็นบรรทัดฐาน ควบคุม ตรวจสอบ

พิจารณาวิธีปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้ถูกต้องตามกฎหมายและเจตนาของผู้ทำ
 พันธกรรมชีวิตตลอดจนพิจารณากรณีที่เกิดข้อสงสัยหรือข้อพิพาทต่างๆ และหน่วยงานควร
 เป็นเพียงผู้เสนอแนวทางและให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สนใจไม่ควรมีอำนาจอื่นใด จะเห็นได้ว่า
 ปัจจุบันมีการตื่นตัวในการพันธกรรมชีวิตเพิ่มมากขึ้นเพราะเล็งเห็นถึงประโยชน์และผลจากการ
 ทำพันธกรรมชีวิตที่ได้รับ แต่ในขณะที่เดียวกันประชาชนในระดับชาวบ้านธรรมดา มักจะมองควา
 แพทย์เป็นผู้มีความรู้มีคุณธรรมและมีพระคุณที่ช่วยให้เขาเหล่านั้นพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่
 การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั้งหมดจึงอยู่ที่แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ชาวบ้านมักจะไม่คิดเลย
 ว่าเขามีสิทธิอย่างไร ในฐานะผู้ป่วยหรือร่วมตัดสินใจในวิธีการรักษา (แสวง, 2540) สำหรับความ
 ตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วย จรินทร์ และชุมศรี (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องเจตคติของพยาบาลต่อสิทธิ
 ของผู้ป่วยกับการปฏิบัติการพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 ในเขตจังหวัดราชบุรีพบว่าพยาบาลมีความรู้ลึกในทางบวกต่อการให้ข้อมูลด้านสุขภาพกับ
 ผู้รับบริการด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมรับ
 บริการนั้นและเห็นด้วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว
 ให้ได้รับความปลอดภัยอย่างเท่าเทียมกัน และเห็นด้วยกับการที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจและ
 วางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยเมื่ออยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตราย
 ทั้งนี้เนื่องจากต้องการให้ผู้รับบริการได้รับบริการด้วยความรวดเร็วและได้รับความช่วยเหลือ ได้
 ทันที

จะเห็นได้ว่าปัญหานี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก เพราะเกี่ยวข้องกับหลักกฎหมายและ
 ปัญหาทางด้านจริยธรรม (แสวง, 2540) และจากมาตรา 24 ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพกล่าวว่
 บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไป
 เพียงเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็น
 มนุษย์ และเพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลาย
 ของชีวิตโดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นและไม่ให้เป็นภาระ
 ในทุกๆ ด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (living will) (รัฐธรรมนูญแห่ง
 ราชอาณาจักรไทย, 2540) และจากการสำรวจของศูนย์วิจัยธุรกิจบัณฑิตโพล ในหัวข้อ “ผู้สูงอายุใน
 สังคมไทย” โดยสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 936 ราย ผลการสำรวจพบว่า
 ผู้สูงอายุร้อยละ 47 เห็นด้วยกับกฎหมายที่ยอมให้แพทย์กำหนดการจากไปของชีวิตผู้ป่วยหนักหรือ
 ได้รับความทรมานจากความเจ็บป่วย ส่วนร้อยละ 36 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 17 ยังไม่แน่ใจ
 ซึ่งผลสำรวจดังกล่าวสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว (นสพ.ผู้จัดการรายวัน,
 2545) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของ

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 คัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย โดยสถานการณ์ที่ตัดสินใจตายมากที่สุดคือต้องการให้ แพทย์หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 86.7

ปัจจุบันประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายมีสิทธิ ร้องขอให้แพทย์ทำให้ตนตายโดยสงบ และแพทย์ที่ทำเช่นนั้นไม่มีความผิดคือประเทศเนเธอร์แลนด์ ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และประเทศเบลเยียมเริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2545 (สันต์, 2545ข) และหลายรัฐ ในสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายในการยอมรับ “การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือยุติชีวิต โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้วทำคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อสั่งให้แพทย์ที่รักษาคณ ให้ทำการเลิกใช้วิธีการชะลอความตายได้ เมื่อเขาตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า ทัศนัยกรรมชีวิตเช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยความตายโดยธรรมชาติของรัฐแคลิฟอร์เนีย มีข้อกำหนดว่าคำสั่งนั้นผู้ป่วยต้องลงนามไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วันนับแต่ผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยและได้ทราบจากแพทย์แล้วว่าตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สำหรับกฎหมายว่าด้วยสิทธิ ที่จะตายของรัฐออร์เรกอนเกี่ยวกับการรักษาผู้หมดสติ ซึ่งไม่ได้มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร ให้อำนาจในการที่ยับยั้งชะลอความตายไว้ (วิฑูรย์ และ รัชต์ชัย, 2530) ดังนี้

กรณีแรก ถ้าผู้ป่วยหมดสติและตามเหตุผลทางวิชาการแล้วผู้นั้น ไม่อาจฟื้นขึ้นใหม่ได้ โดยแพทย์ที่รักษาได้ตัดสินใจแล้วว่าผู้ป่วยตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและการตัดสินใจของแพทย์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทย์แล้วทำให้เลิกชะลอความตาย

กรณีที่สอง เมื่อแพทย์ที่รักษาได้รับคำร้องขอจากญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดใน ลำดับแรกของผู้ป่วยและเห็นด้วย ก็ให้เลิกวิธีการนั้นได้เช่นกัน

กรณีที่สาม ถ้าบุคคลดังกล่าวในกรณีที่สองไม่มีหรือ ไม่อาจร้องขอได้ แพทย์ที่รักษา ก็ อาจจะสั่งให้เลิกใช้วิธีการชะลอความตายด้วยตนเองได้

ในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตนั้น นอกจากตัวผู้ป่วย เองแล้ว ผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มที่มี ส่วนร่วมด้วยเช่นกัน และในการดูแลรักษาผู้ป่วยสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงและขาดไม่ได้เพื่อการดูแล รักษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งการป้องกันการกระทำผิดทางหลักกฎหมาย คือเรื่องของสิทธิผู้ป่วยนั่นเอง

2.2 ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

2.2.1 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางร่างกายที่ถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยศาสตร์หลายสาขาในการรักษาภาวะวิกฤต ถึงแม้ว่าผู้ให้บริการจะมุ่งหวังและให้ความสนใจต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยร่วมด้วย เพราะสิทธิของผู้ป่วยยังคงมีอยู่และต้องไม่ถูกริดรอนด้วยขบวนการทางการแพทย์ (ซ็องมาส และ คณะ, 2543) ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ที่รักษา (the right to be informed) รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) และสิทธิส่วนบุคคล (right of privacy) โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ตามมาตรา 31 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” โดยหลักกฎหมายแล้ว เจ้าของแห่งสิทธิผู้ป่วยคือตัวผู้ป่วยเองดังนั้นผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมาย (incompetent) ที่จะแสดงเจตนา เช่น ผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า ขณะที่แสดงเจตนาผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้สึกรู้ตัวดี (good consciousness) มีความสามารถในการตัดสินใจ โดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตัวเองหรือแสดงเจตนา แต่งตั้งตัวแทน เพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการตามสิทธิแทนตนได้ เมื่อตัวแทนได้ดำเนินการแทนผู้ป่วย ย่อมมีสิทธิบังคับใช้ได้แม้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจแล้วก็ตาม อีกทั้งปัจจุบันในเรื่อง สิทธิและเสรีภาพของบุคคลรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เขียนรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ 3 มาตราด้วยกัน คือ มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพของคนย่อมได้รับความคุ้มครอง มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ และมาตรา 28 บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนเองได้เท่าที่ไม่ละเมิดกฎหมายและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญและไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน จะเห็นได้ว่ากฎหมายรัฐธรรมนูญได้รับรองสิทธิเหล่านี้และสิทธิที่จะตัดสินใจในการรักษาพยาบาลหรือสิทธิในการเลือก ที่จะตายก็เป็นเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เช่นกัน แสดงว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจในการ รักษาพยาบาลตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ (วิฑูรย์, 2545ข)

2.2.2 ผู้ตัดสินใจแทน

เมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถตัดสินใจเองได้ สำหรับผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงที่มอบให้ผู้ใดมีอำนาจในการตัดสินใจแทน (surrogate selected by patient) ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่ใช่ทายาทก็ได้ ด้วยการแสดงเจตนาชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งทายาทในครอบครัวจะมีลำดับความใกล้ชิดผู้ป่วยต่างกัน (วิชัย, 2545) และในการตัดสินใจของครอบครัวนั้น ครอบครัวมีทางเลือกหลายวิธีในการตัดสินใจ ทางเลือกที่ดีที่สุดคือการตัดสินใจร่วมกัน สมาชิกทุกคนเห็นด้วยกับผลของการตัดสินใจนั้น แต่ในความเป็นจริงการตัดสินใจในบางเรื่องไม่สามารถทำให้ทุกคนพอใจได้หมด สมาชิกบางคนอาจยังมีความไม่พอใจ (รุจา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ช้องมาศและคณะ (2543) ในเรื่องความคิดเห็นและความตระหนักของเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีต่อสิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลพิจิตร พบว่าญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างกัน มีความคิดเห็นต่อสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยบุตรจะมีความคิดที่เห็นด้วยต่อสิทธิของผู้ป่วยดีกว่า พ่อ แม่ สามี ภรรยา สัมพันธ์กับบทบาทและหน้าที่ของบุตรที่พึงปฏิบัติต่อบิดามารดาคือการดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อแก่เฒ่า และดูแลเมื่อเจ็บป่วย เช่นเดียวกันกับการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรมากที่สุด โดยบุตรหญิงมีบทบาทมากกว่าบุตรชายในอัตราร้อยละ 43.4 และร้อยละ 20.1 ตามลำดับ (จุฬามาศ, สมพร, สุภาพร, และวิไลวรรณ, 2536; วงรัตน์, 2544) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจความต้องการของญาติ ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบว่าผู้ที่มาดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จุฬามาศ และ คณะ, 2536; วิมลรัตน์, 2535; วงรัตน์, 2544) เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอดทนสูง รวมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแล แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสตรงลงมาเป็นบุตร (จุฬามาศ และ คณะ, 2536; วงรัตน์, 2544)

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับชั้นของทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาตรา 1629 และ มาตรา 1635 กำหนดให้ทายาทโดยชอบธรรมมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังดังต่อไปนี้ (วิชัย, 2539; วิชัย, 2545) คือ

1. คู่สมรสและผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา)
2. บิดามารดา
3. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
4. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
5. ปู่ ย่า ตา ยาย

6. อุง ป่า น้ำ อา

จากการศึกษาเรื่องความต้องการในภาวะสูญเสียเสรีภาพของสมาชิกในผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยใกล้ตายของสุมิศา (2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังมีความต้องการอยู่กับผู้ป่วยและมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยต้องการให้มีการตอบคำถามและการให้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษา จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าผู้ตัดสินใจแทนจะเป็นผู้ทำการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลแต่บุคลากรทางการแพทย์ก็มีส่วนร่วมสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนด้วยเช่นกัน และ ผู้ที่จะสามารถตัดสินใจใดๆ หรือตัดสินใจแทนผู้ใดในการรักษาพยาบาลจะถือตามความสามารถทางกฎหมาย เป็นสำคัญ การให้ความยินยอมของผู้ป่วย ทายาท หรือผู้มีอำนาจปกครองนั้นกฎหมายไม่ได้บังคับว่าต้องให้ทำแบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้นการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถที่จะกระทำได้ดังต่อไปนี้ (วิสูตร และ คณะ, 2544)

1. วาจา คือการที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ขออนุญาตผู้ป่วย หรือ ผู้ที่มีอำนาจโดยชอบด้วยกฎหมายว่าจะขอตรวจหรือดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดทางการแพทย์เพื่อการตรวจรักษา หรือบำบัดโรค

2. ลายลักษณ์อักษร คือทำเป็นหนังสือ ในสถานพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน มักจะให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรมากกว่า เพราะเป็นหลักฐานที่ชัดเจนแน่นอน และสามารถใช้เป็นเอกสารที่แสดงว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมจริงๆ มิใช่สถานพยาบาลอ้างว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมเองและมักจะมีพยานอยู่ในเอกสารดังกล่าวด้วยเสมอ มักจะมีพยานอย่างน้อยสองคน

3. โดยปริยายหรือการแสดงออก เช่น การที่เรียกผู้ป่วยเข้ามาตรวจผู้ป่วยก็มีได้ปฏิเสธและยินยอมให้ตรวจและร่วมมือกับแพทย์ทุกอย่าง ถือได้ว่าให้ความยินยอมโดยปริยายแล้ว

มีหลักทั่วไปเป็นเหตุยกเว้นความผิดทางอาญาอยู่ว่า ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหายให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดนั้น ถ้าความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดีและมีอยู่จนถึงขณะกระทำการ อันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดนั้นแล้ว ความยินยอมนั้นเป็นข้อยกเว้นมิให้กระทำการนั้นเป็นความผิดขึ้นได้ ความยินยอมที่เป็นเหตุยกเว้นความผิดทางอาญา มีดังนี้คือ

1. ต้องเป็นความยินยอมที่บริสุทธิ์ คือได้มาโดยชอบ กล่าวคือ ต้องมิใช่เป็นการให้ความยินยอมเพราะถูกหลอกลวงหรือใช้กลฉ้อฉล ถูกข่มขู่ ลำคัญผิด หรือด้วยวิธีการประการใดประการหนึ่งที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

2. ต้องเป็นความยินยอมที่มีอยู่ก่อนที่จะมีการกระทำและมีอยู่ตลอดเวลาจนถึงขณะกระทำ อันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด

3. ต้องเป็นความยินยอมที่ได้จากผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถในการให้ความยินยอม

4. ต้องไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของสังคม

ดังนั้นประเด็นการให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษาเพื่อพ่วงชีวิต โดยการใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะการให้ญาติลงลายมือชื่อยินยอมหรือไม่ยินยอมแทนผู้ป่วยอาจไม่มีผลทางกฎหมาย แต่ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจไม่ยอมรับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยืดชีวิตและผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน โดยให้ญาติลงนามเป็นพยานย่อมมีผลทางกฎหมาย (วิฑูรย์, 2544) แต่จากการศึกษาของ ทิวเคิน, ทอลลี, กาแลน และเนลสัน (Tilden, Tolle, Garland & Nelson, 1995) ในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต โดยศึกษาในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 32 ครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ พบว่าเมื่อถามครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิต หากการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายและฟื้นกลับมาได้ และพบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวได้ทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจในสิ่งที่ตนเองได้ทำการตัดสินใจไปแล้วนั้น ซึ่งความรู้สึกนั้นยังคงมีอยู่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตาม

2.2.3 แพทย์/พยาบาล

แพทย์เป็นผู้มีหน้าที่รักษา หรือยุติการรักษาผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตจำนงให้แพทย์ทราบได้แพทย์มีความจำเป็นทางจริยธรรมที่จะพิสูจน์ความจริงและปกป้องผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของญาติผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบถึงความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยและความเข้าใจของญาติต่อความประสงค์ของผู้ป่วยโดยพิจารณา ดังนี้ (Lo, 1995 อ้างตาม วิชัย, 2545)

1. การตัดสินใจของญาติผู้ป่วยขัดกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ แพทย์สามารถเน้นให้ญาติทราบว่า การตัดสินใจเลือกรักษาต่อหรือหยุดรักษานั้นไม่ใช่เพื่อตัวญาติเองแต่เพื่อผู้ป่วย

2. ญาติผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลและความจำเป็นของการตัดสินใจได้หรือไม่

3. ระดับความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเป็นทายาทลำดับเท่าใดตามกฎหมาย ซึ่งโดยหลักแล้วทายาทตามกฎหมายลำดับต้นย่อมมีอำนาจโดยชอบธรรมที่จะตัดสินใจ

กรณีผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาแต่อาจจะอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวหรืออาจรู้ได้บ้างและร้องขอให้หยุดการรักษาเช่น หยุดการใส่ท่อช่วยหายใจ ถอดสายยางต่างๆ เนื่องจากเจ็บปวดทรมาน แต่มิได้ปฏิเสธการรักษาอื่นหากถ้าหยุดทำการรักษาแล้วผู้ป่วยจะต้องตาย หรือกรณีที่ญาติผู้ป่วยเรียกร้องให้แพทย์ยุติการรักษาผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วยก็ดี ในต่างประเทศจำเป็นต้องนำเรื่องไปให้ศาลตัดสินก่อน แพทย์จึงจะตัดสินใจได้ว่า จะหยุดหรือไม่หยุดทำการรักษา แต่ในประเทศไทยจะรอเพียงการตัดสินของศาล ไม่ได้ เพราะยังไม่มีกฎในการนำคดีสู่ศาล ดังนั้นแพทย์จึงปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ทางสังคม ศีลธรรม เศรษฐกิจ เป็นกรณีๆ ไป ตามกาลเทศะ และบุคคลนั้น โดยอาศัยข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้ (จรัญ, 2534 อ้างตาม วิชัย, 2545)

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดชอบเพียงใด
2. ผู้ป่วยมีความปรารถนาอย่างไร
3. โอกาสจะหายมีมากน้อยเพียงใด
4. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งภาระของญาติมากน้อยเท่าใด
5. ความจำเป็นของผู้ป่วยอื่นที่รอเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่จำกัดมีอย่างไร

พยาบาลผู้ซึ่งมีหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การพยาบาล และต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีโอกาสเผชิญกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต และในการตัดสินใจเพื่อทำการรักษาพยาบาลดังกล่าวนี้ต้องตระหนักถึงการตัดสินใจโดยต้องมีสติ รอบคอบ จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่ การตัดสินใจถูกต้อง และอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมสูง จะเป็นสิ่งช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีมาตรฐานและมีคุณภาพในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันเหตุการณ์ (ประพิณ, 2541) ซึ่งการตัดสินใจทางจริยธรรม (moral judgement) เป็นกระบวนการหาเหตุผลต่างๆ ตามแนวทางของปรัชญา (moral philosophy) หรือหลักจริยศาสตร์ (ethics) ซึ่งไม่อาจชี้ชัดได้ว่าถูกหรือผิดแน่นอน บางกรณีอาจมีปัญหาที่ก่อให้เกิดความโต้แย้งได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการตีความในกฎหมายด้วยแล้ว บางครั้งการตัดสินใจตามเกณฑ์ของเหตุผลทางจริยธรรม อาจมีผู้เห็นว่าขัดต่อกฎหมายก็ได้ (วิฑูรย์, 2537) และในการตัดสินใจใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของบุคคลนั้นๆ เป็นองค์ประกอบ สำหรับเหตุผลที่แพทย์มักนำมาใช้

ในการตัดสินใจเพื่อจำกัด การรักษาผู้ป่วยคือการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ไม่สามารถรับรองคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมาก (Lo & Jonsen, 1980) ในประเทศไทย (วรารัตน์ และ คณะ, ม.ป.ป. อ้างตาม ดุสิต, 2545) ได้รายงานการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลของประเทศไทยที่ทำงานในสาขากุมารเวชกรรมทั่วประเทศต่อการจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามพร้อม ตัวอย่างผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2541 โดยมีผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1193 ฉบับ ปัจจัยที่ผู้ตอบเห็นว่ามอิทธิพลต่อการตัดสินใจจำกัดขอบเขตของการรักษาคือโอกาสที่จะรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยครั้งนั้น โอกาสที่จะหายจากโรคหรือความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตจากการประเมินของคณะแพทย์ผู้ดูแล ปัจจัยที่ผู้ตอบคิดว่ามีความสำคัญน้อยต่อการตัดสินใจคือข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียง บุคลากร และอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ศาสนา และความเชื่อและภูมิปัญญาก่อนการเจ็บป่วย

มีปัญหาที่พบบ่อยคือ แพทย์ควรจะรักษาผู้ป่วย (ที่หมดหวัง) เพื่อประโยชน์ของใคร เพื่อประโยชน์ของตัวเองที่ไม่อยากถูกฟ้องร้อง ว่ารักษาผิดพลาด รักษาไม่ดี รักษาไม่เต็มที่ หรือเพื่อตัวผู้ป่วยเองเพื่อการจากไปโดยไม่ต้องทรมานกับแนวทางการรักษาต่างๆ หรือเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติที่มักจะใช้คำว่า “รักษาให้ถึงที่สุด เสียเงินเท่าไรไม่ว่า ขอให้ให้ยาที่ดีที่สุด รักษาเต็มที่ ไม่อยากให้ผู้ป่วยจากไป” ทั้งๆ ที่การรักษาเป็นการประวิงการตายออกไปอย่างทรมาน สำหรับญาติซึ่งมักจะนึกถึงความต้องการของตนเองโดยไม่ได้คำนึงว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานเพียงใด เมื่อสอบถามในทางกลับกันหากญาติเป็นผู้ป่วยเองจะทำอย่างไร ญาติส่วนใหญ่กล่าวว่า “ขอตายดีกว่า ไม่อยากทรมาน” (ระพีพล, 2545) และจากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของการตัดสินใจนั้น วิไลวรรณ (2539) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของแนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ พบว่านักกฎหมายส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรให้คณะแพทย์หรือคณะกรรมการด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยร่วมเป็นผู้ตัดสินใจว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่สิ้นหวัง ควรให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและแพทย์ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยแพทย์จะต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องในทุกด้านเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ แต่ไม่ควรที่จะทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงจากยาหรือวิธีอื่นใด ควรเปิดโอกาสให้มีการปล่อยผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจากการตัดสินใจดังกล่าว ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาอย่างชัดเจน แพทย์ไม่ควรปิดกั้นหรือตัดความหวัง ถึงแม้ว่าอาจเป็นไปได้ยากตามทัศนคติของแพทย์ แต่ควรให้การสนับสนุนตามสมควรและเพื่อป้องกันการเข้าใจผิด (ก้องเกียรติ, 2545) ส่วนการร่วมในการตัดสินใจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนตามความแตกต่างของวัฒนธรรม และการมองเห็นถึงความต้องการของผู้ตัดสินใจแทน หรือครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือในด้าน

การดูแลผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้นับว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย เป็นไปได้อย่างราบรื่น (Emanuel, 2000) และจากการศึกษาของระนอง (2541) ซึ่งพบว่าใน สังคมไทยการพิจารณาปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตายยังใช้การพิจารณามตาม แนวทางพุทธจริยศาสตร์ควบคู่กับการใช้วิจารณญาณของแพทย์และพยาบาลในการเลือกแนวทาง ปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ และสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ในการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วยคือผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรักษา ทั้งทางด้านสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และหลัก พื้นฐานด้านจริยธรรม โดยมองถึงประโยชน์ที่ได้รับ (Marker & Hamlon, 2002) จากงานวิจัย ดังกล่าวพบว่าหากให้การรักษาพยาบาลโดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและทำตามการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว จะช่วยให้ลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน และบุคลากรทางการแพทย์ได้อีกทางหนึ่งด้วย สำหรับในการรักษาของแพทย์นั้นต้องคำนึงถึงสิทธิ ที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยร่วมด้วย จากการวิเคราะห์ของแสวง (2540) สามารถ วิเคราะห์ได้เป็น 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 หากแพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติเมื่อถึงเวลา ที่หมดทางรักษาโดยไม่นำเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยยืดชีวิตออกไปอีก (passive euthanasia) แพทย์จะทำได้หรือไม่และหากผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ด้วย แพทย์จะต้อง ถือปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือไม่ แสวง (2540) มีความเห็นว่าหากเป็นกรณีที่ หมดทางรักษาจริงๆ แพทย์สามารถที่จะงดการใช้เครื่องมือต่างๆ ได้ โดยเพียงดูแลให้ผู้ป่วยคลายจาก ความทุกข์ทรมานและให้ถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ ในแง่มุมของกฎหมาย แพทย์คงจะไม่มี ความผิดอันใด ยิ่งหากเป็นเจตนาของผู้ป่วยด้วยแล้ว เท่ากับผู้ป่วยได้ใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาหน้าที่ ของแพทย์คงจะต้องสิ้นสุดลงและดำเนินการไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

กรณีที่ 2 หากแพทย์ได้ใช้ยาหรือวิธีอื่นใดให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เพื่อให้พ้น จากสภาพที่ทุกข์ทรมานหรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วย ความสงบ (active euthanasia) แพทย์จะทำได้หรือไม่ กรณีนี้ยังเป็นปัญหาที่โต้แย้งกันอยู่ โดย มุมมองทางกฎหมาย ถือว่าการกระทำของแพทย์เป็นการเร่งการตายของบุคคล มีลักษณะเป็นการ กระทำหากจะถือว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ที่ต่อเมื่อรัฐออกกฎหมายมารับรองในเรื่องดังกล่าว

2.3 เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น นอกจากข้อมูล ที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ปัจจัยส่วนบุคคลนับว่าเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่ง

ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคือ คุณค่า ความเชื่อ ทัศนคติ ความต้องการ ประสบการณ์ในอดีต ความรู้ เป็นต้น

2.3/1 คุณค่า ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

คำว่าคุณค่า Value หมายถึง การให้ความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ตามการรับรู้และความรู้สึกของบุคคล คุณสมบัติที่ได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ความงาม ความดี ความถูกต้องเป็นคุณค่าทางจริยธรรม (ฟารีดา, 2541; สิวลี, 2537) รวมหมายถึงสิ่งที่มีค่าควรแก่การสนใจ ควรแก่การประพฤติปฏิบัติ (วิธาน และ สนิธิ, 2537) ซึ่งโดยปกติในชีวิตประจำวัน มนุษย์เราต้องตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ อยู่ตลอดเวลา และในการเลือกดังกล่าวแฝงไว้ด้วยการให้คุณค่าแก่สิ่งนั้นๆ (สิวลี, 2537) และในการดูแลผู้ป่วยความเข้าใจในคุณค่าของมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและนำไปสู่การรู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ (อุไร, 2537) และการให้ความหมายของสิ่งใดๆ ก็ตามในการตัดสินใจว่ามีคุณค่าหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินของแต่ละบุคคล (พุทธทาส, 2544) สำหรับในด้านการรักษาพยาบาลที่ชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ก็เช่นเดียวกันภายใต้การตัดสินใจดังกล่าวย่อมสืบเนื่องมาจากการให้คุณค่าของการกระทำเหล่านั้นว่าดีและถูกต้องเพียงใด ตามความรู้สึก ตามเหตุผล และตามความคิดของแต่ละบุคคล

ในทางหลักจริยศาสตร์เมื่อพูดถึงคุณค่า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ทัศนะ คือ ทัศนะแบบสัมพัทธ์นิยม (relativism) ทัศนะของพวกประโยชน์นิยม (utilitarianism) และทัศนะแบบสัมบูรณ์นิยม (absolutism)

1. ทัศนะแบบสัมพัทธ์นิยม (relativism)

ทัศนะแบบสัมพัทธ์นิยม มีความเห็นว่า คุณค่าเป็นสิ่งที่กำหนดขึ้น โดยมีความเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง สภาพแวดล้อมและเวลา คุณค่าจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ไม่คงที่ เมื่อพิจารณาถึง คุณค่าของการกระทำ จึงมีความเชื่อว่าคุณค่าของการกระทำเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้และเกณฑ์ ตัดสินจริยธรรมหรือเกณฑ์ตัดสินจริยธรรมหรือเกณฑ์ตัดสินการกระทำย่อมมีหลายเกณฑ์ สิ่งที่จะนำมาเป็นหลักหรือมาตรฐานในการตัดสินการกระทำ ให้ดูที่ผลของการกระทำเป็นเกณฑ์ ถ้าผลของการกระทำก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่คนจำนวนมาก สามารถตัดสินใจได้ว่าเป็นการกระทำที่ ถูกต้องสมควรทำ

2. ทัศนะของพวกประโยชน์นิยม (utilitarianism) ซึ่งมีจอห์น สจิวต์ มิลล์ (John Stuart Mill) เป็นผู้นำ มิลล์เห็นด้วยกับหลักการของกลุ่มประโยชน์นิยมที่ถือ “หลักมหัสข” (the greatest happiness principle) เป็นเกณฑ์ตัดสินการกระทำ ใจความสำคัญของหลักมหัสข มีอยู่ว่า “ความสุขจำนวนมากสาคแก่คนจำนวนมาก” (the greatest happiness for the greatest sum)

ในการตัดสินใจการกระทำให้อธิบายประโยชน์สุขจำนวนมากที่เกิดกับคนจำนวนมากเป็นเรื่องที่บอกถึงความถูกต้อง โดยดูที่ผลของการกระทำ ถ้าผลของการกระทำก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนจำนวนมาก การกระทำนั้นก็ถือว่าถูกต้อง ในทำนองเดียวกันการกระทำใดก็ตามถ้าผลของการกระทำก่อให้เกิดโทษหรือทุกข์แก่คนจำนวนมากแล้วก็เป็นกรกระทำที่ไม่ถูกต้อง (Stumpf, 1970 อ้างตาม สิวลี, 2537) การกระทำบางอย่างอาจก่อให้เกิดทั้งประโยชน์สุขและความทุกข์ก็ต้องนำประโยชน์และโทษนั้นมาหักลบกันดู ถ้าพิจารณาหักลบดูแล้วผลที่ได้ก่อให้เกิดความสุขมากกว่าก็ถูกต้อง แต่ถ้าผลที่ได้ก่อให้เกิดโทษมากกว่าก็ถือว่าเป็นสิ่งผิด

หากนำทัศนะของมิลล์มาตัดสินการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ต้อง นำมาพิจารณาว่า เมื่อกระทำไปแล้วก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่หรือไม่ หักลบแล้วก่อประโยชน์หรือโทษมากกว่า เมื่อมองผลกระทบที่ตามมา

3. ทัศนะแบบสัมบูรณ์นิยม (absolutism)

นักจริยศาสตร์กลุ่มนี้มีความเห็นว่า คุณค่าทั้งหลาย เช่น ดี ชั่ว ถูก ผิด เป็นสิ่งที่มืออยู่จริงตายตัวเป็นอิสระจากจิตของมนุษย์ คือมนุษย์ไม่ได้สร้างขึ้น แต่มนุษย์สามารถตระหนักถึงคุณค่าเหล่านี้ได้ คุณค่าเป็นสิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลง และเกณฑ์ตัดสินจริยธรรมย่อมมิได้เกณฑ์เดียว สิ่งที่จะนำมาเป็นมาตรฐานการตัดสินการกระทำได้แก่ เจตนาของผู้กระทำ นักจริยศาสตร์ผู้นำของทัศนะนี้ ได้แก่ นักปราชญ์ชาวเยอรมันชื่อ อิมมานูเอิล ค้านท์ (Immanuel Kant) ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับมิลล์ ค้านท์มีความเห็นว่าค่าทางจริยศาสตร์เป็นสิ่งที่มืออยู่จริงและตายตัว ดังนั้นจะถือเอาผลของการกระทำมาเป็นสิ่งตัดสินไม่ได้ เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคือ เจตนาดี (good will) ค้านท์ได้ให้ความสำคัญแก่คุณค่าของมนุษย์เหนือสิ่งอื่นใด มนุษย์แต่ละคนมีศักดิ์ศรีและเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเอง จะนำมนุษย์ไปเป็นเครื่องมือในการกระทำสิ่งใดหรือทดลองใดๆ ไม่ได้ทั้งสิ้น ผู้ป่วยไม่ใช่ตัวแทนสังคม ไม่ใช่สิ่งที่น่าสนใจสำหรับการแสวงหาความรู้ทางการแพทย์ ไม่ใช่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยด้วยโรคนิดเดียวกัน และไม่ใช่เป็นตัวแทนของประชาชนที่ป่วยเป็นโรคนี้อันอนาคตตัวผู้ป่วยคือตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นสิ่งเดียวที่แพทย์คำนึงมิใช่เห็นแก่บุคคลในผู้ตัดสินใจแทนหรือสิ่งอื่นใด

ตามทัศนะของค้านท์ ที่ยึดถือเจตนาดีเป็นเกณฑ์ตัดสินการกระทำนั้น เป็นปัญหาว่าอย่างไรจึงถือว่าเป็นเจตนาดี เจตนาดีต่างจากเจตนาชั่วอย่างไรเจตนาดีเป็นสิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ในใจผู้อื่นทราบได้อย่างไร เจตนาดีมีผลทำให้คุณค่าทางการกระทำออกมาดีเสมอไปหรือไม่ ในเมตตามรรณะเจตนาของการกระทำคือการทำสิ่งที่เห็นว่าดีงาม ถูกต้อง โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ผลจะเกิดอย่างไรไม่สำคัญ เพราะถือได้ว่าได้กระทำในสิ่งที่ควรทำ ปัญหาสำคัญคือ ความดีงาม ความถูกต้องที่เป็นสิ่งที่ตายตัวนั้นคืออะไร การมีเมตตาช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ทรมานหรือการละเว้น

จากการตัดทอนชีวิต ทั้งสองสิ่งนี้เป็นสิ่งค้างงมีคุณค่าอยู่ในตัว แต่ไม่สามารถมรควบลู่กันทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกันเช่นนี้ แล้วจะเลือกปฏิบัติอย่างไรจึงจะถือว่าเป็นเจตนาดี ถ้าพิจารณาความเมตตาว่าเป็นสิ่งค้างง ไม่ว่าจะเป็นเมตตาขณะชนิคใดถือว่าการทำทั้งสิ้น แต่ถ้าวัดว่าการละเว้นการพรากชีวิตเป็นสิ่งที่ค้างง เมตตาขณะก็ถือว่าเป็นสิ่ง ไม่ดีห้ามกระทำโดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นชนิคใดก็ตาม แต่ตามความหมายค้ำงที่กล่าวว่ผู้ป่วยเป็นสิ่งเดียวที่แพทย์ค้ำง กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจที่จะตายเห็นว่ การตายเป็นการพ้นทุกข์เช่นนี้ เมตตาขณะชนิคผู้ป่วยสมัครใจ (voluntary euthanasia) ก็น่าจะเป็นสิ่งที่อาจกระทำได้ (เกสรา, 2540)

ในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลที่ขีคชีวิตผู้ป่วยวิกฤต เมื่อนำคุณค่ามาเป็นเกณฑ์ ในการตัดสินใจมมมมมที่แตกต่างกันไปบ้างตามทัศนคติของแต่ละคน ทั้งในญาติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองการมองว่ดีสำหรับเหตุการณ์หนึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมสำหรับอีกเหตุการณ์หนึ่งก็ได้ ดังนั้น ในการใช้หลักเกณฑ์ดังกล่าวควรค้ำงถึงผู้ป่วยและญาติในแต่ละกรณีไป แต่ที่ค้ำงเสียไม่ได้คือการให้การรักษาพยาบาลหรือการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรมที่ค้างง

2.3.2 ความเชื่อในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ความเชื่อเป็นธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนทั้งในส่วนที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม อีกทั้งเป็นความคิดความเข้าใจที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้ง ๆ ที่ความเชื่อนั้นบางครั้งไม่อยู่บนพื้นฐานของความจริง ความเชื่อมีพื้นฐานมาจากความศรัทธายอมรับจากความรู้สึกละมากกว่าเหตุผล ข้อเท็จจริง ในบางครั้งหมายความว่าความเชื่อมีลักษณะเป็นความมั่นใจ การยอมรับแนวความคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งของแต่ละบุคคลที่บางครั้งไม่อาจอธิบายได้ด้วยข้อเท็จจริงเสมอไป (สิวลี, 2537)

ความเชื่อแตกต่างกันท่ามกลางความแตกต่างของวัฒนธรรมและความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน ความเชื่อนำมาซึ่งความเชื่อถือ เชื่อมั่น ความไว้วางใจ ในสิ่งนั้น ทุกระบบความเชื่อจะทำให้เกิดพิธีต่างๆ สำหรับบุคคลที่จะปฏิบัติและหลักการซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมของบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดและให้ความหมายบางอย่างแก่ชีวิต (มัญชฎา, 2543) จากการศึกษาศาสตร์ของคลีเม็น, จอร์แดน และ ริชาร์ด (Rooda, Clements & Jordan, 1999) ในเรื่องทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องของความตายจะสามารถดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีทัศนคติไม่ดี จะเห็นได้ว่า ความเชื่อมีบทบาททั้งในด้านการกระทำและในด้านการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ รวมทั้งทางด้านสุขภาพในการเลือกที่จะรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนทั้งในภาวะเจ็บป่วยทั่วไปและ

ในระบะวิกฤต จะพบว่ามีการตัดสินใจที่แตกต่างกันในต่างวัฒนธรรม เช่นในกรณีเกิดภาวะวิกฤต และต้องทำการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจที่ชีวิตผู้ป่วยอาจพบความเห็นที่แตกต่างกันว่าสมควรหรือไม่ จึงเป็นการยากที่จะตัดสินใจว่าการตัดสินใจของคนเหล่านั้นเป็นเรื่องที่ถูกหรือผิด ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง อาจเป็นการรักษาจนสุดความสามารถหรือยื้อชีวิตต่อไป ในขณะที่ผู้ที่เชื่อถือในโชคชะตาเคราะห์กรรมหรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอกตนเองไม่สามารถบังคับควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพและวิธีการเลือกแนวทางการรักษาไปในอีกลักษณะหนึ่ง เช่นในความเชื่อเรื่องปาฏิหาริย์ว่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดได้ แม้ว่าแพทย์จะบอกว่าหมดหวังแล้วก็ตามสอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถฟื้นฝ่าอุปสรรคระบะวิกฤตนี้ไปได้ หรือหายป่วยไปในระดับสูง และถึงแม้ว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะสามารถรอดชีวิตมีน้อยตามคำบอกเล่าของแพทย์ ผู้รักษา ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังเชื่อว่า ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสรอด สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่า คำวินิจฉัยของแพทย์ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่สิ้นหวังอาจผิดพลาด ทั้งที่มีโอกาสรักษาให้หายหรือรอดชีวิตได้ (กุลธิตา, 2548) จากการศึกษาของ นิการีหมีะ (2547) ในเรื่องการตัดสินใจรับการรักษาต่อในระบะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาต่อเพราะเชื่อว่าปาฏิหาริย์สามารถเกิดขึ้นได้ และจาก การศึกษาของวงรัตน์ (2544) ในเรื่องความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติมีความต้องการไหว้พระ ขอมพร อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้าของหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน โดยญาติมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 90.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารรรณ (2544) พบว่าในการบอกความจริงผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์นอกเหนือจากธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เก่งกล้า สามารถขจัดปัดเป่าลบล้างกาลให้สิ่งร้ายกลายเป็นดีได้ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ตัดสินใจแทนใช้ปาฏิหาริย์มาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อสร้างความหวังในการรักษาต่อไป โดยการมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่บวกและมุ่งมั่นเปลี่ยนอุปสรรคหรือปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นให้เปลี่ยนไปในทางที่ดีด้วยปาฏิหาริย์ ที่ขอมาจากสวรรค์ (ธงชัย, 2548) ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะไม่สามารถพิสูจน์ได้ก็ตามแต่ก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการรักษาอีกปัจจัยหนึ่ง

2.3.3 ศาสนาพุทธกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

พุทธศาสนาเป็นศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือ นอกจากนั้นพุทธศาสนา ยังเป็นรากฐานสำคัญของประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตคนไทยมาช้านาน (ปรีชา และ สมภาร, 2543) หากมองในมุมมองของพระพุทธศาสนาจะพบว่า ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการดำเนินชีวิต เริ่มตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ และตายในที่สุด การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตก็เช่นกันความเชื่อทางศาสนาเป็นข้อที่นำมากล่าวอ้างบ่อยๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษา ตลอดถึงเรื่องของชีวิตและ ความตาย ซึ่งคงจะปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ความเชื่อมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี (2547) ที่พบว่าความเชื่อในศาสนาของผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ชีวิตของทีมสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยและญาติยืนยันไม่ทำการรักษาตามความเชื่อทางศาสนา ทีมสุขภาพก็ต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

แม้ว่าพระพุทธศาสนาจะเป็นศาสนาแห่งเหตุผล สอนไม่ให้พุทธศาสนิกชนเชื่ออะไรง่าย ๆ ก็ตาม แต่พระพุทธเจ้าก็ทรงสอนให้ชาวพุทธมี “ศรัทธา” หรือความเชื่อ และให้มี “ปสาทะ” ความเลื่อมใสในสิ่งที่ควรเชื่อ ควรเลื่อมใส เพราะความเชื่อเป็นคุณธรรมที่จำเป็นเบื้องต้นในการนำไปสู่จุดหมายปลายทาง ซึ่งชาวพุทธควรมีศรัทธาหรือความเชื่อในสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ (แสง, 2544)

1. ตลาคตโพธิศรัทธา มีความเชื่อในการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า คือเชื่อว่าพระพุทธเจ้าได้ตรัสรู้จริง ประกอบด้วยพระปัญญาคุณ พระวิสุทธิคุณ และพระมหากรุณาธิคุณจริง การเชื่อในการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า ก็เท่ากับคนป่วยที่เชื่อมีอานาแพทย์ เชื่อว่าเขาเป็นนายแพทย์จริง เขาได้ศึกษาเล่าเรียนและได้ฝึกงานในวิชาแพทยศาสตร์มาแล้ว เขามีความรู้ความสามารถที่จะรักษาโรคร้ายไข้เจ็บของตนให้หายได้จริง เมื่อเชื่อมีอานาแพทย์เช่นนี้ เขาก็จะยอมรับการรักษาพยาบาลจากนายแพทย์ ในที่สุดก็หายจากโรค การเชื่อในบุคคลที่ควรเชื่อเช่นนี้ บางครั้งก็เชื่อไว้ก่อนโดยไม่ต้องไปสอบสวนหาความจริง เพราะถ้ามันไปสอบสวนหาหลักฐานอาจทำให้เสียชีวิตก่อนได้ (แสง, 2544)

2. กัมมสัทธา เชื่อกรรม ทศณะของพุทธศาสนาเชื่อว่า มนุษย์ทุกคน ที่มีชีวิตเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนด ชีวิตดำเนินไปตามกรรม ชีวิตของมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีสุขและทุกข์ปนกันไปตามผลแห่งกรรม (อุทัย และ คณะ, 2547)

3. วิบากสัทธา เชื่อในผลของกรรม โดยสอนให้เชื่อมั่นในการกระทำว่า ทุก ๆ การกระทำย่อมมีผลตามมา ทำดีย่อมได้รับผลดี ทำชั่วย่อมได้รับผลชั่ว ทำอย่างไร ก็ได้รับผลอย่างนั้น ไม่มีใครปฏิเสธผลของกรรมได้ (เดือน, 2541)

4. กัมมัสสกตาสาธา เชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน คือเชื่อว่าผลที่เราได้รับอยู่ในปัจจุบันทุกอย่าง เป็นผลแห่งการกระทำของเราเอง บางอย่างอาจเป็นผลของกรรมในชาตินี้ แต่บางอย่าง อาจเป็นผลของกรรมในอดีตชาติ

การเชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน จะช่วยให้คนรู้จักรับผิดชอบในตนเอง ไม่โยนความรับผิดชอบในตนเอง ไม่โยนความรับผิดชอบไปให้อำนาจภายนอกต่าง ๆ เช่น ภูตผี เทวดาฟ้าดิน หรือโชคชะตา

ความเชื่อทั้ง 4 ประการนี้ เป็นความเชื่อหลักที่ชาวพุทธควรเชื่อไว้ก่อนตั้งแต่เบื้องต้น เพราะถ้าไม่เชื่อหลักทั้ง 4 ประการนี้ ก็เท่ากับไม่ใช่ชาวพุทธเลยทีเดียว นอกจากหลัก 4 ประการนี้ ชาวพุทธควรเชื่อในหลักปลีกย่อยต่าง ๆ คือ

1. เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว หลักนี้สืบเนื่องมาจากหลักของกรรม นั่นเอง แต่ข้ายให้เห็นชัดลงไปอีกว่ากรรมดีก่อให้เกิดผลดี กรรมชั่วก็ก่อให้เกิดผลชั่ว

คนรุ่นเก่ามักจะเชื่อเรื่องบุญ-บาป ขอมรับว่าเกิดมาแล้วย่อมหนีตายไม่พ้น แต่ไม่เชื่อว่าจะไม่กลัว หมคความยึดติดกับชีวิต เพียงแต่เชื่อว่าตายแล้วจะต้องได้กลับมาเกิดอีก จึงมีความสุขกับการหมั่นทำบุญให้ทาน และถึงแม้ว่าคนรุ่นใหม่จะไม่เชื่อเรื่องบุญ-บาป เพราะนิยมพึ่งวัตถุ ก็ยังกลัวความตาย เพราะการพึ่งวัตถุก็คือการพึ่งสิ่งที่ไม่เที่ยงแท้แน่นอน (อโณทัย, 2544)

2. เชื่อว่าบุคคลผู้มีบุญคุณเช่นมารดาบิดามีอยู่จริง มารดาบิดาเป็นผู้มีบุญคุณแก่บุตร เพราะเป็นผู้ให้ชีวิตร่างกายแก่บุตร เลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโต อบรมสั่งสอนให้บุตรเป็นคนดี ให้ความรักอันบริสุทธิ์แก่บุตร ฉะนั้นมารดาบิดาจึงมีบุญคุณอย่างสูงแก่บุตร บุตรควรจะสำนึกในบุญคุณแล้วหาทางตอบแทนบุญคุณ นอกจากมารดาบิดาแล้วชาวพุทธก็ควรเชื่อในบุญคุณของอาจารย์และผู้มีอุปการคุณแก่ตนทุกคน

3. เชื่อว่าสมณพราหมณ์ผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบทำโลกนี้และโลกหน้าให้แจ้งชัดด้วยปัญญาอันยิ่งเองแล้ว สอนหมู่สัตว์ให้รู้ตามมีอยู่ ความเชื่อนี้มีลักษณะคล้าย ตถาคตโพธิสัทธา ต่างกันแต่เพียงว่าสัทธาประเภทนี้ให้เชื่อในสมณพราหมณ์อื่น ๆ ที่ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ ให้เชื่อว่าการปฏิบัติดีปฏิบัติชอบถูกต้องตามแนวทางย่อมนำไปสู่ผลสำเร็จอันสูงส่งทางจิตใจได้จริง และบุคคลผู้ปฏิบัติเช่นนั้นและได้บรรลุถึงผลเช่นนั้นมีอยู่จริง ๆ ในโลก

4. เชื่อว่าโลกหน้ามีอยู่จริง ชาวพุทธควรเชื่อว่า ภพภูมิอันเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ไม่มีเฉพาะมนุษยโลกนี้เท่านั้น ยังมีโลกอื่นอีกมากมายที่สัตว์ได้อยู่อาศัยโลกเหล่านั้น มนุษย์ที่ตายไปแล้วไม่จำเป็นจะต้องกลับมาเกิดในโลกมนุษย์นี้เสมอไป อาจจะไปเกิดในภพหรือภูมิใดก็ได้แล้วแต่กรรมของเขา

5. เชื่อว่าสัตว์ที่ผูกขึ้น (โอบปาดิกะ) มีอยู่จริง สัตว์ที่ผูกขึ้น หมายถึงสัตว์ที่ผูกขึ้นมาเป็นรูปร่างตัวตนทันที โดยไม่ต้องเข้าอยู่ในครรภ์มารดาก่อน สัตว์ประเภทนี้ได้แก่ สัตว์นรก เปรต อสุรกาย เทวดา และรูปพรหม (แสง, 2544)

สำหรับการคิดและการตัดสินใจในพระพุทธศาสนากับการรักษาพยาบาลในระบอบสุดท้ายของชีวิตนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจ เพราะการคิดจะเชื่อมโยงกับภาวะทางจิตใจ คือ เกิดจากผัสสะภายในในการสัมผัสโนธรรมหรือธรรมะที่อยู่ภายในเป็นตัวขบคิด ปัญหา คิดถึงผลดี ผลเสียที่จะตามมา มีวิจาร์ณญาณในการคิด ทั้งนี้การจะคิดดีทำได้โดยการทำให้จิตมีธรรมะหนักแน่นทางจิตก่อนใช้ปัญญาเกี่ยวกับความคิด จึงจะให้ผลทางความคิดแสดงออกมาทางประสาทหรือสมองจะสั่งการออกมาทางกายสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก็จะได้แสดงพฤติกรรมออกมา เช่นเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เราควรใช้จิตคิดอย่างมีเหตุผล ใคร่ครวญถึงผลดีผลเสีย ใช้ปัญญาในการคิดวิเคราะห์ก่อนตัดสินใจออกมาอย่างมีเหตุผลถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในเรื่องการคิดและการตัดสินใจมีหลักธรรมที่มีความสัมพันธ์กับการคิดและการตัดสินใจคือหลักสัปปริสธรรม 7 หรือที่แปลว่าธรรมของสัตบุรุษธรรมที่ทำให้เป็นสัตบุรุษ ธรรมของผู้ใจว่าว่าคุณสมบัติของผู้ที่ดีแท้ ดังนั้นถ้านำหลักธรรมข้อนี้มาใช้ในการคิดการตัดสินใจ ก็ทำให้การคิดการตัดสินใจของเราเป็นธรรมมีเหตุผลและถูกต้องที่สุด ทั้งนี้หลักสัปปริสธรรม 7 ประกอบด้วย (อุทัย และ กณะ, 2547)

1. ชัมมัญญตา คือความรู้จักกรรม รู้หลัก หรือรู้จักเหตุ คือรู้หลักความจริง รู้หลักการ รู้หลักเกณฑ์ รู้กฎแห่งกรรมคา รู้กฎเกณฑ์แห่งเหตุผล และรู้หลักการที่จะทำให้เกิดผล คือถ้าการคิดการตัดสินใจของเราประกอบด้วยดวงจิตอันมีธรรมะ ให้หลักของการมีเหตุผล เน้นความถูกต้องคิดอย่างมีหลักการ มีกฎเกณฑ์ มีเหตุผลและคิดถึงความเป็นไปได้ ก็จะทำให้การคิดการตัดสินใจของเรามีเหตุผลและเป็นที่ยอมรับ

2. อัตถัญญตา คือความรู้จักอรรถ รู้ความมุ่งหมาย หรือรู้จักผล คือรู้จักความหมาย รู้จักความมุ่งหมาย รู้ประโยชน์ที่ประสงค์ รู้จักผลที่สืบเนื่องมาจากการกระทำ หรือความเป็นไปได้ตามหลักการ คือการคิดการตัดสินใจของเราจะต้องมีจุดมุ่งหมายของการคิด ไม่ใช่คิดอย่างหลักลอยไร้แก่นสาร รู้จักเหตุผลของปัญหานั้น ๆ คิดและพยายามรู้พื้นฐานของความหมายนั้น ๆ คิดถึงผลข้างหน้า ประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับจากการคิดและการตัดสินใจ

3. อุตถัญญตา คือความรู้จักตน รู้ว่าเรานั้นโดยฐานะ ภาวะกำลัง ความรู้ความสามารถ ความถนัด และขีดหลักของการคิดอย่างมีคุณธรรม เป็นต้น รู้ว่าบัดนี้เท่าไร อย่างไร แล้ว คิดประพฤติให้เหมาะสม ทำการให้เหมาะกับตน และรู้ที่จะคิดแก้ไขปรับปรุงต่อไป

4. มัตตัญญูตา คือความรู้จักประมาณตน ความพอดีนำมาเป็นหลักได้ คือ การรู้จักคิดและตัดสินใจอย่างประมาณตน คิดอย่างเป็น ไปได้ เน้นการคิดอย่างพอดี สมเหตุสมผล ก็จะทำให้ ตัดสินใจได้อย่างไม่ผิดพลาด

5. กาลัญญูตา คือความรู้จักกาล คือรู้จักกาลเวลาอันเหมาะสม คือนำมาใช้ ในหลักการคิด การตัดสินใจเพื่อให้เหมาะสมกับกาลเทศะ คือเมื่ออยู่ในสถานการณ์เช่นนี้ ภาวะ เช่นนี้จะคิดจะตัดสินใจอย่างไรจึงจะเหมาะสมและทันที่

6. ปริสัจญูตา คือความรู้จักบริษัท คือรู้จักชุมชนที่ประชุม รู้กิริยาที่จะ ปฏิบัติเช่นนั้น คือรู้บริบทของการคิดการตัดสินใจ เช่นรู้ว่าบทบาทและความเหมาะสมของเราควร คิดและตัดสินใจในขณะนั้นอย่างไร เช่น ภาวะของผู้ นำเป็นต้น

7. บุคคลัญญูตา คือการรู้จักความแตกต่างแห่งบุคคล ดังนั้นทักษะการคิด การตัดสินใจแตกต่างกันตามความรู้ความสามารถ และวุฒิภาวะระหว่างบุคคล แต่สิ่งเดียวที่ยึดได้ เหมือนกัน คือการคิดและการตัดสินใจอย่างจิตมีธรรมะ คิดมีเหตุผล สุขุมรอบคอบ ใช้ปัญญากำกับ เพื่อการคิดการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพ มีหลักเกณฑ์มีเหตุผล แต่ถ้าข้อมูลนั้นไม่ได้รับการพิจารณา จักระบบระเบียบเชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือวิเคราะห์แยกแยะความแตกต่าง ข้อมูลนั้นก็เหมือนกับ มวลขยะแห่งโลกที่สะเปะสะปะในดวงใจ ไม่เป็นระบบระเบียบ ดังนั้นในการพัฒนาแห่งการ เลือกรู้ เพื่อจัดพฤติกรรมของคนและพอควรแก่การถือประโยชน์สูงสุดนี้เราต้องรวมมวล ประสบการณ์ มาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งขึ้น การ เรียนรู้ในระดับนี้เป็นกระบวนการของจิตที่อาศัยข้อมูลที่บันทึกไว้แล้วมาพิจารณาตามโครงสร้าง ของเหตุและผล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพระพุทธศาสนาสอนให้คนปฏิบัติ ขบคิดและตัดสินใจอย่างมี เหตุผล ประกอบด้วยความเป็นจริงและเหตุผลที่เป็นไปได้ (อุทัย และ คณะ, 2547)

จะเห็นได้ว่าในการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้องการการตัดสินใจอย่าง เร่งด่วนหรือการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องการการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับ ความเป็นความตายของผู้ป่วยนั้น หากเราสามารถนำหลักสัปปุริสธรรม 7 มาใช้ในการตัดสินใจ จะช่วยให้เราสามารถคิดและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์ถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองจะทำให้คิดและตัดสินใจได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ต่อไป

หากนำหลักพุทธศาสนา และทศณะของคานท์มาเปรียบเทียบจะพบว่าคล้ายคลึง กันในแง่การกระทำด้วยเจตนาดี แต่พุทธศาสนาเน้นให้กระทำด้วยวิธีการที่ถูกต้อง และรับผิดชอบ หรือรับผลกรรมจากการกระทำนั้น เหตุนี้เองจึงทำให้ผู้กระทำต้องไตร่ตรองมากขึ้น ต้องระมัดระวัง การกระทำมากขึ้น ต้องกระทำด้วยเจตนาดีอย่างแท้จริง (เกสรฯ, 2540) และถึงแม้ว่าชีวิตมนุษย์ต้อง

เปลี่ยนแปลงสภาพ แต่ในขณะที่มีชีวิตอยู่ พระพุทธศาสนาก็ให้ความสำคัญแก่ชีวิตและมองว่าชีวิตมีคุณค่า การกระทำใดๆ ที่เป็นการจงใจพรากกายจากชีวิตถือเป็นสิ่งที่ผิดตามศีลข้อหนึ่ง ปาณาติบาต การฆ่าสัตว์ตัดชีวิตจะต้องเป็นไปครบองค์ประกอบ 5 ประการ คือบุคคลมีชีวิต รู้ว่าบุคคลนั้นมีชีวิต จิตคิดจะฆ่าเกิดขึ้น เพียรพยายามฆ่า และบุคคลนั้นตายเพราะฆ่า จากหลักการนี้ การกระทำใดที่มีเจตนาให้ชีวิตยุติลงย่อมถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ชีวิตเป็นเรื่องธรรมชาติแปรเปลี่ยนไม่คงสภาพตัวตนไปตามกฎธรรมชาติ การพยายามเร่งให้ชีวิตยุติหรือเหนี่ยวรั้งชีวิตที่วาระสุดท้ายมาถึงอย่างแน่ชัดเกินความจำเป็นย่อมเป็นสิ่งที่ต้องไตร่ตรอง ส่วนในเรื่องของความตายศาสนาพุทธมองว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กันและยิ่งกว่านั้นยังเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาอยู่ตรงที่ขณะที่ความตายใกล้เข้ามานั้น จิตที่สงบ บริสุทธิ์ผ่องใสย่อมทำให้ไปสู่ที่ดี (ธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2544) เมื่อมองย้อนกลับไปพบว่ามีการตั้งแต่มัชฌิมพุทธกาล ที่เรียกว่าการปลงสังขาร พระพุทธองค์ก็ทรงปลงสังขาร และทรงไม่ยินยอมเสด็จไปรักษาที่ไหนในวาระสุดท้าย (สันต์, 2548) และมีหลักฐานในพระไตรปิฎกที่พระพุทธเจ้าทรงเยี่ยมไข้พระที่อาพาธหนักด้วยพระองค์เอง และพยายามเทศนาโปรดพระภิกษุที่ป่วยหนักและมีอกุศลจิต ที่จะฆ่าตัวตายให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน หรือการที่มอบให้อัครสาวกเบื้องขวาชื่อพระสารีบุตรไปโปรดอุบาสิกที่ป่วยหนัก และสอนให้เขาบำเพ็ญเพียรในวาระสุดท้ายจนได้ไปเกิดในพรหมโลกเป็นต้น (มโน, 2548) ในวิถีพุทธนั้น ความตายเป็นของธรรมดาอย่างยิ่งเป็นสังขารไม่ใช่ความเป็นอัมภมฺคฺลที่จะต้องวิงหนี (อรศรี, 2546) หากสามารถยอมรับได้ก็จะทำให้ไม่ทุกข์ทรมาน ดังตัวอย่างหญิงอายุ 83 ปีคนหนึ่งฝึกกรรมฐานมาหลายปี มีชีวิตที่สงบเย็น วันหนึ่งเกิดเป็นอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน แต่เนื่องจากได้ฝึกจิตมาดีจึงไม่มีความทุกข์กับโรคที่เป็น หน้าตาอึมเข้มแจ่มใส และพูดเชยความตายด้วยใบหน้าอึมเข้มว่า “ความตายหนะเหรอ เชิญเลย จะมารับวันไหนก็เชิญเลยตามสบาย” ในสมัยก่อนการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่มีการปฏิบัติกรตายอย่างมีคุณภาพ เช่นตายในท่ามกลางลูกหลาน มีพระสวดมีคนบอก “อรหัน” ให้จิตใจอยู่กับพระหรือมีผู้นำในการเจริญสติ เป็นต้น ดังเช่นคนไทยส่วนใหญ่ในชนบทเมื่อเห็นว่า พ่อแม่ปู่ย่าตายายของตนชรามากแล้ว หรือป่วยหนัก ก็จะไม่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือถ้าอยู่ในโรงพยาบาลก็จะขอยุติการรักษา และพาผู้ป่วยกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยรักและคุ้นเคย ญาติสนิทมิตรสหายได้เยี่ยมเยียน ให้ความรักแก่กันและกันก่อนจะจากไป (สันต์, 2548) แต่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่มีมนต์สึมนเกี่ยวกับการตายอย่างมีคุณภาพ มีแต่พยายามไม่ให้ตายโดยใช้เทคโนโลยี แต่ในที่สุดก็ตาย แต่การตายภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นสัญลักษณ์อีกประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นทัศนคติการปฏิเสธความจริงของชีวิต ผู้ที่ใกล้ตายเมื่อส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อขีตชีวิตออกไปอีกระยะสั้นๆ ด้วยเครื่องมือต่างๆ

เช่นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยขับถ่าย ถือว่าเป็นการหนีความจริงของชีวิตอย่างไรเหตุผล (ประชา, 2534; ประเสริฐ, 2548) เพราะในทางพระพุทธศาสนามีแง่คิดว่าให้มองความเจ็บป่วยของร่างกาย เป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องรู้เท่าตามความเป็นจริง (ธรรมปิฎก, 2542)

การเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของศาสนาจะช่วยให้เข้าใจลักษณะของความเชื่อและการปฏิบัติตนของศาสนิกชนของแต่ละศาสนาอื่นจะช่วยทำให้สามารถเข้าใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทรรศนคติของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานและความตาย การมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว จะช่วยให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและญาติได้ตามความเชื่อของแต่ละคน สามารถช่วยแนะนำวิธีการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจริยธรรมรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามความเชื่อของแต่ละคน (ลีวลิ, 2544)

2.3.4 หลักจริยศาสตร์กับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ซึ่งแนวทางในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต อาจนำหลักจริยศาสตร์มาใช้ประกอบการตัดสินใจร่วมด้วย หลักจริยศาสตร์ที่สำคัญและควรยึดถือเป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกแผนการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยชั้นวิกฤตที่ไม่ตอบสนองต่อแผนการรักษา มี 4 ข้อ ดังนี้ (คูสิต, 2545) คือ

1. หลักการทำแต่ความดี (beneficance)

ต้องคำนึงอยู่เสมอว่าการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องมีเป้าหมายที่จะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงแก่ผู้ป่วย มิใช่เพียงเพราะแพทย์มีขีดความสามารถที่จะให้การรักษาดังกล่าวแก่ผู้ป่วยเท่านั้น

2. หลักการหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย (non-maleficence)

หลักการนี้ต้องการให้แพทย์คำนึงเสมอว่าการรักษาทุกอย่างที่ให้ผู้ป่วยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย โดยที่แพทย์มีหน้าที่ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งอันตรายในที่นี้หมายถึงรวมถึงอันตรายต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ตัวอย่างการนำหลักการนี้ไปใช้ ได้แก่ การพิจารณาไตร่ตรองเป็นอย่างดีก่อนที่จะเลือกแผนการรักษาซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่อาจได้รับยังไม่แน่ชัด

3. หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (autonomy)

หลักการข้อนี้ต้องการให้แพทย์รับทราบและเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเสมอ โดยคำว่าเสรีภาพในที่นี้หมายถึงเสรีภาพในการตัดสินใจ และเสรีภาพในการกระทำ (คูสิต, 2545; Rajput & Bekes, 2002) สำหรับการเคารพในศักดิ์ศรีของบุคคล (ผู้ป่วย)

ในที่นี้หมายถึง การยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคลในแง่ของความรู้สึกนึกคิด และการเลือกปฏิบัติ

3.1 เสรีภาพในการตัดสินใจและเสรีภาพในการกระทำ

3.1.1 เสรีภาพในการตัดสินใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วย มีสิทธิที่จะรู้ความจริง หรือความรู้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง ก่อนที่จะตัดสินใจกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง

3.1.2. เสรีภาพในการกระทำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีเสรีภาพในการเลือกการกระทำโดยปราศจากการบังคับ ชู้เชิญ หลอกลวง แง้เท็จ กักขัง โดยตรง หรือโดยอ้อม รวมถึงการปฏิเสธการรักษา

4. หลักการแห่งความยุติธรรม (justice)

หลักของความยุติธรรมเป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่สำคัญ คือ กรณีที่เหมือนกันต้องได้รับการพิจารณาเหมือนกัน ส่วนคนที่ไม่เท่าเทียมกันจะได้รับการพิจารณาที่ไม่เท่ากัน หลักการนี้นำมาใช้ในการพิจารณาจัดสรรปันส่วน เช่น สิ่งของ เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ซึ่งหลักการที่นำมาใช้ในการพิจารณาได้แก่

4.1 หลักการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จ (likelihood of success)

4.2 หลักการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการ (needs)

4.3 หลักการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการตอบแทน (rewards) (ดูลิต, 2545) เช่นผู้ป่วยระยะสุดท้าย หากทำการช่วยกู้ชีวิตจะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า ไม่ช่วยกู้ชีวิต (Gomez, 2002) ซึ่งในกรณีเช่นนี้ทำให้ต้องคำนึงว่าสิ่งที่ทำลงไปคุ้มค่าหรือไม่

4.4 หลักการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค (equal shares)

4.5 หลักการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสามารถในการจ่ายเงินทดแทน (ability to pay)

4.6 หลักการแบบสุ่มโอกาส (random)

จะเห็นได้ว่าหลักจริยศาสตร์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากในการรักษาพยาบาลใดๆ ต้องการให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยมากที่สุด โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อบุคคลใดและสิ่งที่ตัดสินใจไปนั้นถูกต้องเหมาะสม และหลักอีกข้อ ที่เป็นปัจจัยในการนำมาตัดสินใจคือหลักของเมตตาธรรมะ

3. ปัญหาจากการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต อาจพบปัญหาต่างๆ ตามมาได้เช่นในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางจริยศาสตร์ ซึ่งในการพยาบาลในประเทศไทยพบได้ค่อนข้างบ่อย แต่มีผู้ตระหนักถึงปัญหานี้ขณะให้การพยาบาลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ให้การพยาบาลมักมุ่งเน้นที่ผลประโยชน์ที่พึงเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความรู้สึกและสิทธิของผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการ ปัญหาที่พบอาจเป็นปัญหาต่างๆ จนบางครั้งพยาบาลเองได้ปล่อยให้ความเคยชินกับงานกลบเกลื่อนความระส่ำระสาย (awareness) หรือความตระหนัก (recognise) ต่อปัญหา (อำภพร, 2528) ปัญหาที่พบสามารถพบได้ตั้งแต่ก่อนที่จะตัดสินใจรักษาพยาบาลจนถึงขณะทำการรักษาพยาบาลแล้ว เริ่มจากเรื่องการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤต ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือความตายนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ค่อนข้างยากและมักก่อให้เกิดความลำบากใจทั้งทางฝ่ายบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรม ประกอบกับการที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมโดยมุ่งเน้นการรักษาอย่างเดียว จนบางครั้งอาจละเลยทักษะของการเป็นมนุษย์ไป และขาดการฝึกฝนทักษะการสื่อสารในภาวะวิกฤตให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งทักษะเหล่านี้หากฝึกฝนและนำมาใช้จะสามารถช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ (ก้องเกียรติ, 2545) ซึ่งการที่แพทย์จะตัดสินใจชีวิตผู้ป่วยรายใด จึงควรจะให้ข้อเท็จจริงแก่ญาติสายตรงที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สันต์, 2546ข) จากการศึกษาในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มของผู้ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยมีที่พักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 336 ตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 91.7 เห็นด้วยที่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ในการแจ้งผลร้าย หากไม่มีการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ โดยให้เหตุผลว่าผลของการไม่รักษาอาจมีผลต่อชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือจะได้นำมาประกอบการรักษา และจะได้เตรียมคำรักษาติดเป็นร้อยละ 74.5, 62.3 และ 36.4 ตามลำดับ (ไชยา และ วชิระ, 2548) สำหรับเรื่องที่กำลังเป็นปัญหาอยู่ในหมู่แพทย์ คือ มีแพทย์ถูกฟ้องร้องไปทั้งที่ศาลและที่แพทยสภาในเวชปฏิบัติที่ถูกกล่าวหาว่าขาดคุณธรรมหรือจริยธรรม (สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช, 2540) ซึ่งจากการศึกษาในเรื่องการฟ้องร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล พบว่าหากไม่มีการบอกกล่าวก่อนการรักษาและเกิดผลร้ายขึ้น ผู้ป่วยจะฟ้องร้องถึงร้อยละ 61.6 โดยให้เหตุผลของการฟ้องร้องว่าถูกบังคับให้รักษา แพทย์รักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย (ไชยา และ วชิระ, 2548) และหากมองถึงความมีจริยธรรมของแพทย์แล้ว จะพบว่าจากการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อที่จะพยายามดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยนั้น ข้อมติคือได้ว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่โดย

สมบูรณ์ตามจริยธรรมของแพทย์ที่ดีแล้ว (วิสัย, 2547) จะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลนอกจากจะใช้วิธีทางด้านวิทยาศาสตร์แล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงควบคู่ไปด้วยคือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่พึงจะได้รับ การปฏิบัติอย่างเหมาะสม ถ้าหากถือปฏิบัติเช่นนั้น ได้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยก็จะเป็นไปได้ด้วยดี

จากการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมตามมาได้ เพราะจากการตัดสินใจทำให้เกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องเลือกทางใดทางหนึ่งระหว่างสองทางเลือกหรือมากกว่า ซึ่งมีน้ำหนักเท่า ๆ กัน เนื่องจากแต่ละทางเลือกมีความสำคัญเท่ากันหรือไม่มีทางออกที่ชัดเจนในการตัดสินใจเลือกหรือไม่แน่ใจว่าทางใดถูกหรือผิด (ทองจันทร์, 2533; สิวลี, 2537) ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในใจและแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา ที่จะต้องเลือกหรือต้องการเลือกสองอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความคับข้องใจในการเลือกที่จะกระทำ (ฉวีวรรณ, 2541) จากการศึกษาของนอร์ตัน, ทิวเคิน, โทลตี, เนลสัน, และเอกแมน (Norton, Tilden, Tolle, Nelson, & Eggman, 2003) เรื่องความขัดแย้งในการสนับสนุนการยุติการรักษา โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าการตัดสินใจระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยที่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากมีความแตกต่างกันระหว่างคุณค่า ความเชื่อ การมองคุณภาพชีวิตต่อ และภาระในการดูแล รวมทั้งการเข้าใจในการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของกฤษณา (2544) ในเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมีความรู้สึกต่อประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ คือ เลือกอย่างไรทำอย่างไรใจก็เครียด ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ทำถูกหรือผิด รู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำและคับข้องใจที่ญาติตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชีวิตผู้ป่วย หากมองกรณีตัวอย่างของการตัดสินใจในการรักษาในกรณีอาพาธของท่านพุทธทาสภิกขุเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่าสังคมไทยเคยตกอยู่ท่ามกลางความ ขัดแย้งทางความคิดเรื่องการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบมาแล้ว โดยท่านพระพุทธทาสได้สั่งกับลูกศิษย์ไว้ว่า เมื่อท่านป่วยหนัก ไม่ให้ใช้เทคโนโลยีที่จะช่วยชีวิตท่านไว้อย่างผิดธรรมชาติ และเมื่อท่านจะมรณภาพขออย่าให้มีเครื่องช่วยชีวิตใด ๆ ติดตัวท่าน แต่คณะแพทย์ผู้ทำการรักษาปรารถนาที่จะยืดชีวิตของท่านไว้ให้นานที่สุด จึงใช้เครื่องช่วยหายใจและทำการให้ยาเพื่อช่วยรักษาชีวิตของท่านไว้ แต่ในที่สุดท่านก็มรณภาพ (กุลธิดา, 2548) ในการดูแลให้การพยาบาลที่ยืดชีวิตหรือยุติชีวิตผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน อาจจะมีเหตุผลหลายๆ เหตุผลที่ทำให้เรารู้สึกว่าไม่รู้จะเลือกทางใดดี เช่น ในความต้องการยืดชีวิตของผู้ป่วยขัดแย้งกับความต้องการลดความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากการยืดชีวิต ปัญหาที่กล่าวนี้เป็นเรื่องที่มีความแตกต่างกันสำหรับแนวปฏิบัติทั่วไป อาจเป็นเพราะสาเหตุจากความเชื่อหรือความเลื่อมใสที่ได้รับจากการอบรมสั่งสอน เมื่อพบว่าผู้ใดอยู่ในภาวะที่ใกล้ตาย

จะพยายามชีวิตออกไปเท่าที่จะทำได้ไม่ว่าจะใช้เครื่องมืออย่างใดก็ตาม และเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่ต้องทำ บางกรณีทำโดยไม่คำนึงถึงเจตนาธรรมของผู้ป่วยหรือญาติที่เกี่ยวข้อง จนกลายเป็นปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับญาติ ผู้ป่วย (แสง, 2540; แสง และ เอนก, 2543) ในฐานะที่พยาบาลต้องเป็นผู้ร่วมกระทำย่อมได้รับผลกระทบจากปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นโดยตรงและมีแนวโน้มว่าความสนใจของพยาบาลจะเบี่ยงเบนจากความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการไปสู่เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การพยาบาลขาดความละเอียดอ่อน ละเลยต่อการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นเหตุให้คุณภาพความเอื้ออาทรและคุณค่าทางการพยาบาลลดลง (ประทีป, 2541) จากแนวคิดของวูดี้ (Wlody, 1990) กล่าวว่าประเด็นปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นมักเกิดจากการที่พยาบาลต้องทำตามความต้องการของบุคคลหลายๆ คนในเวลาเดียวกัน เช่นผู้ป่วยผู้ตัดสินใจแทน แพทย์ และนโยบายของหน่วยงาน ที่ต่างก็มีความเชื่อที่แตกต่างกัน ในการพยาบาลที่ชีวิตผู้ป่วยวิกฤตเช่นกันในภาวะดังกล่าวอาจก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งขึ้นได้ ตามมุมมองที่เกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของแต่ละบุคคล ภาวะความเจ็บป่วยหรือการได้รับอุบัติเหตุอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อาจฟื้นคืนกลับมาได้อีกต่อไป ต้องนอนแน่นิ่งอย่างนั้นคล้ายเป็นเจ้าชายหรือเจ้าหญิงนิทรา หรืออาจนอนเฉยๆ อย่างรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้อีกต่อไป อีกทั้งบางครั้งยังต้องอยู่ภายใต้การใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ทำให้ตัวผู้ป่วยเองดูเหมือนว่าจะไร้ค่าในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และในบางครั้งก็มีความต้องการที่จะให้แพทย์ยุติชีวิตตนเองเสีย หรือไม่อาจเป็นแพทย์รวมถึงญาติ ๆ ของผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้สมควรที่จะยุติการให้การดูแลรักษาแล้ว เพราะเป็นการรักษาที่สูญเปล่าจริงๆ เป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่เห็นผลที่จะให้ผู้ป่วยหายกลับคืนสู่ภาวะปกติและมีการดำรงชีวิตอย่างบุคคลในสังคมได้ (วิสูตร และ คณะ, 2544)

จากการศึกษาของพัชรี (2547) ในเรื่องการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ในการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 กรณี คือ กรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย และทราบความต้องการของผู้ป่วย โดยในสถานการณ์เดียวกันอาจมีทางออกที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ การคิดการตัดสินใจ และหากมองถึงสภาพผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และผู้ป่วยรู้สีกตัว ในแต่ละกรณี ทั้งที่ทราบความต้องการของผู้ป่วยและไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยอาจพบข้อขัดแย้งโดยสรุปได้ดังนี้

1. กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

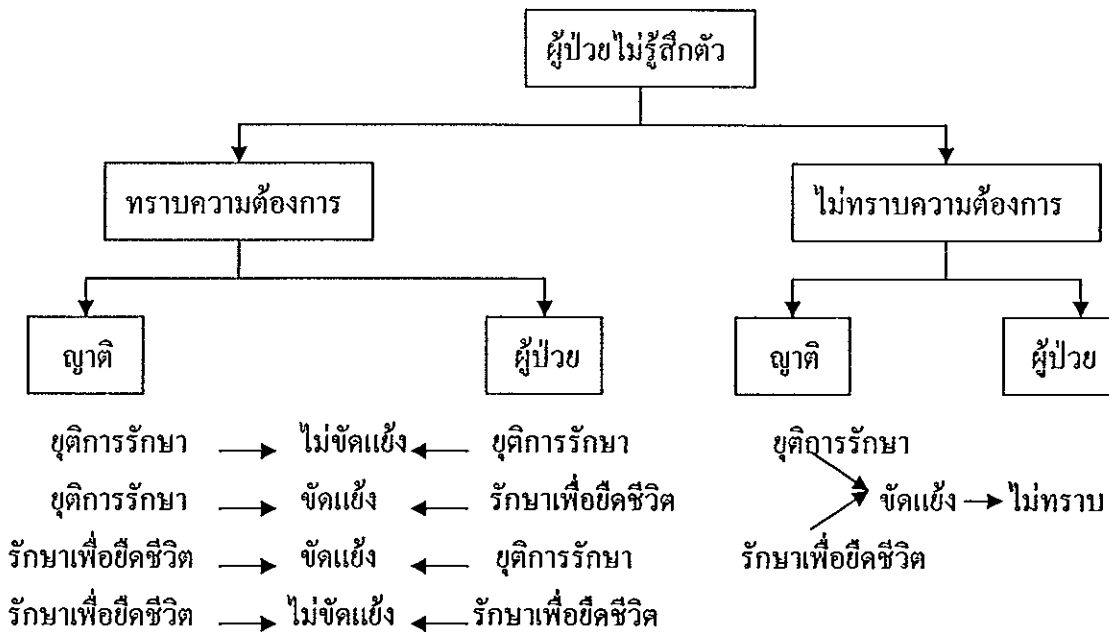
1.1 ทราบความต้องการของผู้ป่วย อาจพบสถานการณ์ที่ต่างกันคือ

1.1.1 ญาติและผู้ป่วยต้องการยุติการรักษา

1.1.2 ผู้ป่วยต้องการรักษา แต่ญาติต้องการยุติการรักษา

- 1.1.3 ผู้ป่วยต้องการบุคลากรรักษา แต่ญาติต้องการรักษา
- 1.1.4 ญาติและผู้ป่วยต้องการการรักษาเพื่อยืดชีวิต
- 1.2 ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย อาจพบสถานการณ์ที่ต่างกันคือ
 - 1.2.1 ญาติต้องการบุคลากรรักษา
 - 1.2.2 ญาติต้องการการรักษาเพื่อยืดชีวิต

จากสถานการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในการตัดสินใจได้ดังรายละเอียดในภาพ 2

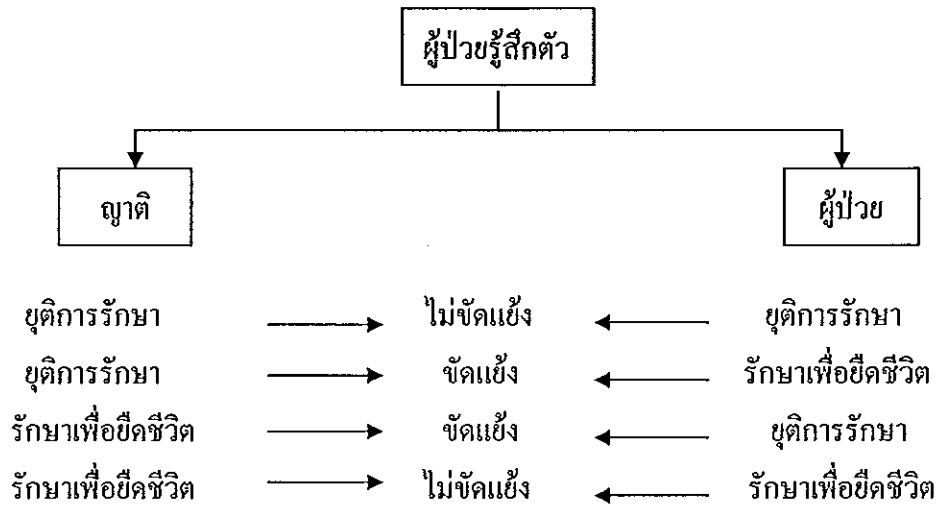


ภาพ 2 สถานการณ์ในการตัดสินใจในการรักษากรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

2. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สีกตัว

- 2.1 ทราบความต้องการของผู้ป่วย อาจพบสถานการณ์ที่ต่างกันคือ
 - 2.1.1 ญาติและผู้ป่วยต้องการบุคลากรรักษา
 - 2.1.2 ผู้ป่วยต้องการรักษา แต่ญาติต้องการบุคลากรรักษา
 - 2.1.3 ผู้ป่วยต้องการบุคลากรรักษา แต่ญาติต้องการรักษา
 - 2.1.4 ญาติและผู้ป่วยต้องการการรักษาเพื่อยืดชีวิต

จากสถานการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในการตัดสินใจได้ดังรายละเอียดในภาพ 3



ภาพ 3 สถานการณ์ในการตัดสินใจในการรักษากรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว

ซึ่งจากสถานการณ์ต่างๆ เมื่อมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้น ต้องใช้หลักต่างๆ พิจารณาตัดสินใจ การใช้เมตตามรณะ กล่าวคือหลักจริยธรรม หลักกฎหมาย หลักศาสนา เป็นต้น เพื่อใช้เป็นตัวช่วยในการลดการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว

หากพิจารณาในด้านปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในบุคคลแต่ละฝ่าย สามารถสรุปปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนี้ คือ (สันต์, 2542)

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับแพทย์

จะบอกให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบถึงความหมอดหวังหรือไม่ ควรบอกอย่างไร บอกมากน้อยเพียงใด เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่หมอดหวังแล้ว และผลจากการบอกจะทำให้เกิดประโยชน์และโทษอย่างไรบ้างตามมา

1.1 ประโยชน์ของการบอกให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติทราบ

1.1.1 ผู้ป่วย และ/หรือญาติทราบข้อเท็จจริงทั้งหมดเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและ โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะเมื่อแพทย์รู้สึกหมอดหวังในด้านการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพหมอดหวังและในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติเชื่อแพทย์และแน่ใจแล้วที่ผู้ป่วยหมอดหวัง หากมีความแน่ใจตั้งแต่ระยะแรกๆ จะทำให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติม

1.1.2 ผู้ป่วย และ/หรือญาติไม่เข้าใจผิด และไม่คิดไปเองว่าแพทย์ดูแลรักษาผิดทางจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น จึงไม่เกิดความขัดแย้งหรือการความระแวงสงสัยในการรักษาของแพทย์ ไม่ต้องค้นหาแพทย์และเปลี่ยนโรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ ซึ่งจะยิ่งสร้างความทุกข์ทรมาน ให้ผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น

1.1.3 ผู้ป่วย และ/หรือญาติไม่เกิดความหวังจอมปลอมว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือจะหายได้อีก ทำให้ไม่ต้องเกิดความผิดหวังซ้ำ ๆ ในการหาสถานที่รักษา ทำให้ความทุกข์ทรมานทางกายและใจลดลง มีเวลาเพิ่มขึ้นสำหรับการทำในสิ่งที่ตนอยากทำให้สำเร็จ

1.1.4 ผู้ป่วย และ/หรือญาติมีเวลาเตรียมใจสำหรับการจากไป และสามารถวางแผนใช้เวลาที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

1.1.5 การดูแลรักษาจะง่ายขึ้น แพทย์ พยาบาลจะสะดวกใจที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย และ/หรือญาติได้อย่างเต็มที่ ไม่มีช่องว่างและความลับระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วย และญาติ

1.2 โทษของการบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ถึงความหมดความหวังคือ

1.2.1 ผู้ป่วย และ/หรือญาติอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรงต่อข่าวร้าย เช่น ตกใจ ช็อก ไม่เชื่อ โกรธ เสียใจ เศร้าซึม เป็นต้น

1.2.2 ผู้ป่วย และ/หรือญาติไม่ยอมรับความจริง และเกิดความระแวงสงสัยแพทย์ และพยาบาล ทำให้การรักษาพยาบาลยุ่งยากมากขึ้น

1.2.3 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังทราบข่าวร้าย เพราะเสียขวัญหรือกำลังใจ และญาติอาจมีอาการทางจิตใจเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลรักษายุ่งยากขึ้น

ไม่ว่าแพทย์จะบอกหรือไม่บอกผู้ป่วย และ/หรือญาติเกี่ยวกับความหมดหวัง ปัญหาที่ตามมาคือจะดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร จะมุ่งไปในด้านการยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุดไม่ว่าผู้ป่วย และ/หรือญาติจะได้รับความทุกข์ทรมานเพียงใด หรือจะมุ่งไปในทางด้านการช่วยให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วย และ/หรือญาติมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด อาจหมายถึงการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

2. ปัญหาที่เกิดกับพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่หมดหวัง ก็จะมีปัญหาเช่นเดียวกับแพทย์และอาจรุนแรงกว่าแพทย์เสียด้วยซ้ำ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาต้องคอยตอบคำถาม คอยตอบสนองความต้องการและอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วย และ/หรือญาติไม่ทราบข้อเท็จจริงทั้งหมดของความเจ็บป่วย หรือไม่มีจิตใจที่แข็งแรงพอที่จะยอมรับความหมดหวังของแพทย์ พยาบาลที่จะรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ยิ่งกว่านั้น ถ้าแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ได้ปรึกษาร่วมกับพยาบาล และเกิดความเข้าใจ ที่แตกต่างกันว่าผู้ป่วยหมดหวังหรือยัง ความลำบากใจจะไปตกหนักที่พยาบาลที่อาจจะตอบคำถามผู้ป่วยและ/หรือญาติแตกต่างจากคำตอบของแพทย์ หรือไม่ก็ให้การรักษาพยาบาลไม่สอดคล้องกับแพทย์ ทำให้เกิดปัญหาระหว่างกันได้ง่าย ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา

ผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลจึงควรที่จะปรึกษาหารือและพูดคุยกันอยู่เสมอ เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกันช่วยลดปัญหาระหว่างกันและระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และ/หรือญาติได้ด้วย

3. ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และ/หรือญาติ

โดยทั่วไปเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วย และ/หรือญาติจะเกิดความทุกข์ (ความเดือดร้อน) ทั้งทางกายและทางใจ รวมทั้งทางด้านค่าใช้จ่ายด้วย จนกว่าการเจ็บป่วยจะสิ้นสุดลง ไม่ว่าจะสิ้นสุดลงโดยการหายจากโรคหรือโดยความตาย ถ้าผู้ป่วยและ/หรือญาติไม่ทราบความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือได้รับการสร้างความหวังที่ไม่อาจเป็นความจริงได้อยู่เรื่อย ๆ ผู้ป่วย และ/หรือญาติจะสับสนและกังวลใจเพิ่มขึ้นเมื่อพบว่าการเจ็บป่วยมีแต่ทรงกับทรุด อยู่ตลอดเวลา จนอาจเกิดปัญหาระหว่างกัน ถ้าผู้ป่วย และ/หรือญาติทราบความจริงเกี่ยวกับอาการป่วยในระยะแรกมักจะมีปัญหาความตกใจ ไม่เชื่อ เสียใจ โกรธและอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคทรุดลง แต่ถ้าแพทย์ พยาบาล ช่วยกันประคับประคองและแนะนำ ในระยะต่อมาผู้ป่วย และ/หรือญาติจะยอมรับความจริงได้

4. ปัญหาที่เกิดกับสังคมและประเทศ

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง บ่อยครั้งที่พบว่าญาติไม่ยอมรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตแต่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เมื่อกลับบ้าน ทำให้เป็นภาระของโรงพยาบาล และบ้านสงเคราะห์ คนพิการ สร้างปัญหาและความยุ่งยากให้แก่สังคมและประเทศเช่นเดียวกัน เพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวังแบบผู้เต็มทีนอกจากจะสร้างปัญหาและความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรทั้งบุคคล และวัตถุ ไปโดยเปล่าประโยชน์ ซึ่งทรัพยากรเหล่านั้นสามารถเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีหวังเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะประเทศที่ยากจนและ/หรือมีทรัพยากรน้อยและจำกัด (สันต์, 2542; 2546ข)

จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งเกิดจากการตัดสินใจของหลายฝ่ายโดยไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยอาจจะส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมามากมายตั้งแต่ปัญหาที่เกิดในระดับบุคคล ความขัดแย้งทางด้านจิตใจ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาของประเทศชาติ เมื่อเป็นเช่นจึงน่าจะมีแนวทางในการดำเนินการทางการแพทย์เพื่อเกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายให้มากที่สุด และเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจปัญหาดังกล่าว การนำคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยและญาติมาพิจารณาร่วมด้วยจะก่อให้เกิดประโยชน์และช่วยลดความขัดแย้งและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมาได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต และความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจของผู้ป่วยกับผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวน 15 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนจำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลภูเก็ต โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลพัทลุง

ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัว ให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยอายุรกรรมนับถือศาสนาพุทธ และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้น วัณโรค โรคเอดส์ และโรคมะเร็ง) แต่ในการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นก็ได้ รวมทั้งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้

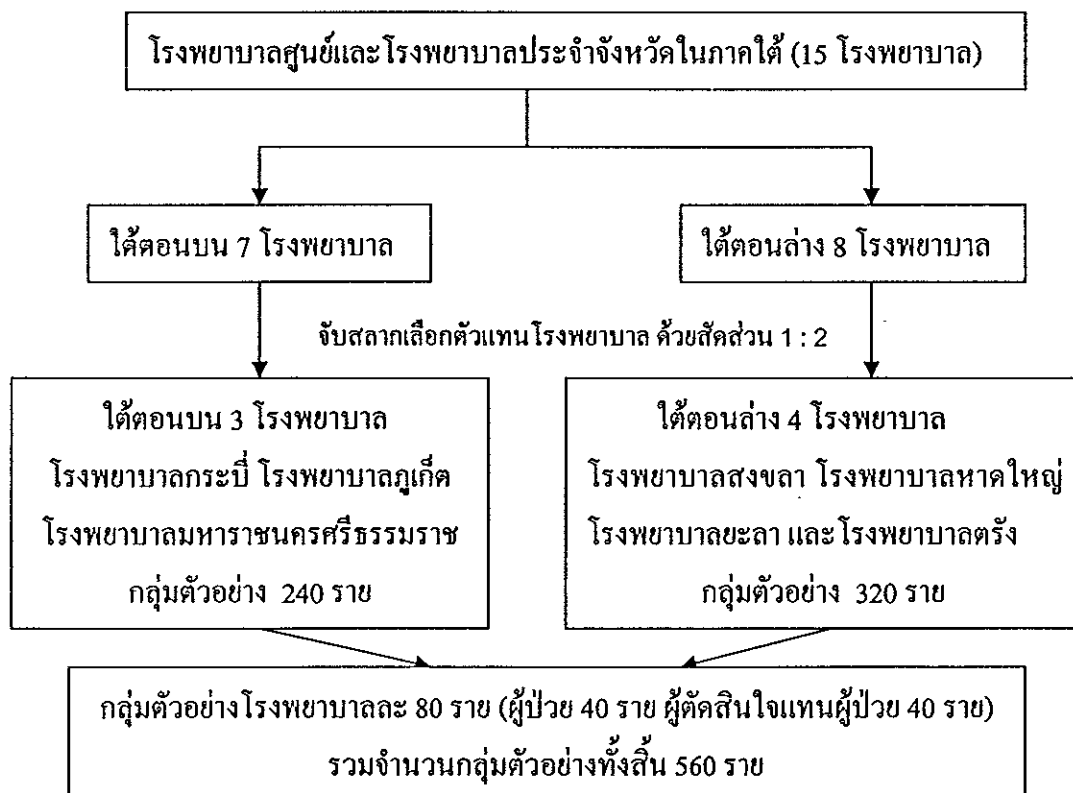
ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นบุคคลนับถือศาสนาพุทธ ที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัว ให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลคัดเลือกโดยการแบ่งกลุ่ม โดย

1. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ มีจำนวน 15 โรงพยาบาล จัดกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนจำนวน 7 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 8 โรงพยาบาล

2. จับสลากเลือกตัวแทนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่ม ด้วยสัดส่วน 1 : 2 เพื่อจัดให้ประชากรในแต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และจัดหน่วยประชากรที่ต่างชั้นกันให้มีความแตกต่างกันมากที่สุด (ธวัชชัย, 2543) เพื่อช่วยให้สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากทุกประเภทของประชากร (ชิตชนก, 2535) ซึ่งจะได้อัตราตัวแทนโรงพยาบาลจากภาคใต้ตอนบนจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลภูเก็ท และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตัวแทนโรงพยาบาลจากภาคใต้ตอนล่าง 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลตรัง

โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 80 ราย (ผู้ป่วย 40 ราย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 40 ราย) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 560 ราย (ผู้ป่วย 280 ราย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 280 ราย) สามารถสรุปการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ ดังภาพ 4



ภาพ 4 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ดังนี้ (inclusion criteria)

1. นับถือศาสนาพุทธ
2. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

3. อายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การประมาณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การประมาณกลุ่มตัวอย่าง power analysis แบบการหาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ดังนี้

1. กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 % ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบ (power of test: 1-B) เท่ากับ 0.80
2. เลือกขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระดับต่ำคือ 0.25
3. เมื่อเปรียบเทียบกับตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 251 ราย (Polit & Hungler, 1999) (ผู้ป่วย 251 ราย, ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 251 ราย) รวม 502 ราย แต่ในการศึกษานี้ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างรวม 560 ราย เป็นผู้ป่วย 280 ราย ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 280 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1. เพศ 2. อายุ 3. โรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังและระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 4. การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน 5. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา 6. สถานภาพสมรส 7. ระดับการศึกษา 8. อาชีพ 9. รายได้ในครอบครัว 10. ความเพียงพอของรายได้ 11. สิทธิการรักษา 12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว 13. บทบาทในครอบครัว

1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนเป็นแบบเดิมคำ

จำนวน 11 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ตัวอย่างการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 4 สถานการณ์ ซึ่งในแต่ละสถานการณ์ถามเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย โดยในสถานการณ์ที่ 1 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจช่วยกู้ชีวิต สถานการณ์ที่ 2 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป สถานการณ์ที่ 3 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจ และในสถานการณ์ที่ 4 เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปทำการผ่าตัด โดยทุกสถานการณ์สร้างเป็นคำถามปลายเปิด เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยตัวเลือกตอบ คือ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนสามารถอธิบายเหตุผลในการเลือกตอบได้อย่างอิสระ

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการสร้างสถานการณ์ตัวอย่างการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต
2. ศึกษาถึงสถานการณ์ภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการตัดสินใจโดยเร่งด่วน ทั้งจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย
3. สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ทรงคุณวุฒิถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจโดยเร่งด่วน
4. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ศึกษามาวิเคราะห์เพื่อสร้างสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตต่อไป
5. กำหนดร้อยละความสอดคล้องของการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ดังนี้
 - ต่ำกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องน้อย
 - ร้อยละ 50 – 74.99 สอดคล้องปานกลาง
 - ร้อยละ 75 – 100 สอดคล้องสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ซึ่งมีความรู้ความชำนาญทางด้านจรรยาศาสตร์ 1 ท่าน ทางด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน ทางด้านการวิจัย 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านจรรยาศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาโทและมีความรู้ทางด้านจรรยาศาสตร์ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือต่อไป

2. ตรวจสอบหาความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ทำการปรับปรุงจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 20 ราย และผู้ตัดสินใจแทนจำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา เพื่อดูว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในข้อคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ว่าตรงกันหรือไม่และหาความเที่ยง โดยการทดสอบซ้ำ (test – retest reliability coefficient) เพื่อประเมินความสม่ำเสมอของคำตอบที่ได้ ในระยะเวลาต่างๆ กัน (ชิตชนก, 2535) โดยใช้เวลาทดสอบห่างกัน 7 วัน จากนั้นจึงนำผลที่ได้จากการทดสอบทั้ง 2 ครั้ง มาหาค่าความสัมพันธ์ด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient)

ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ทดสอบหาค่าความเที่ยงด้วยการทดสอบซ้ำได้ผล ดังนี้

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ดังนี้

1.1.1 เตรียมความรู้เกี่ยวกับแนวคิดระยะสุดท้ายของชีวิต การตัดสินใจ ระยะสุดท้ายของชีวิตตามแนวคิดของศาสนาพุทธ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผลการศึกษา

1.1.2 เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิจัยเชิงพรรณนา และวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ อันนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้อง

1.1.3 เตรียมทักษะในการสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยโดยการเตรียมตัวเกี่ยวกับทักษะการสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งเตรียมตัวเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

1.1.4 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ศึกษา ลักษณะการให้บริการ กฎระเบียบต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนเก็บข้อมูล

1.1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยละ 2 – 3 คน รวม 12 คน โดยทุกคนมีความเต็มใจในการเก็บข้อมูล เริ่มต้นด้วยผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ช่วยวิจัยทุกคนของแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่าง ๆ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด ประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้วิจัยได้แจกชุดคีย์อย่างแบบสัมภาษณ์ประกอบการชี้แจง รวมทั้งผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ซักถามและทำการเก็บข้อมูล โดยมีผู้วิจัยคอยดูแลอยู่ หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที เมื่อผู้วิจัยเดินทางกลับแล้วผู้ช่วยวิจัยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลที่ต้องการไปเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 7 โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเดินทางไปติดต่อเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งติดตามผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน

1.3 หลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมทั้งอธิบายถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเริ่มทำการเก็บข้อมูลรวมทั้งผู้วิจัยได้มีการติดตามการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะ ๆ โดยสอบถามถึงความก้าวหน้าในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาและอุปสรรค

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล และตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง กรณีผู้วิจัยตรวจสอบแล้วพบว่า มีข้อบกพร่อง ผู้วิจัยเดินทางไปชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง อีกครั้งเพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป โดยแบบสอบถามที่บกพร่องนั้น ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยอายุรกรรมนั้บถือศาสนาพุทธ ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้นวัณโรค โรคเอดส์ และ โรคนะเร็ง) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน และคัดเลือกรวมตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้ กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเริ่มเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วยลักษณะคำถามเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนอาจมีผลกระทบด้านจิตใจกับกลุ่มตัวอย่างได้ อีกทั้งผู้สัมภาษณ์ไม่มีความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 วันต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละชุด (ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน) ในวันแรกผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพและซักถามข้อมูลทั่วไปในส่วนที่ 1 วันที่ 2 เก็บข้อมูลส่วนที่ 2 ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจริง ประมาณ 2 ชั่วโมง แต่สำหรับผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในบางรายไม่ได้พูดคุยกันตลอดเวลา ผู้วิจัยต้องทำการนัดเวลาผู้ตัดสินใจแทนผ่านทางผู้ป่วย และในบางรายพบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ว่าผู้ตัดสินใจแทนจะมาในวันและเวลาใดไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่มาทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนานขึ้น และในการเก็บรวบรวมในครั้งนี้มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 24 ชุดจากสาเหตุดังกล่าว

2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วเสนอต่อเลขานุการคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย พร้อมทั้งติดตามผลการพิจารณา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยประโยชน์ของข้อมูลที่ได้นำไป

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการหาแนวทางคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน ซึ่งช่วยให้การรักษาตรงตามต้องการของตัวผู้ป่วยเอง ช่วยให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อใช้ในการพิจารณาปฏิบัติการพยาบาล ที่ตรงกับการตัดสินใจของผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือก็ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตกลงด้วยวาจาหรือลงนาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระและเมื่อเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติ สำหรับข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการ โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักการทางสถิติ ซึ่งมีขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ
4. วิเคราะห์เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล โดยการจัดกลุ่ม แจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ จำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลละ 80 คน (ผู้ป่วย 40 คน ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 40 คน) รวม 560 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 และผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 6 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

1.1.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทน

ส่วนที่ 2 การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน และเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้น วัณโรค โรคเอดส์ และโรคมะเร็ง) จำนวน 280 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.29 เพศหญิง ร้อยละ 45.71 มีอายุระหว่าง 19 – 97 ปี อายุเฉลี่ย 61.23 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุ 61 – 97 ปี) ร้อยละ 56.07 รองลงมาคือวัยกลางคน (อายุ 41 - 60 ปี) ร้อยละ 34.29 และวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น (อายุ 18 - 40 ปี) ร้อยละ 9.46 ตามลำดับ การเจ็บป่วยเรื้อรังโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.07 รองลงมาคือโรคภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 32.50 ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 73.93 รองลงมาคือ 2 โรค ร้อยละ 18.93 ส่วนจำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3 – 22 ปี ร้อยละ 63.93 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 20.71 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.29 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา ด้วยโรค 1 โรค ร้อยละ 66.43 รองลงมาคือ 2 โรค ร้อยละ 26.79 และพบว่าระยะเวลาในการเข้ารับ การรักษาพยาบาลในครั้งนี้ต่ำกว่า 12 วัน มากที่สุด ร้อยละ 83.93 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสอยู่ ร้อยละ 73.93 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 62.14 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.86 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 14.64 มีรายได้ ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 46.07 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 86.79 มีเพียงร้อยละ 13.21 เท่านั้นที่รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ ในการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้สิทธิเบิกได้ในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 37.14 รองลงมาคือการใช้สิทธิบัตรทองประเภท ผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.93 ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 – 6 คน ร้อยละ 67.14 โดยสมาชิกที่ไม่มีรายได้ส่วนใหญ่เป็นวัยเด็ก ร้อยละ 53.58 และสมาชิกที่มีรายได้ส่วนใหญ่เป็น วัยทำงาน ร้อยละ 82.60 และบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 54.64 และเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 45.36 (ตาราง 1)

1.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย

ตาราง 1

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูล

ส่วนบุคคล (n=280)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	54.29
หญิง	128	45.71
ช่วงอายุ (วัย)		
18 - 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	27	9.64
41 - 60 ปี (วัยกลางคน)	96	34.29
61 - 97 ปี (วัยสูงอายุ)	157	56.07
(ค่าเฉลี่ย = 61.23 S.D. = 14.27)		
โรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่พบ 5 อันดับแรก		
โรคความดันโลหิตสูง	101	36.07
โรคภาวะหัวใจล้มเหลว	91	32.50
โรคเบาหวาน	67	23.93
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	34	12.14
โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	18	6.43
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (จำนวนโรคที่พบ/คน)		
1 โรค	207	73.93
2 โรค	53	18.93
3 โรค	18	6.43
4 โรค	2	0.71

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ต่ำกว่า 3 ปี	76	27.14
3 - 22 ปี	179	63.93
มากกว่า 22 ปี	25	8.93
(ค่าเฉลี่ย = 9.61 S.D. = 11.64)		
การวินิจฉัยโรคในปัจจุบันที่พบ 5 อันดับแรก		
โรคความดันโลหิตสูง	58	20.71
โรคเบาหวาน	40	14.29
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	27	9.64
โรคหลอดเลือดฝอยในสมองแตก	22	7.86
โรคภาวะหัวใจล้มเหลว	22	7.86
การวินิจฉัยโรคในปัจจุบัน (จำนวนโรคที่พบ/คน)		
1 โรค	186	66.43
2 โรค	75	26.79
3 โรค	15	5.36
4 โรค	2	0.71
5 โรค	2	0.71
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา		
ต่ำกว่า 12 วัน	235	83.93
12 - 30 วัน	30	10.71
มากกว่า 30 วัน	15	5.36
(ค่าเฉลี่ย = 9.10 S.D. = 20.44)		
สถานภาพสมรส		
โสด	12	4.29
อยู่	207	73.93
ม่าย/หย่า/แยก	61	21.79

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	31	11.07
ประถมศึกษา	174	62.14
มัธยมศึกษา	35	12.50
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	22	7.86
ปริญญาตรี	16	5.71
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.71
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	134	47.86
รับจ้าง	35	12.50
เกษตรกร	41	14.64
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	36	12.86
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	9.29
อื่น ๆ	8	2.86
รายได้ในครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,001 บาท	87	31.07
5,000 - 10,000 บาท	64	22.86
มากกว่า 10,000 บาท	129	46.07
(ค่าเฉลี่ย = 12,261.07 S.D. = 12,446.43)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	243	86.79
ไม่เพียงพอ	37	13.21
สิทธิในการรักษา		
เบิกได้	104	37.14
บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท)	58	20.71
บัตรประกันสุขภาพ (สูงอายุ)	95	33.93

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บัตรประกันสุขภาพ (อสม.)	2	0.71
บัตรประกันสังคม	14	5.00
จ่ายเงิน	5	1.79
ฟรีผู้พิการ	1	0.36
ฟรีผู้บริจาค	1	0.36
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
ต่ำกว่า 3 คน	66	23.57
3 - 6 คน	188	67.14
มากกว่า 6 คน	26	9.29
(ค่าเฉลี่ย = 4.01 S.D. = 1.85)		
จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้		
วัยเด็ก	284	53.58
วัยทำงาน	71	13.39
วัยสูงอายุ	175	33.02
จำนวนสมาชิกที่มีรายได้		
วัยเด็ก	3	0.51
วัยทำงาน	489	82.6
วัยสูงอายุ	100	16.89
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	127	45.36
สมาชิกในครอบครัว	153	54.64

1.2.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทน

เป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัวให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยโรงพยาบาลละ 40 คน จาก 7 โรงพยาบาลรวม 280 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.79 เพศชายร้อยละ 33.21 มีอายุระหว่าง 18 - 75 ปี อายุเฉลี่ย 44.69 ปี และอยู่ในวัยกลางคนมากที่สุด ร้อยละ 47.50 รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 40.71 และวัยสูงอายุร้อยละ 11.79 ตามลำดับ ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.79 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.43 ผู้ตัดสินใจแทนประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 25.71 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.71 มีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 39.29 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 83.57 มีเพียงร้อยละ 16.43 เท่านั้นที่รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ ครอบครัวของผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 6 คน ร้อยละ 75.71 โดยสมาชิกที่ไม่มีรายได้ส่วนใหญ่เป็นวัยเด็ก ร้อยละ 60.25 และสมาชิกที่มีรายได้ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ร้อยละ 87.91 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตัดสินใจแทนกับผู้ป่วยเป็นบุตรธิดาหรือบุตรบุญธรรมมากที่สุด ร้อยละ 40 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 35 สำหรับประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ร้อยละ 62.86 (ตาราง 2)

1.1.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทน

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน

จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=280)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	33.21
หญิง	187	66.79
ช่วงอายุ (วัย)		
18 - 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	114	40.71
41 - 60 ปี (วัยกลางคน)	133	47.50
61 - 75 ปี (วัยสูงอายุ)	33	11.79
(ค่าเฉลี่ย = 44.69 S.D. = 12.87)		
สถานภาพสมรส		
โสด	44	15.71
คู่	221	78.79
ม้าย/หย่า/แยก	15	5.36
ศาสนา		
พุทธ	280	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	3.21
ประถมศึกษา	102	36.43
มัธยมศึกษา	59	21.07
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	57	20.36
ปริญญาตรี	48	17.14
สูงกว่าปริญญาตรี	5	1.79
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	58	20.71

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	72	25.71
เกษตรกรกรรม	44	15.71
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	47	16.79
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	48	17.14
นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	6	2.14
อื่น ๆ	5	1.79
รายได้ในครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,001 บาท	75	26.79
5,000 - 10,000 บาท	95	33.93
มากกว่า 10,000 บาท	110	39.29
(ค่าเฉลี่ย = 14,285.32 S.D. = 13,948.44)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	234	83.57
ไม่เพียงพอ	46	16.43
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
ต่ำกว่า 3 คน	44	15.71
3 - 6 คน	212	75.71
มากกว่า 6 คน	24	8.57
(ค่าเฉลี่ย = 5.86 S.D. = 2.44)		
จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้		
วัยเด็ก	332	60.25
วัยทำงาน	80	14.52
วัยสูงอายุ	139	25.23
จำนวนสมาชิกที่มีรายได้		
วัยเด็ก	1	0.16
วัยทำงาน	538	87.91

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
วัยสูงอายุ	73	11.93
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย		
คู่สมรส	98	35.00
บิดา/มารดา	38	13.50
บุตรธิดา - บุตรบุญธรรม	109	40.00
พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน	9	2.14
พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน	1	0.36
อื่น ๆ	25	8.93
ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย		
ระยะสุดท้ายของชีวิต		
เคยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย	39	13.93
เคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย	33	11.79
เคยรับรู้ว่ามี การตัดสินใจแทนผู้ป่วยแต่ไม่มี -		
ส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย	32	11.43
ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทน	176	62.86

ส่วนที่ 2 การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน และเหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนคู่ที่ตอบ		ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	สอดคล้องกัน	ความ	
								สอดคล้อง
ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป	97	34.64	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป	44	15.71	28	25.69	ต่ำ
ข. ช่วยกู้ชีวิต	71	25.36	ข. ช่วยกู้ชีวิต	114	40.71	41	37.61	ต่ำ
ค. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	77	27.50	ค. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ของแพทย์/ พยาบาล	100	35.71	35	32.11	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทน	35	12.50	ง. ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้	22	7.86	5	4.59	ต่ำ
รวม	280	100.00	รวม	280	99.99	109	100.00	

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1

สถานการณ์ที่/ กรณีที่	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป (n=97)	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	22	22.68
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	16	16.49
		3. ตายอย่างสงบ	4	4.12

ตาราง 4 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 (n=71)	ข. ช่วยกู้ชีวิต	1. ยังมีโอกาสรอด	16	22.54
		2. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	4	5.63
		3. ช่วยถึงที่สุด	2	2.82
		4. เพื่อรักษาต่อ	2	2.82
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล (n=77)	ข. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=35)	1. เชื่อฝีมือหมอ	8	10.39
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	8	10.39
		3. ไม่มีความรู้	1	1.30
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=35)	ข. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=35)	1. แล้วยแต่ลูกหลาน	7	20.00
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	4	11.43
		3. ก็คือผู้ดูแล	4	11.43

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุดในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 (n=54)	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป	1. ไม่มีโอกาสรอด	15	34.10
		2. ไม่อยากให้ทรมาณ	13	29.55
		3. ตายอย่างสงบ	6	13.64
ข. ช่วยกู้ชีวิต (n=114)	ข. ช่วยกู้ชีวิต (n=114)	1. ยังมีโอกาสรอด	30	26.32
		2. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	10	8.77
		3. ลองเสี่ยงดู	4	3.51

ตาราง 5 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 (n=100)	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	21	21.00
		2. หมอมีความรู้ดีมากกว่า	16	16.00
		3. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	9	9.00
จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) (n=22)	ผู้ป่วยเลขแจ้งไว้	1. เคารพการตัดสินใจ	7	31.82
		2. สิทธิผู้ป่วย	3	13.64
		3. กลัวมีปัญหา	1	4.55

จากตาราง 3 - 5 พบว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1 (สถานการณ์นางปิ่น) หากการรักษาพยาบาลในครั้งนี้อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้แต่โอกาสที่ฟื้นมีน้อยมาก ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 34.64 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ไม่อยากให้ทรมาณ ถึงอย่างไรก็ตาย และตายอย่างสงบ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ช่วยกู้ชีวิตและขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 27.50, 25.36 และ 12.50 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจให้ช่วยกู้ชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 40.71 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ยังมีโอกาสรอด เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ และลองเสี่ยงดู ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปและขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) ร้อยละ 35.71, 15.71 และ 7.86 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนสอดคล้องกันมากที่สุดคือ ให้ช่วยกู้ชีวิตต่อไปจำนวน 41 คู่ คิดเป็นร้อยละ 37.61 รองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล จำนวน 35 คู่ คิดเป็นร้อยละ 32.11 ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนคู่ที่ตอบ สอดคล้องกัน		ระดับ ความ สอดคล้อง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก. ไม่ต้องช่วยกู้ ชีวิตอีกต่อไป	112	40.00	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ ชีวิตอีกต่อไป	49	17.50	24	24.49	ต่ำ
ข. ช่วยกู้ชีวิต	72	25.71	ข. ช่วยกู้ชีวิต	110	39.29	42	42.86	ต่ำ
ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	61	21.79	ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	77	27.50	25	25.51	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทน	34	12.14	ง. ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้	40	14.29	7	7.14	ต่ำ
จ. อื่นๆ	1	0.36	จ. อื่นๆ	4	1.43	0	0.00	ไม่มีความ สอดคล้อง
รวม	280	100.00	รวม	280	100.00	98	100.00	

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด
ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2

สถานการณ์ที่/ กรณีที่	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป (n=112)	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	39	34.82
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	8	7.14
		3. เพราะไม่มีประโยชน์	7	6.25
ข. ช่วยกู้ชีวิต (n=72)		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	18	25.00
		2. ยังมีโอกาสรอด	4	5.56
		3. ช่วยถึงที่สุด	3	4.17

ตาราง 7 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.2 (n=61)	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	9	14.75
		2. ไม่มีความรู้	3	4.92
		3. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	1	1.64
(n=34)	ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. แล้วแต่ลูกหลาน	6	17.65
		2. คือผู้ดูแล	4	11.76
		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	1	2.94
(n=1)	จ. อื่น ๆ ระบุ	1. แล้วแต่คนในครอบครัว	1	100.00

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุดในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.2 (n=49)	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป	1. ไม่อยากให้ทรมาน	27	55.10
		2. ถึงอย่างไรก็ตาม	7	14.29
		3. เพราะไม่มีประโยชน์	4	8.16
(n=110)	ข. ช่วยกู้ชีวิต	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	25	22.73
		2. ช่วยถึงที่สุด	12	10.91
		3. ยังมีโอกาสรอด	9	8.18

ตาราง 8 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.2 (n=77)	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื้อฝีมีมือหมอ	14	18.18
		2. เชื้อการตัดสินใจของหมอ	12	15.58
		3. หมคหวังไม่รู้อะไร	1	1.30
จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณี ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) (n=40)		1. เคารพการตัดสินใจ	15	37.50
		2. สงสาร	2	5.00
		3. สิทธิผู้ป่วย	2	5.00
		4. กลัวมีปัญหา	1	2.50
ฉ. อื่น ๆ ระบุ (n = 4)		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	50.00
		2. ขึ้นอยู่กับอายุ	2	50.00

จากตาราง 6 - 8 พบว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2 (สถานการณ์นางปิ่น) หากการรักษาพยาบาลในครั้งนี้อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆ เท่านั้น ซึ่งนางปิ่นยังคงมีอาการปวดหัวตัว หายใจเหนื่อยเป็นบางช่วง และมีอาการทุกข์ทรมานร่วมด้วย ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 40.00 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ไม่อยากให้ทรมาน ถึงอย่างไรก็ตาย และเพราะไม่มีประโยชน์ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ช่วยชีวิต ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและ ทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 25.71, 21.79, 12.14 และ 0.36 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจให้ช่วยชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 39.29 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ ช่วยถึงที่สุด และยังมีโอกาสรอด ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไป ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 27.50, 17.50, 14.29 และ 1.43 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสอดคล้องกันมากที่สุดคือให้ช่วยชีวิตต่อไปจำนวน 42 คู่ คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล จำนวน 25 คู่ คิดเป็นร้อยละ 25.51 ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนคู่ที่ตอบ สอดคล้องกัน		ระดับ ความ สอดคล้อง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป	177	63.21	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป	113	40.36	78	72.22	ปานกลาง
ข. ช่วยกู้ชีวิต	33	11.79	ข. ช่วยกู้ชีวิต	65	23.21	14	12.96	ต่ำ
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล	39	13.93	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล	64	22.86	13	12.04	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน	30	10.71	ง. ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้	36	12.86	3	2.78	ต่ำ
จ. อื่นๆ	1	0.36	จ. อื่นๆ	2	0.71	0	0.00	ไม่มีความ สอดคล้อง
รวม	280	100.00	รวม	280	100.00	108	100.00	

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3

สถานการณ์ที่/ กรณีที่	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1				
กรณีที่ 1.3	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป (n=117)	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	34	19.21
		2. ลำบากคนข้างหลัง	27	15.25
		3. เพราะไม่มีประโยชน์	14	7.91
ข. ช่วยกู้ชีวิต (n=33)		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	6	18.18
		2. ช่วยถึงที่สุด	1	3.03

ตาราง 10 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.3 (n=39)	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	7	17.95
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	5.13
		3. ไม่มีความรู้	1	2.56
จ. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=30)	ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. แล้วแต่ลูกหลาน	5	16.67
		2. คือผู้ดูแล	3	10.00
		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	1	3.33
จ. อื่น ๆ ระบุ (n = 1)		1. แล้วแต่คนในครอบครัว	1	100.00

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.3 (n=113)	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	30	26.55
		2. เพราะไม่มีประโยชน์	19	16.81
		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	6	5.31
ข. ช่วยกู้ชีวิต (n=65)	ค. ช่วยกู้ชีวิต	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	19	29.23
		2. ช่วยถึงที่สุด	19	13.85
		3. ยังมีโอกาสรอด	3	4.62
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล (n=64)	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	5	7.81
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	3.13
		3. เพื่อความสบายใจ	1	1.56

ตาราง 11 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1 กรณี 1.3 (n=36)	จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ	11	30.56
		2. สิทธิผู้ป่วย	1	2.78
		3. รักษาไม่ได้	1	2.78
		4. ตัดสินใจไม่ถูก	1	2.78
		5. กล้ามมีปัญหา	1	2.78
จ. อื่น ๆ ระบุ (n = 2)		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	100.00

จากตาราง 9 - 11 พบว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3 (สถานการณ์นางปิ่น) หากการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ อาจช่วยให้นางปิ่นยังคงมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปในลักษณะเหมือนผักคือไม่รู้สีกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 63.21 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ไม่อยากให้ทรมาน ถ้าหากคนข้างหลัง และเพราะไม่มีประโยชน์ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ช่วยชีวิต ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 13.93, 11.79, 10.71 และ 0.36 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 40.36 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ไม่อยากให้ทรมาน เพราะไม่มีประโยชน์ และถึงอย่างไรก็ตาม ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือให้ช่วยชีวิต ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคย แจ้งไว้) และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 23.21, 22.86, 12.86 และ 0.71 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองคล้อยกันมากที่สุดคือไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไป จำนวน 78 คู่ คิดเป็นร้อยละ 72.22 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง และตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองคล้อยกันรองลงมาคือ ช่วยชีวิต จำนวน 14 คู่ คิดเป็นร้อยละ 12.96 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

ตาราง 12

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 2

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนผู้ที่ตอบ สอดคล้องกัน		ระดับ ความ สอดคล้อง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก. ถอดเครื่องช่วย หายใจออก	144	51.43	ก. ถอดเครื่องช่วย หายใจออก	99	35.36	58	60.42	ปานกลาง
ข. รักษาต่อโดยใช้ เครื่องช่วยหายใจ ต่อ	43	15.36	ข. รักษาต่อโดยใช้ เครื่องช่วยหายใจ ต่อ	84	30.00	19	19.79	ต่ำ
ค. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	54	19.29	ค. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	64	22.86	15	15.63	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทน	36	12.86	ง. ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วย กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้	29	10.36	3	3.13	ต่ำ
จ. อื่นๆ	3	1.07	จ. อื่นๆ	4	1.43	1	1.04	ต่ำ
รวม	280	100.00	รวม	280	100.00	96	100.00	

ตาราง 13

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด
ในสถานการณ์ที่ 2

สถานการณ์ที่/ กรณีที่	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 2	ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจ ออก (n=114)	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	34	23.61
		2. เพราะไม่มีประโยชน์	20	16.67
		3. ล้าบาคคนข้างหลัง	24	13.89
	ข. รักษาต่อโดยใช้เครื่อง ช่วยหายใจต่อไป (n=43)	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	7	16.28
		2. ยังมีโอกาสรอด	7	16.28

ตาราง 13 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ที่ 2	ข. รักษาต่อ โดยใช้เครื่อง ช่วยหายใจต่อไป (n=43)	3. ช่วยถึงที่สุด	3	6.98	
		ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล (n=54)	1. เชื้อฝีมือหมอ	9	16.67
			2. เชื้อการตัดสินใจของหมอ	2	3.70
			3. ไม่มีความรู้	2	3.70
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=36)	จ. อื่น ๆ ระบุ (n=3)	1. แล้วแต่ลูกหลาน	10	27.78	
		2. คือผู้ดูแล	3	8.33	
จ. อื่น ๆ ระบุ (n=3)		1. แล้วแต่คนในครอบครัว	2	66.67	
		2. ทูน	1	33.33	

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 2	ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจ ออก (n=99)	1. ถึงอย่างไรก็ตาย	13	13.13
		2. ไม่อยากให้ทรมาน	12	12.12
		3. เพราะไม่มีประโยชน์	11	11.11
ข. รักษาต่อ โดยใช้เครื่อง ช่วยหายใจต่อไป (n=84)		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	14	16.67
		2. ช่วยถึงที่สุด	10	11.90
		3. ยังมีโอกาสรอด	7	8.33

ตาราง 14 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 2 ของแพทย์/พยาบาล (n=64)	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ	1. เชื่อฝีมือหมอ	10	15.63
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	4	6.25
ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) (n=29)	จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย	1. เคารพการตัดสินใจ	13	44.83
		2. สงสาร	2	6.90
		3. สิทธิผู้ป่วย	1	3.45
จ. อื่น ๆ ระบุ (n=4)		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	4	100.00

จากตาราง 12 - 14 พบว่าในสถานการณ์ที่ 2 (สถานการณ์นางแก่นแก้ว) หากเครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด ร้อยละ 51.43 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ไม่อยากให้ทรมาณ เพราะไม่มีประโยชน์และลำบากคนข้างหลัง ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 19.29, 15.36, 12.86 และ 1.07 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด ร้อยละ 35.36 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ถึงอย่างไรก็ตาย ไม่อยากให้ทรมาณ และเพราะไม่มีประโยชน์ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 30.00, 22.06, 10.36 และ 1.43 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองคล้อยกันมากที่สุดคือ ถอดเครื่องช่วยหายใจออก จำนวน 58 คู่ คิดเป็นร้อยละ 60.42 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง รองลงมาคือ รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อจำนวน 19 คู่ คิดเป็นร้อยละ 19.79 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

ตาราง 15

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 3

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนคู่ที่ตอบ สอดคล้องกัน		ระดับ ความ สอดคล้อง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก. ไม่ใช้เครื่องช่วย หายใจช่วย	117	41.79	ก. ไม่ใช้เครื่อง ช่วยหายใจช่วย	68	24.29	33	38.82	ต่ำ
ข. ใช้เครื่องช่วย หายใจช่วย	61	21.79	ข. ใช้เครื่องช่วย หายใจช่วย	104	37.14	21	24.71	ต่ำ
ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	64	22.86	ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	80	28.57	27	31.76	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของผู้ ตัดสินใจแทน	36	12.86	ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยเคย แจ้งไว้	27	9.64	4	4.71	ต่ำ
จ. อื่นๆ	2	0.71	จ. อื่นๆ	1	0.36	0	0.00	ไม่มีความ สอดคล้อง
รวม	280	100.00	รวม	280	100.00	85	100.00	

ตาราง 16

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดในสถานการณ์ที่ 3

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 3	ก. ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย (n=117)	1. เพราะไม่มีประโยชน์	22	18.80
		2. ลำบากคนข้างหลัง	14	11.97
		3. ไม่อยากให้ทรมาณ	10	8.55
	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย (n=61)	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	12	19.67
		2. ยังมีโอกาสรอด	8	13.11

ตาราง 16 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ที่ 3 (n=61)	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย	3. ช่วยถึงที่สุด	6	9.84	
		ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล (n=64)	1. เชื่อฝีมือหมอ	8	12.50
		ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=36)	1. คือผู้ดูแล	6	16.67
			2. แล้วแต่ลูกหลาน	5	13.89
จ. อื่น ๆ ระบุ (n=2)		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	1	2.78	
		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	1	50.00	
		2. ความพร้อม	1	50.00	

ตาราง 17

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุดในสถานการณ์ที่ 3

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 3 ช่วย (n=68)	ก. ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	1. ไม่อยากให้ทรมาณ	10	14.71
		2. เพราะไม่มีประโยชน์	7	10.29
		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	7	10.29
		4. ถ้าหากคนข้างหลัง	3	4.41
ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย (n=104)		1. ยังมีโอกาสรอด	21	20.19
		2. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	13	12.50
		3. ช่วยถึงที่สุด	11	10.58

ตาราง 17 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 3 ของแพทย์/พยาบาล (n=70)	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ	1. เชื่อฝีมือหมอ	14	20.00
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	4	5.71
		3. หมดหวัง	1	1.43
จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) (n=27)	ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย	1. เคารพการตัดสินใจ	10	37.04
		2. สิทธิผู้ป่วย	2	7.41
		3. กลัวบาป	2	7.41
		4. อยากให้ไปสบาย	1	3.70
จ. อื่น ๆ ระบุ (n=4)		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	1	100.00

จากตาราง 15 - 17 พบว่าในสถานการณ์ที่ 3 (สถานการณ์นายมะลิ) หากนายมะลิรักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจจะไม่มีโอกาสกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้นายมะลิเสียชีวิต ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุด ร้อยละ 41.79 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด คือ เพราะไม่มีประโยชน์ ลำบากคนข้างหลัง และไม่อยากให้ทรมาณ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 22.86, 21.79, 12.86 และ 0.71 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุด ร้อยละ 37.14 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด คือ ยังมีโอกาสรอด เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ และช่วยถึงที่สุด ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) และ ทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 28.57, 24.29, 9.64 และ 0.36 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองคล้ายกันมากที่สุดคือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย จำนวน 33 คู่ คิดเป็นร้อยละ 38.82 รองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล จำนวน 21 คู่ คิดเป็นร้อยละ 31.76 ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

ตาราง 18

จำนวนและร้อยละของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนและความสอดคล้องของการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ 4

การตัดสินใจ	ผู้ป่วย		การตัดสินใจ	ผู้ตัดสินใจแทน		จำนวนคู่ที่ตอบ สอดคล้องกัน		ระดับ ความ สอดคล้อง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก. ไม่ต้องส่ง ต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	36	12.86	ก. ไม่ต้องส่ง ต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	16	5.71	4	2.50	ต่ำ
ข. ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	185	66.07	ข. ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	215	76.79	148	92.50	สูง
ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	25	8.93	ค. ขึ้นอยู่กับการ ตัดสินใจของ แพทย์/พยาบาล	29	10.36	5	3.13	ต่ำ
ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของ ผู้ตัดสินใจแทน	23	8.21	ง. ขึ้นอยู่กับ ผู้ป่วยกรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้	12	4.29	0	0.00	ไม่มี ความ สอดคล้อง
จ. อื่นๆ	11	3.93	จ. อื่นๆ	8	2.86	3	1.87	ต่ำ
รวม	280	100.00	รวม	280	100.00	160	100.00	

ตาราง 19

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด
ในสถานการณ์ที่ 4

สถานการณ์ที่/ กรณีที่	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 4	ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น (n=36)	1. ลำบากคนข้างหลัง	7	19.44
		2. เพราะไม่มีประโยชน์	5	13.89
		3. ถึงอย่างไรก็ตาม	3	8.33
		4. ไม่อยากให้ทรมาณ	3	8.33

ตาราง 19 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 4 อื่น (n=185)	ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล	1. ยังมีโอกาสรอด	26	14.05
		2. เพื่อรักษาต่อ	25	13.51
		3. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	22	11.89
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล (n=25)	ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล	1. เชื่อกันการตัดสินใจของหมอ	6	24.00
		2. เชื่อกันการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล		
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน (n=23)	ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล	1. แล้วแต่ลูกหลาน	5	21.74
		2. คือผู้ดูแล	1	4.35
จ. อื่น ๆ ระบุ (n = 11)	ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล	1. ขึ้นอยู่กับคำรักษา	7	63.64
		2. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	18.18

ตาราง 20

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับ
สูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4

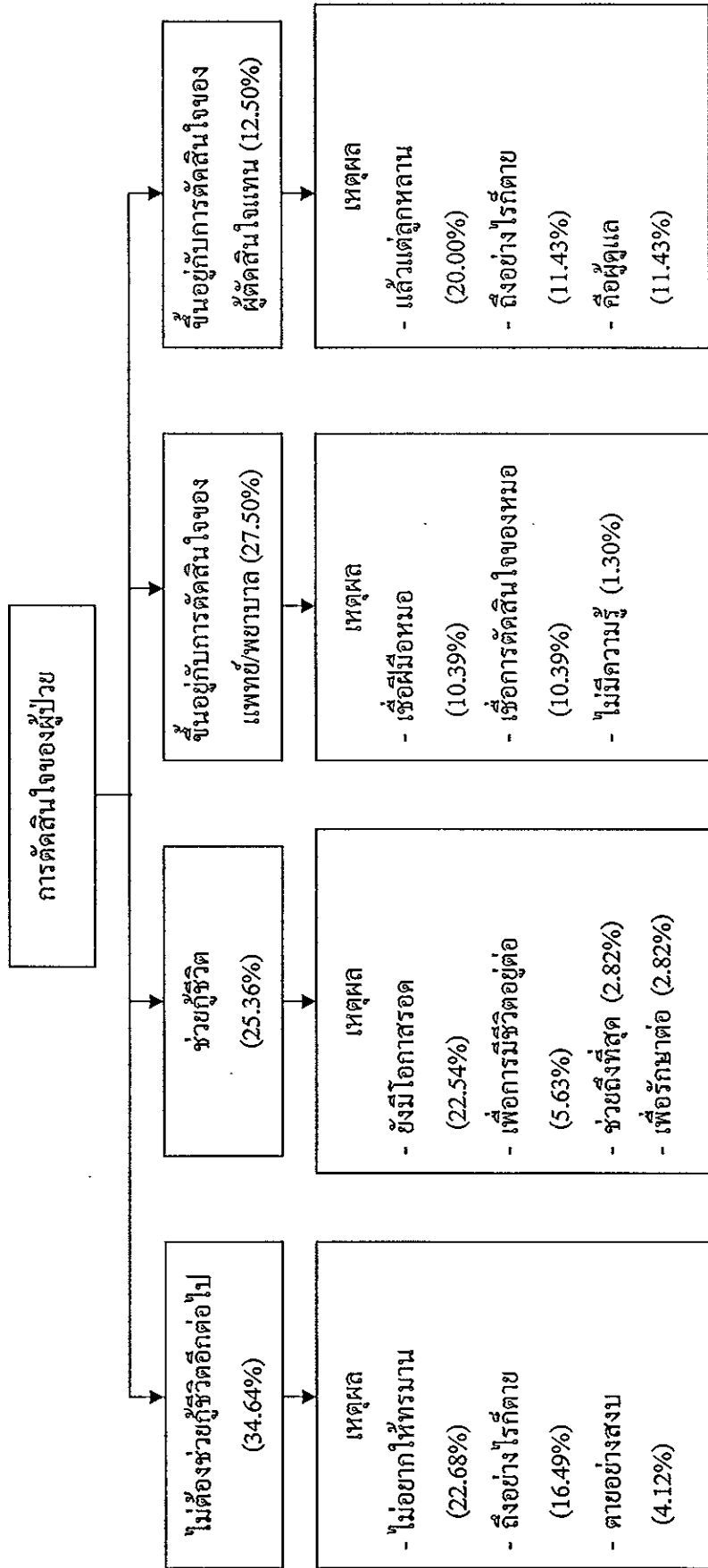
สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 4 อื่น (n=16)	ก. ไม่ต้องส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาลอื่น	1. เพราะไม่มีประโยชน์	2	12.50
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	1	6.25
		3. กลัวแพง	1	6.25
		4. กลัวโรคแทรก	1	6.25
		5. ไม่อยากให้ทรมาน	1	6.25
ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล อื่น (n=215)	ข. ส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาล	1. ยังมีโอกาสรอด	47	21.86
		2. ยังมีโอกาสหาย	22	10.23
		3. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	19	8.84

ตาราง 20 (ต่อ)

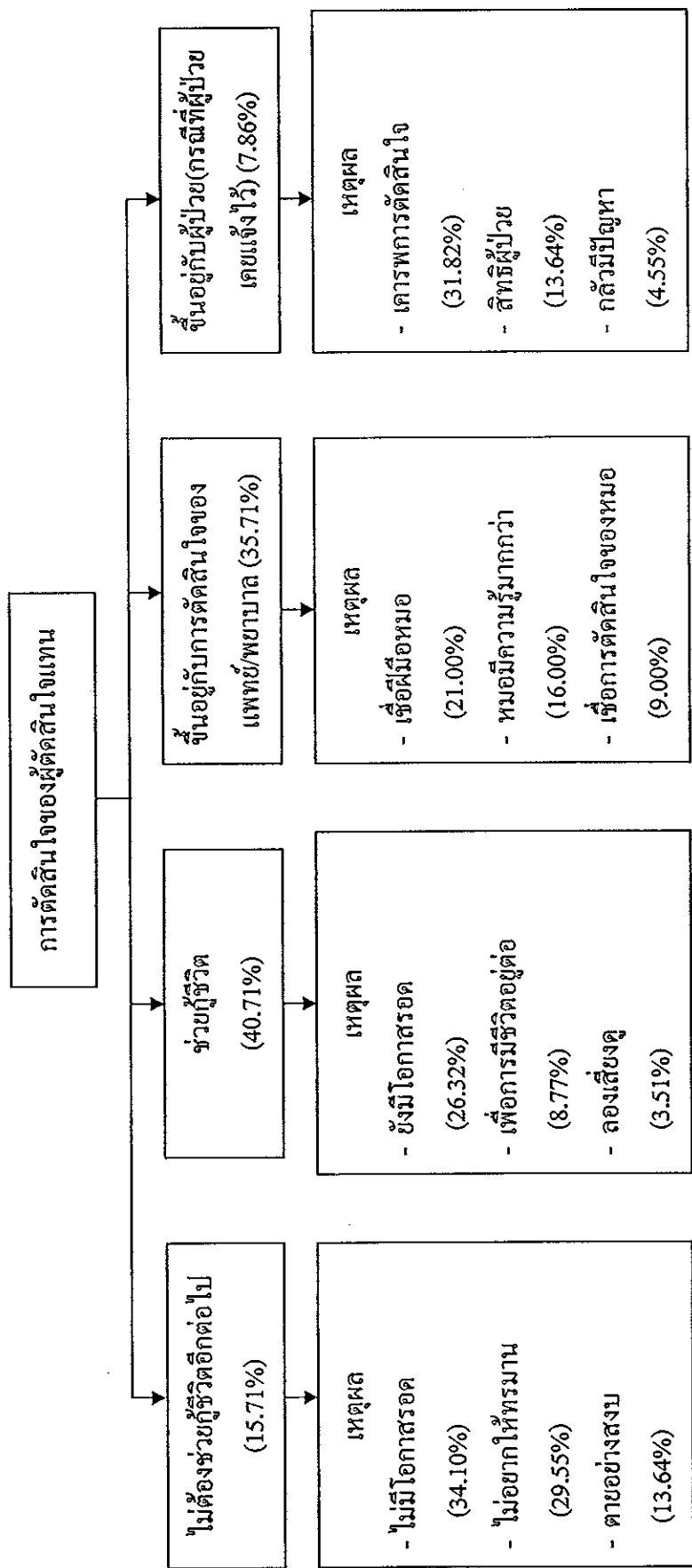
สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 4 ของแพทย์/พยาบาล (n=29)	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ	1. เชื้อฝีมือหมอ	3	10.34
		2. เชื้อการตัดสินใจของหมอ	2	6.90
ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) (n=12)		1. เคารพการตัดสินใจ	3	25.00
		2. สิทธิผู้ป่วย	2	16.67
		3. ความพร้อมของคนไข้	1	8.33
จ. อื่น ๆ ระบุ (n=4)		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	25.00
		2. ขึ้นอยู่กับคำปรึกษา	5	62.50
		3. ขึ้นอยู่กับอายุ	1	12.50

จากตาราง 18 - 20 พบว่าในสถานการณ์ที่ 4 (สถานการณ์นายสุข) หากนายสุขไม่ได้รับการผ่าตัดจะทำให้นายสุขเสียชีวิตในไม่ช้า แต่ทางโรงพยาบาล ไม่มีเครื่องมือและไม่สามารถทำการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจได้ ต้องส่งนายสุขไปทำการรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด ร้อยละ 66.07 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ยังมีโอกาสรอด เพื่อรักษาต่อ และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 12.86, 8.93, 8.21 และ 3.93 ตามลำดับ ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด ร้อยละ 76.79 โดยมีเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุดคือ ยังมีโอกาสรอด ยังมีโอกาสหาย และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ ส่วนการตัดสินใจรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) และทางเลือกอื่น ๆ ร้อยละ 10.36, 5.71, 4.29 และ 2.36 ตามลำดับ โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสอดคล้องกันมากที่สุดคือ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น จำนวน 148 คู่ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับสูง รองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล จำนวน 5 คู่ คิดเป็นร้อยละ 3.13 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

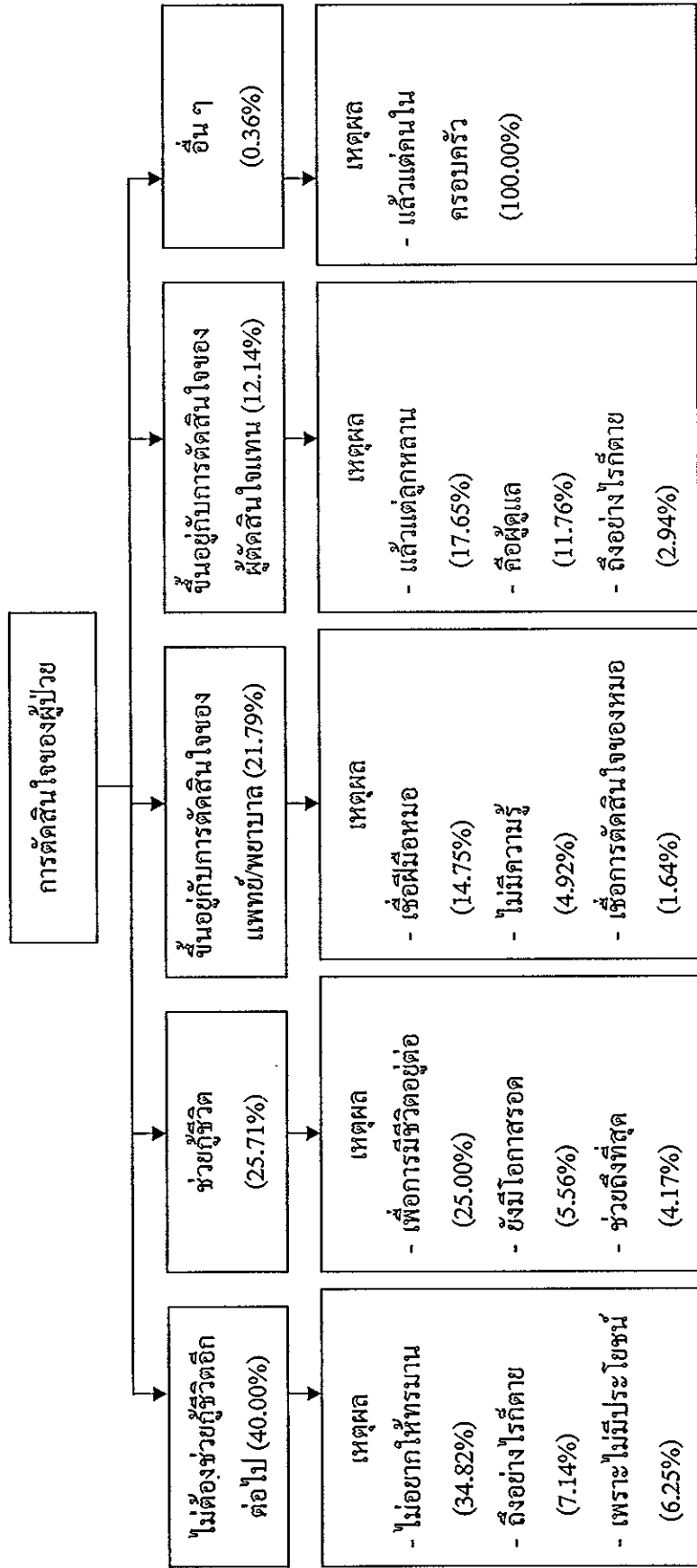
จากสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถสรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน รวมทั้งเหตุผลของการตัดสินใจ ดังรายละเอียดในภาพที่ 5 - 16



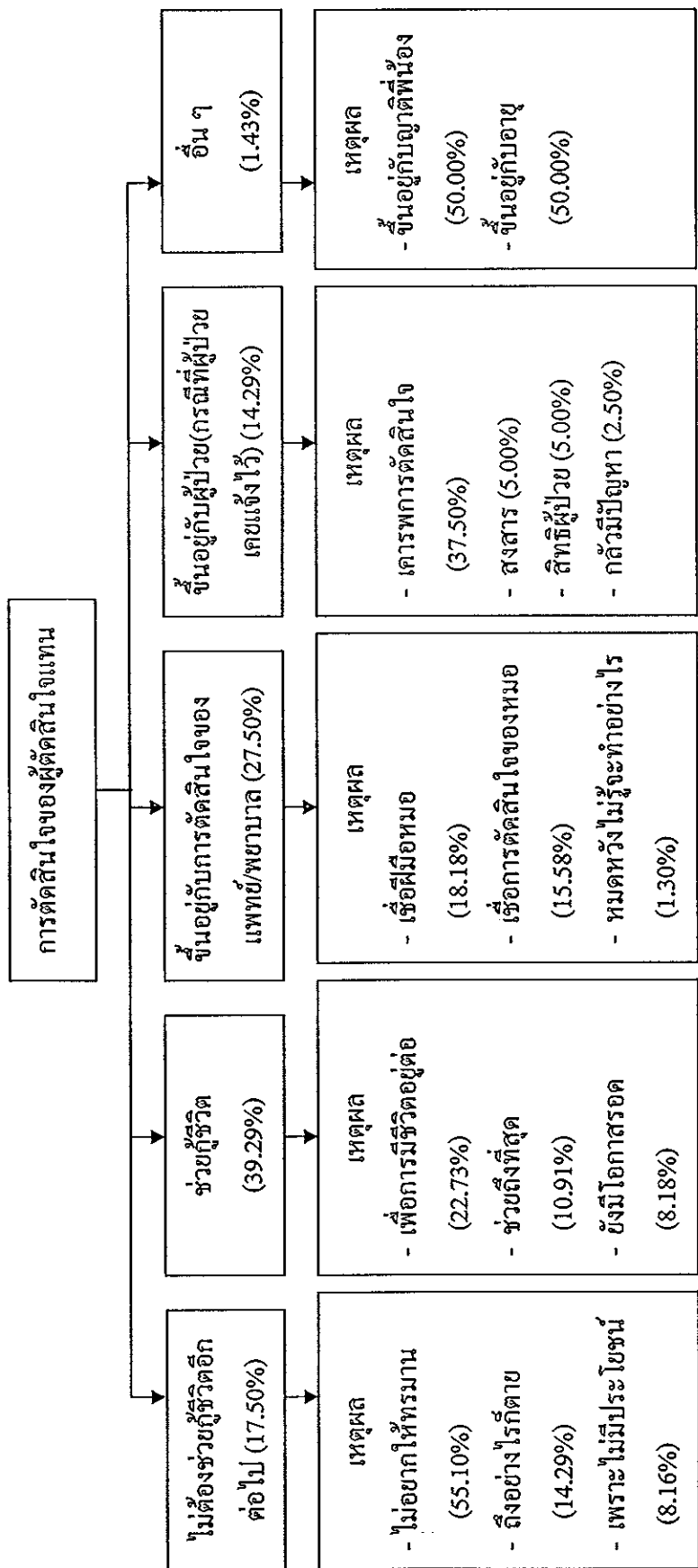
ภาพ 5 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1



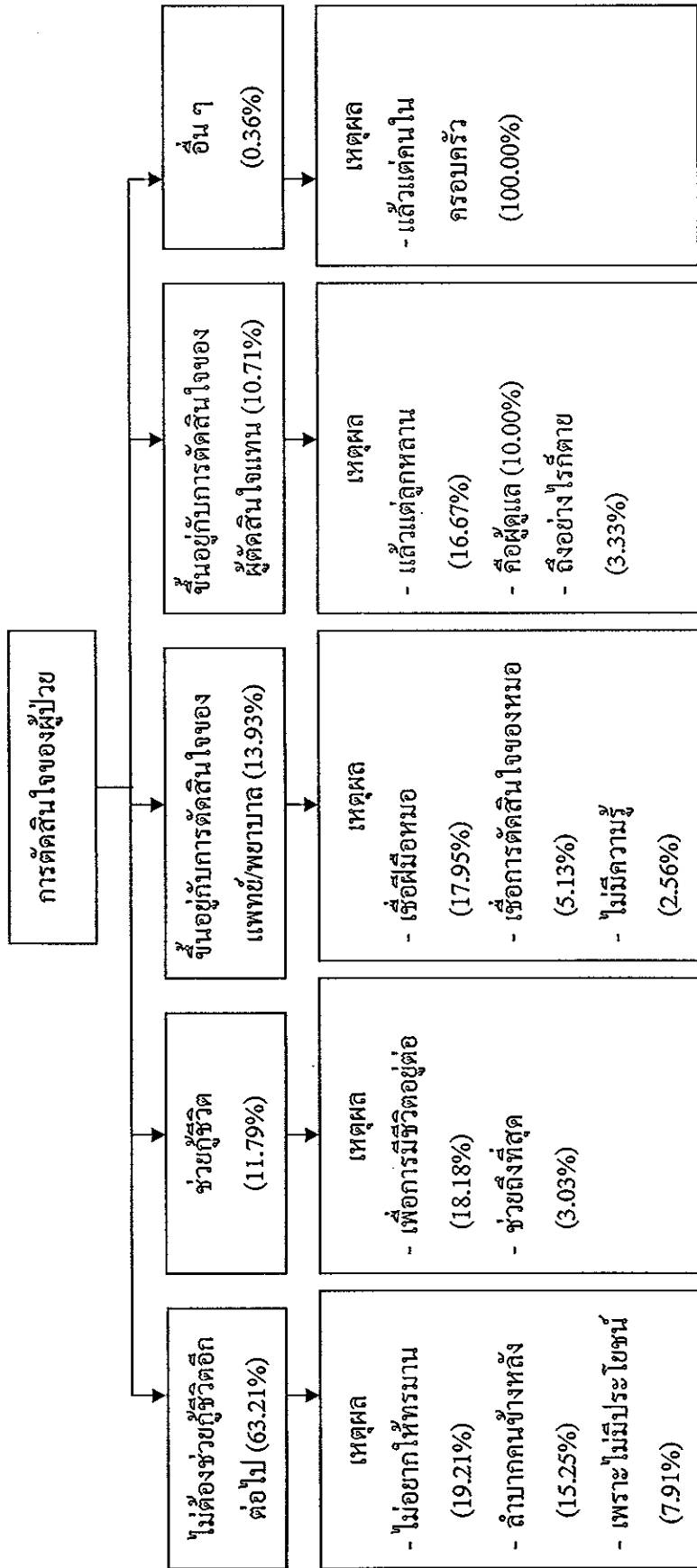
ภาพ 6 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1



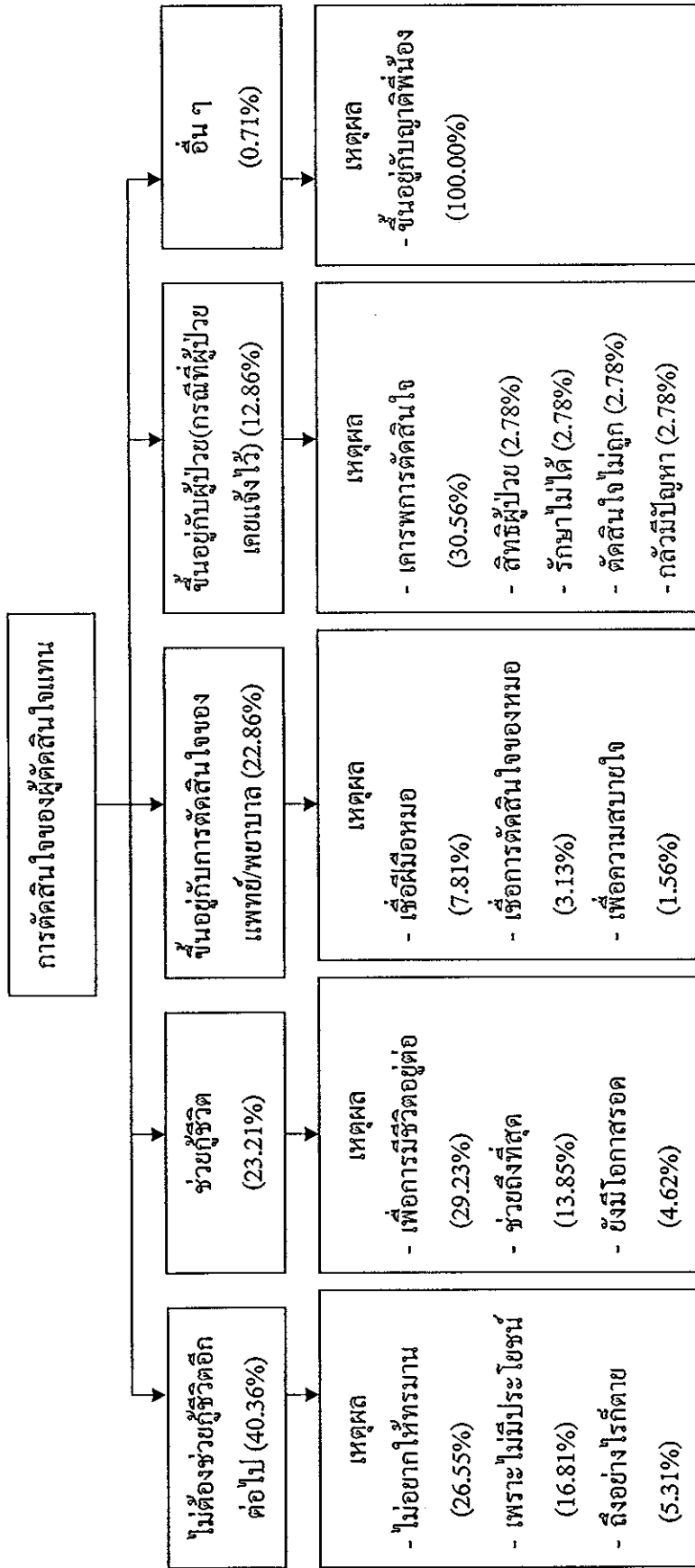
ภาพ 7 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2



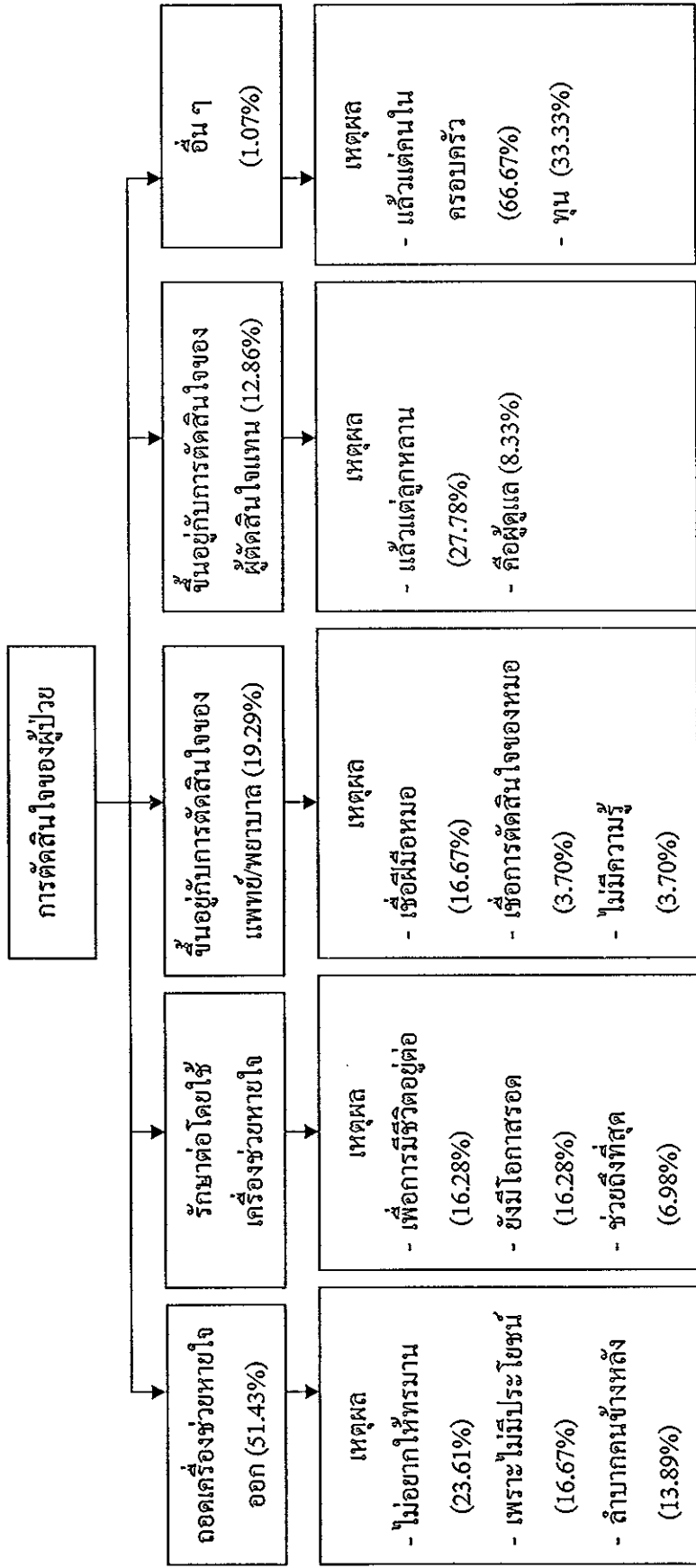
ภาพ 8 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 2



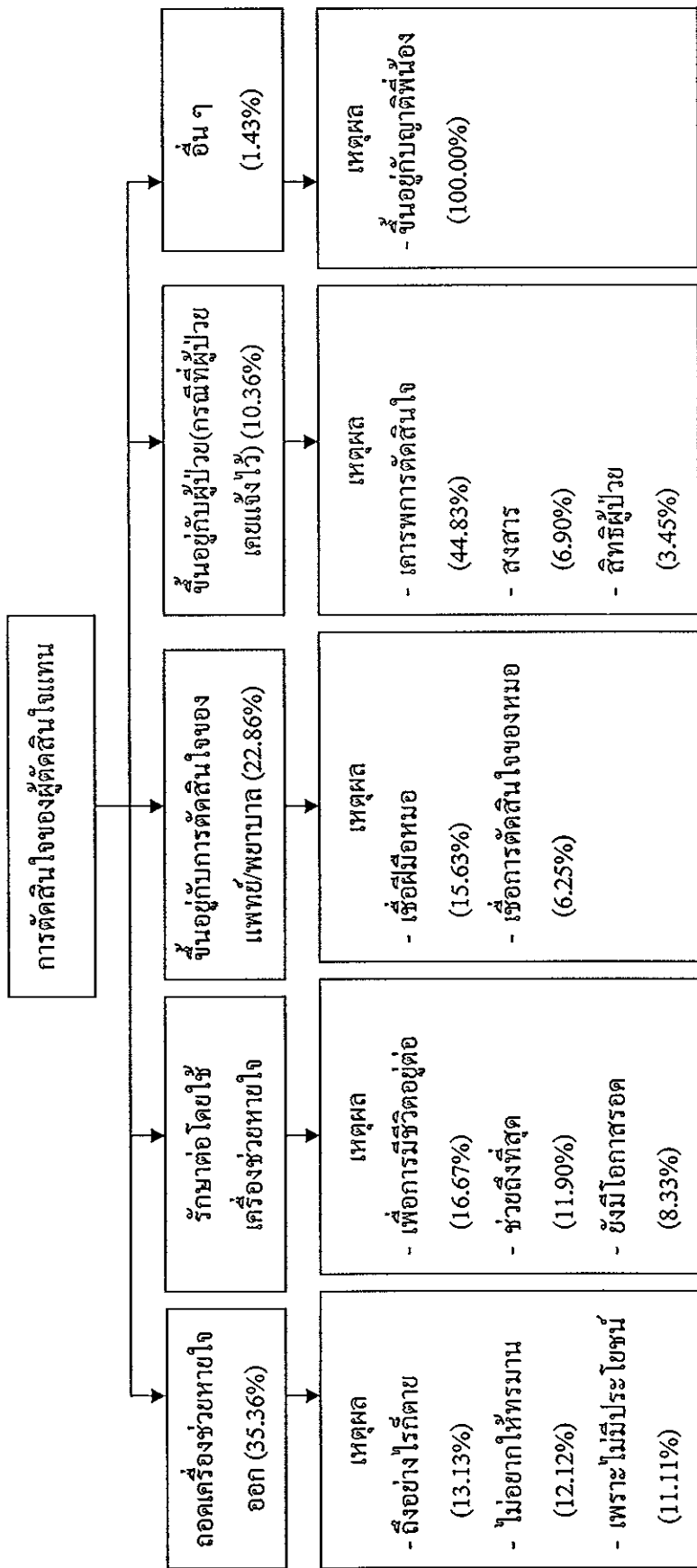
ภาพ 9 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3



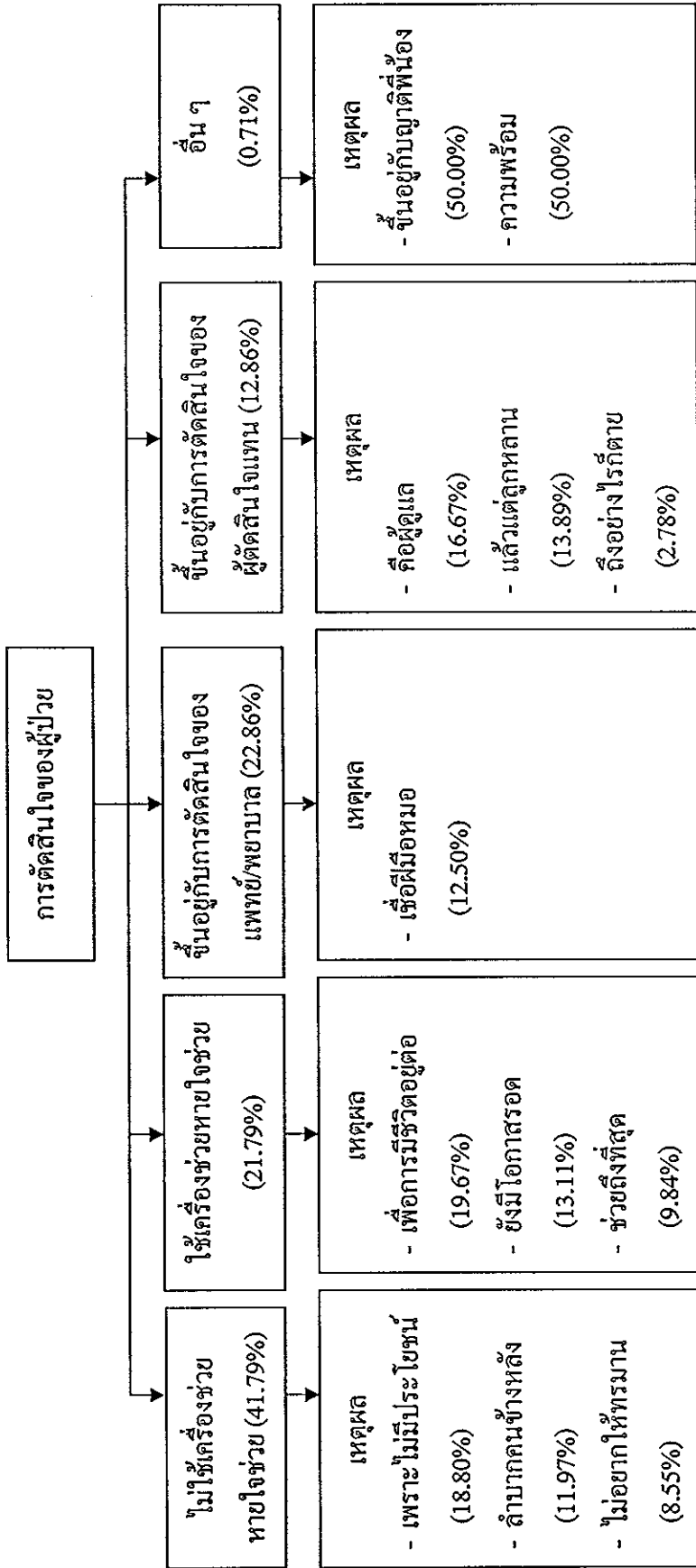
ภาพ 10 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 3



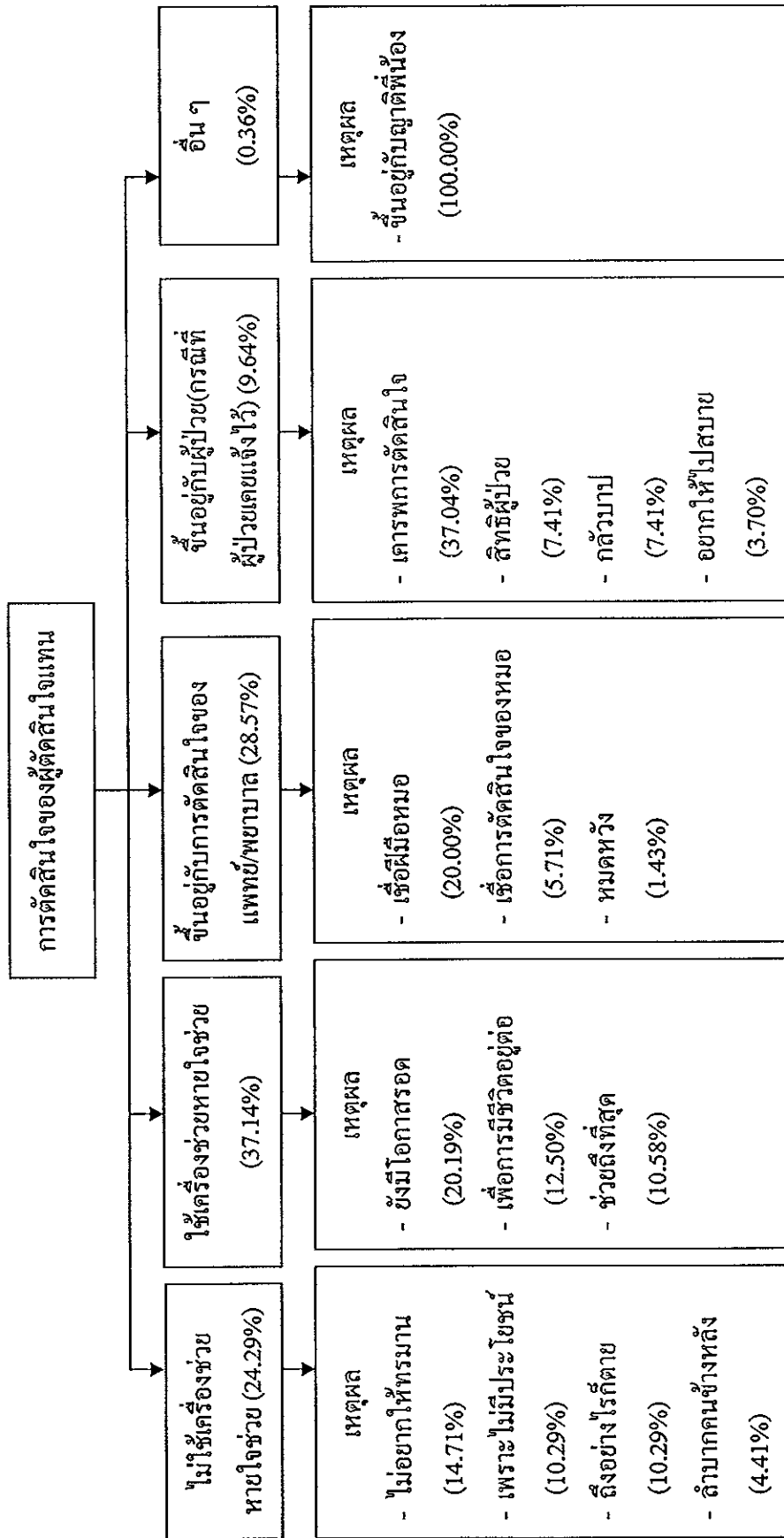
ภาพ 11 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2



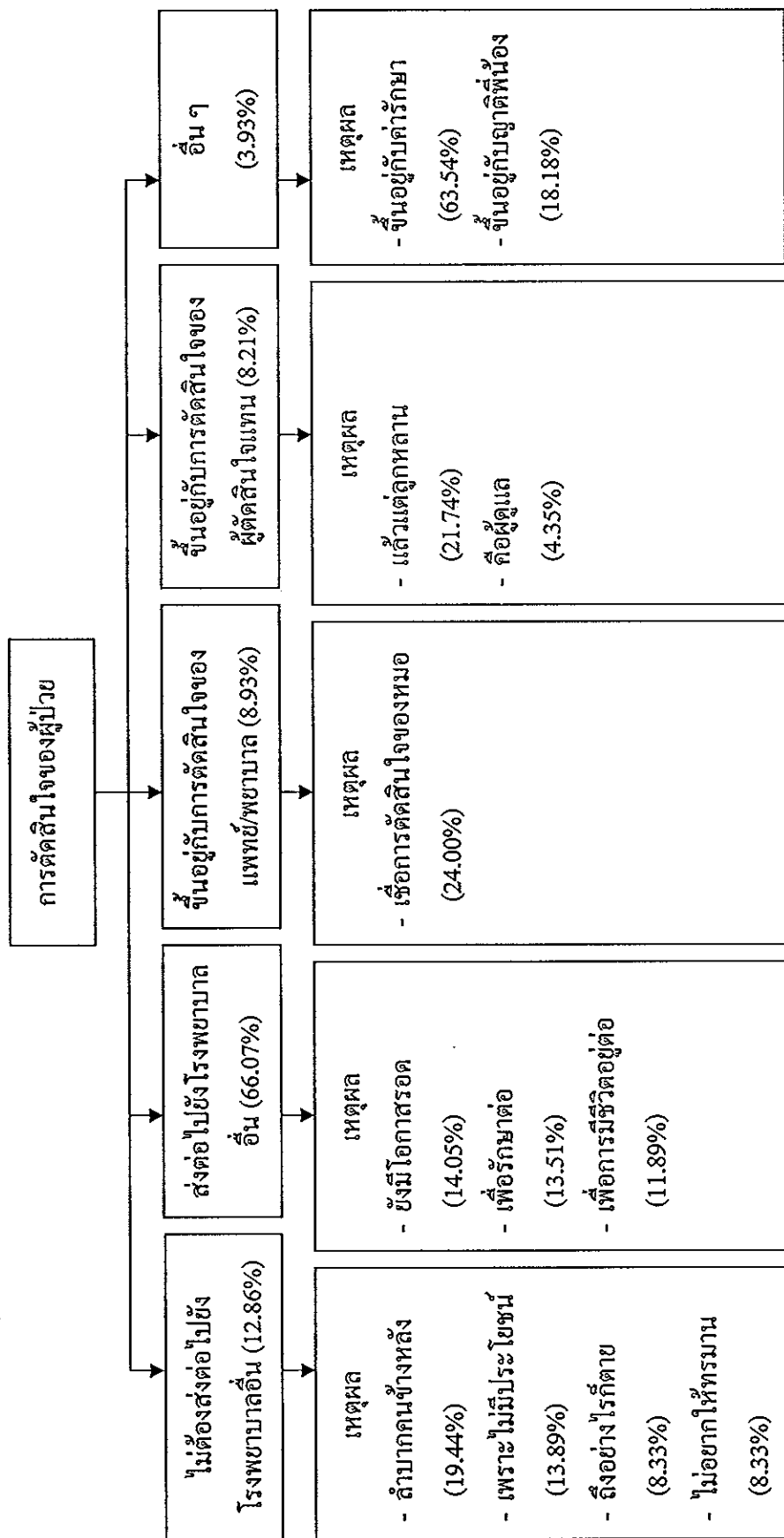
ภาพ 12 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 2



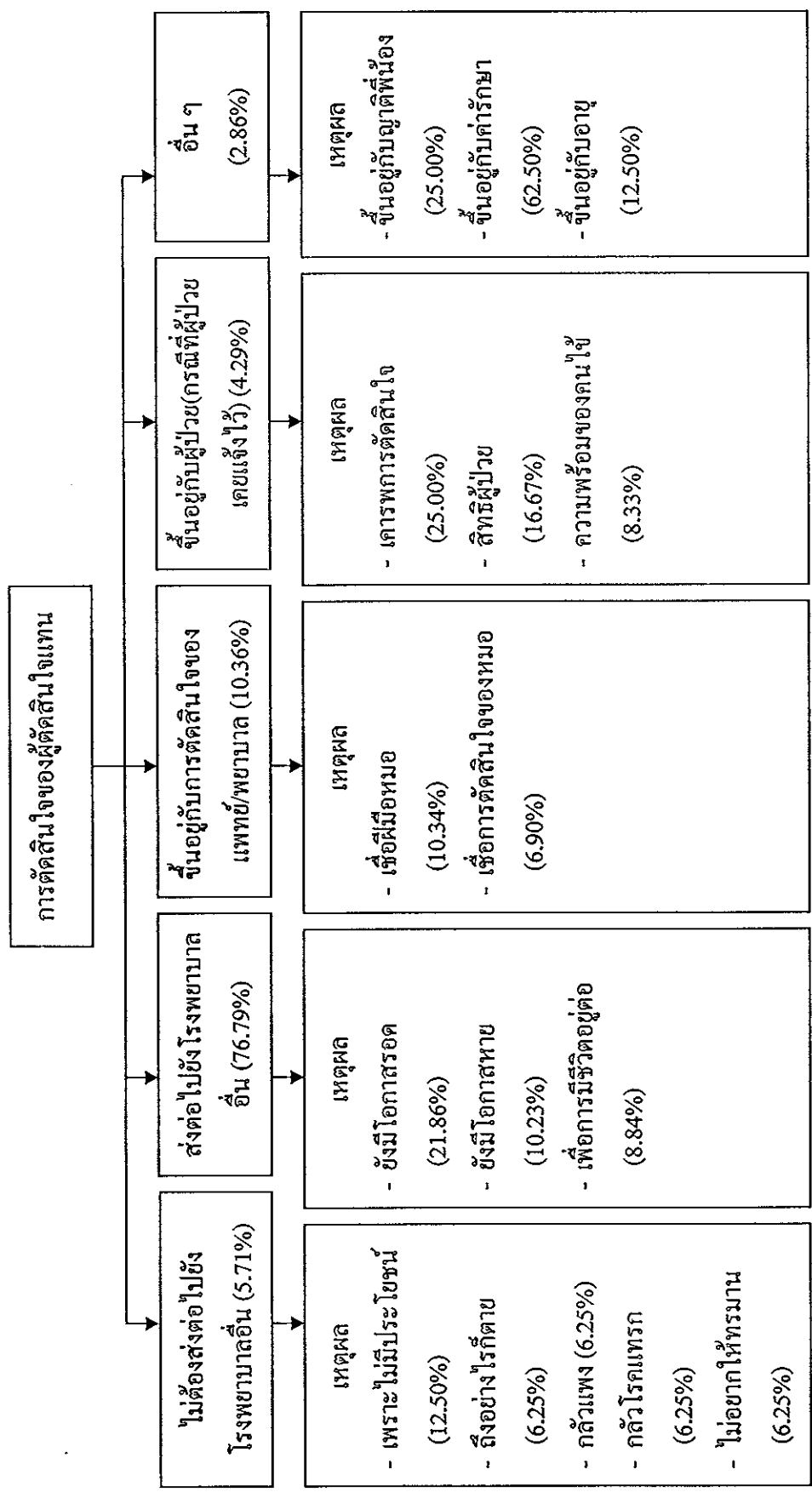
ภาพ 13 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3



ภาพ 14 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 3



ภาพ 15 สรุปการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4



ภาพ 16 สรุปการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนและเหตุผลของการตัดสินใจ 3 ลำดับสูงสุด ในสถานการณ์ที่ 4

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความสอดคล้องของการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถอภิปรายผลต่าง ๆ ตามลำดับได้ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.29 เพศหญิงร้อยละ 45.71 ร้อยละ 56.07 อยู่ในวัยสูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.07 และการเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 20.71 สำหรับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยมีประวัติโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรคมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 73.93 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า โดยผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี ประมาณ 4 ใน 5 คน จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สมภพ, 2548) และสาเหตุหนึ่งของภาวะความเจ็บป่วยเนื่องจากวัยสูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ (บรรณ, 2548) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางเสื่อม ทั้งในระบบต่าง ๆ ของร่างกายและระบบหลอดเลือด จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากขึ้น (วิภาวี, 2537)

1.2 ผู้ตัดสินใจแทน

ผู้ตัดสินใจแทนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.79 ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบว่าผู้ที่มาดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จุฑามาศ และ คณะ, 2536; วิมลรัตน์, 2535; วงรัตน์, 2544) เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอดทนสูง รวมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าที่เป็นผู้ดูแล และจากการศึกษาพบว่าผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดาหรือบุตรบุญธรรม ร้อยละ 40 รองลงมาคือคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 35 ซึ่งสอดคล้องกับคำบทบาทและหน้าที่ของบุตรที่พึงปฏิบัติต่อบิดามารดาคือการดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อแก่เฒ่า และดูแลเมื่อเจ็บป่วย เช่นเดียวกันกับการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรมากที่สุด โดยบุตรหญิงมีบทบาทมากกว่าบุตรชายในอัตราร้อยละ 43.4 และร้อยละ 20.1 ตามลำดับ ส่วนด้านประสบการณ์ในการ

ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 62.86

2. ทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยและเหตุผลของการตัดสินใจในการรักษา

พยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษา พบว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ทางเลือกหลักที่ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจคือ การยืดชีวิตและการยุติการรักษา โดยพบว่าในสถานการณ์ที่ 1 – 3 ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจยุติการรักษามากกว่าทางเลือกอื่น ๆ ยกเว้นสถานการณ์ที่ 4 เพียงสถานการณ์เดียวที่ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจยืดชีวิต โดยการส่งต่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่น โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การยุติการรักษา

โดยในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 กรณีที่ 1.2 กรณีที่ 1.3 สถานการณ์ที่ 2 และสถานการณ์ที่ 3 (ตาราง 3, 6, 9, 12) ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.64, 40, 63.21, 51.43 และ 41.79 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบว่าในสถานการณ์ที่ 1 และ 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ในการเลือกตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุด (ตาราง 4, 7, 10, 13) คือ ไม่อยากทุกข์ทรมาน ร้อยละ 22.68 – 34.82 (ผู้ป่วยร้อยละ 22.03-44.33 ไม่ให้เหตุผล) ส่วนในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเพราะมันไม่มีประโยชน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.0 (ผู้ป่วยร้อยละ 47.86 ไม่ให้เหตุผล) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 76.67 ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย โดยสถานการณ์ที่ตัดสินใจจะตายมากที่สุดคือต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 86.7 และจากการเลือกตัดสินใจยุติการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยได้มองถึงผลที่อาจได้รับจากการรักษาพยาบาลร่วมด้วย คือจากการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แต่ต้องอยู่ในภาวะไม่ปกติมีอาการทุกข์ทรมานหรือต้องอยู่ในภาวะที่ง่วงไม่สามารรับรู้หรือช่วยเหลือตัวเองได้อีกต่อไป ผู้ป่วยจึงเลือกตัดสินใจยุติการรักษา ด้วยผลการรักษาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วย รู้สึกทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไร้ค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป จนบางครั้งต้องการให้แพทย์ ปล่อยให้ชีวิตของตนเองเสีย (วิสูตร และ คณะ, 2544) เพราะบางครั้งผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะที่เรียกว่า ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลงกล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อจะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้สึกตัวหรือมีความรู้สึกตัวเพียงเล็กน้อย ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับมาเป็นคนปกติได้ รวมถึงกระบวนการดังกล่าว มีผู้เห็นว่าทำให้ความเป็น

มนุษย์ลดลงอีกด้วย (ทศนีย์, 2543; วิฑูรย์, 2539; Fry, 1994; Tschudin, 1992 อ้างตามกาญจนา, 2543) และสอดคล้องกับการศึกษาของซานเดอร์ (Sander, 2001) พบว่าแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้ช่วยในการฆ่าตัวตายในประเทศอังกฤษ คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ

เหตุผลของการตัดสินใจยุติการรักษาในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ 1 – 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.64 – 63.21 เลือกตัดสินใจยุติการรักษา และพบว่าเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ยุติการรักษามากที่สุดคือ โรคเรื้อรังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สุขภาพกายและใจเสื่อมโทรม รู้สึกว่าตนเองเกิดมาเป็นภาระ และมีความเหตุผลทางด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา ผลกระทบต่อตัวครอบครัวผู้ดูแล และเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการที่จะใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายโดยการจากไปอย่างสงบ โดยสามารถสรุปเหตุผลของการตัดสินใจยุติการรักษาได้ดังนี้

1) เหตุผลด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา

จากในสถานการณ์ที่ 1 – 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจยุติการรักษา ซึ่งหากพิจารณาปัจจัยที่ผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาเลือกตัดสินใจมากที่สุดคือปัจจัยด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษาเพราะทุกข์ทรมาน (สรจักร, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจของภัทรพร (2543) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจว่าแม้ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยในการมีชีวิตอยู่ได้แต่ไม่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจช่วยในการหายใจได้สะดวก แต่ก็ประสบปัญหาความไม่สุขสบาย เช่นความเจ็บปวด ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมไม่สามารถจัดการหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ด้วยตนเองแม้กระทั่งเรื่องส่วนตัวต่างๆที่ยังมีชีวิตอยู่ และมีความรู้สึกเหมือนคนทั่วไป นอกจากนี้การที่มีชีวิตอยู่ในภาวะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเช่นนี้บางคนเปรียบเหมือนตายทั้งเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) ในเรื่องประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยจำนวน 14 ราย พบว่ากระบวนการอยู่กับเครื่องช่วยหายใจจำแนกเป็น 3 ระยะ คือระยะแรกรับรู้การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะรับรู้ความผิดปกติจากผลการใช้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองส่งผลให้เกิดความอึดอัด ความหงุดหงิด รำคาญ ความกังวลใจและตอบสนองต่อการรับรู้ความคิดปกติ กล่าวในลักษณะการดึงท่อช่วยหายใจออกหรือการจายอมใช้ท่อช่วยหายใจ ระยะที่สองคือระยะอยู่กับเครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะอยู่กับผลทางลบจากการอยู่กับเครื่องช่วยหายใจ 4 ลักษณะและอยู่กับเครื่องช่วยชีวิต ช่วยผ่อนแรงการหายใจ ได้แก่อยู่กับภาวะไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจอยู่กับการปรับจิงหวะปรับใจให้หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ

อยู่กับการดูแลหมะในท่ช่วยเหลือใจและอยู่กัความอึดอัดขัดใจจากความยุ่งยากในการสื่อสาร และจากการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ในเรื่องความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่รับ ของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยเหลือใจพบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรมพบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะ เครียดทางด้านร่างกายของผู้ป่วย คือการคาท่ช่วยเหลือใจ ความเจ็บปวดและการใช้เครื่องช่วยเหลือ ใจร้อยละ 73.33 การดูแลหมะ ร้อยละ 70 ส่วนมุมมองของพยาบาลในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ภาวะเครียดคือ การคาท่ช่วยเหลือใจ การดูแลหมะ ความเจ็บปวด และการใช้เครื่องช่วยเหลือ ใจ ร้อยละ 89.47 ส่วนการนอนท่าเดิยวนานๆ ร้อยละ 84.21 จะเห็นได้ว่าผลการรักษาพยาบาลนอกจากจะ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ แต่กัส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ก่อให้เกิด ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้อีกด้วย ดังเช่นคำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้ จากสถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.1 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่โอกาสฟื้น มีน้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 34.64 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ยอมให้ทรมานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 22 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ คนเรากัถึงวาระสุดท้ายแล้ว จะสิ้นชีวิตแล้ว ถ้าป้มไปเท่ากับทรมานเขาเปล่า ๆ ”
ผู้ป่วยหญิง รายที่ 15

กรณีที่ 1.2 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ ได้อีกระยะสั้นๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการ ตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ยอมให้ทรมานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.82 ดังเช่น ตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ป้มกัมัน ไม่หายแล้ว ทรมาน ป้มทำไม ให้หันไปทีเดิยคิดว่า ให้ตายไปเลยดีกว่า ”
ผู้ป่วยหญิง รายที่ 61

กรณีที่ 1.3 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่มี ชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือไม่รู้สึกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและ ไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป คิดเป็นร้อยละ 63.21 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ยอมให้ทรมาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.06 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าอยู่อย่างนั้นให้มันตายไปเลย ลำบาก ทรมาน อยู่แล้วไม่ดีขึ้น ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 99

สถานการณ์ที่ 2 หากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.43 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่อยากจะทรมานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.61 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อยู่ก็ทรมาน ถึงขึ้นอยู่ก็ทรมาน ถอดไปให้สบาย ๆ ถึงขึ้น ไว้ก็ทรมานกับคนป่วย ทรมานกับคนเฝ้า ถอดให้ไปสบาย ๆ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 81

2) ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลและเศรษฐกิจ

จากในสถานการณ์ที่ 1 – 3 ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากหากรับการรักษาพยาบาลต่อไปจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลและเศรษฐกิจได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.07 และจากภาวะความเจ็บป่วยจึงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 47.86 ไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง ต้องพึ่งพาครอบครัวและผู้ดูแล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 98.21 จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากมีสิทธิในการรักษาก็ตาม แต่จากการที่ต้องมาคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องเสียเวลาและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจยุติการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของนิการีหมี (2547) ในเรื่องการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ โดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง และจากการศึกษาของเมซี่ และคณะ (Mezey et al., 2000) ที่ศึกษาถึงสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องการรักษาต่อ พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องการรักษาต่อ เพราะไม่ต้องการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาและรู้สึกไม่มีความหวังที่ตนเองจะอาการดีขึ้น และยังสอดคล้องกับคำกล่าวของวิสูตร และคณะ (2544) มองว่าผู้ป่วยอาจเห็นว่าเป็นการทุกข์ทรมานอย่างมากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สร้างความเดือดร้อนให้แก่ทายาทที่ต้องมาดูแลรักษาคนทั้งในด้านเงินทองที่ต้องจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ในด้านเวลาที่ต้องเสียไปกับการดูแลตนเอง โดยไม่เกิดผลอะไรดีกว่าที่เป็นอยู่ ในด้านจิตใจที่ต้องพะวงกับเรื่องของตนจึงมีความต้องการตายที่จะแก้ปัญหาดังกล่าว ดังเช่นตัวอย่าง คำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากสถานการณ์ ต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.3 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป แต่มี ชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือ ไม่รู้สึกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถ รับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป คิดเป็นร้อยละ 63.21 ซึ่ง เหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยรองลงมาคือ ไม่อยากให้ทรมาณคือ ถ้าหากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 23.08 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ข้างบ้านมีอยู่คนหนึ่ง เขาเป็นคนรวย จ้างพยาบาลอยู่เป็นปี ๆ ยังไม่ตายเลย อย่างเรา คนจนปล่อยให้ไปสบาย ๆ อยู่ไปก็ทรมาณคนอื่น ไม่ใช่ทรมาณเรา อย่างฉันถ้าเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ขอมตายดีกว่า เคยถูกรถชนลุกขึ้นไม่ได้ นอนอยู่โรงพยาบาล ได้แต่มองข้าวกินข้าวก็ไม่ได้ ลุกขึ้น ก็ไม่ได้ มันทรมาณ ถ้าเดินไม่ได้ตายไปเลยดีกว่า ทรมาณ ไม่ใช่เราคนเดียว ทรมาณลูกหลานด้วย ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 101

สถานการณ์ที่ 3 หากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจะทำให้ ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปแต่ไม่มีโอกาสที่จะกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช่เครื่องช่วย หายใจจะทำให้เสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 41.79 ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเพราะมัน ไม่มี ประโยชน์มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 18.80 และเหตุผลรองลงมาคือ ถ้าหากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อย ละ 11.97 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ไม่ต้องการให้เป็นภาระคนอื่น เพราะถือว่าเกิดมาทุกคนก็ต้องตาย ไม่เป็นภาระคนอื่น ดีกว่า ขนาดที่ ที่ไม่สบายอย่างนี้ ที่ยังคิดมากนะ เครียด ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 152

3) เหตุผลของความเชื่อทางศาสนาพุทธ

จากในสถานการณ์ที่ 1 - 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจยุติการรักษา ซึ่ง เหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจพบว่าเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาพุทธร่วมด้วย เนื่องจากความเชื่อ ทางศาสนาเป็นสิ่งที่มิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เริ่มตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บและ ตายในที่สุด การ รักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตก็เช่นเดียวกัน ความเชื่อทางศาสนามักเป็นข้อที่นำมากล่าว อ้าง บ่อย ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจนถึงเรื่องของชีวิตและความตาย ซึ่งความเชื่อดังกล่าว มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา (ปรีชา และ สมภาร, 2543) และจากการศึกษาพบว่า สิ่งที ผู้ป่วยอ้างถึงคือเรื่องของเวรกรรมและการต้องการตายอย่างสงบ หากมองตามทัศนะของพุทธ ศาสนาในเรื่องของเวรกรรม เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนดชีวิตดำเนินไป

ตามกรรม ชีวิตของมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีสุขและทุกข์ปนกัน ไปตามผลแห่งกรรม (อุทัย และ คณะ, 2547) และทุกๆ การกระทำย่อมมีผลตามมา (เดือน, 2541)

และจากการต้องการตายอย่างสงบของผู้ป่วยนั้นพบว่าตรงกับความเชื่อทางศาสนาที่ว่า ศาสนาพุทธมองว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กันและยิ่งกว่านั้นยังเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับความตายในพระพุทธศาสนาอยู่ตรงที่ขณะที่ความตายใกล้เข้ามา นั้น จิตที่สงบ บริสุทธิ์ผ่องใสยอมทำให้ไปสู่ที่ดี (ธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2544) และหากกล่าวถึงสิทธิที่จะตายตามธรรมชาติโดยปราศจากการแทรกแซงด้วยวิธีการต่าง ๆ นั้นเมื่อมองย้อนกลับไปพบว่ามันมีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล ที่เรียกว่าการปลงสังขาร พระพุทธองค์ก็ทรงปลงสังขาร และทรงไม่ยินยอมเสด็จไปรักษาที่ไหน ในวาระสุดท้าย (สันต์, 2548) และมีหลักฐานในพระไตรปิฎกที่พระพุทธเจ้าทรงเยี่ยมไข้พระที่อาพาธหนักด้วยพระองค์เอง และพยายามเทศนาโปรดพระภิกษุที่ป่วยหนักและมีอกุศลจิต ที่จะฆ่าตัวตายให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน หรือการที่มอบให้อัครสาวกเมืองขวาคือพระสารีบุตรไปโปรดอุบาสกที่ป่วยหนัก และสอนให้เขาบำเพ็ญเพียรในวาระสุดท้าย จนได้ไปเกิดในพรหมโลกเป็นต้น (มโน, 2548) ในวิถีพุทธนั้นความตายเป็นของธรรมดาอย่างซึ่งเป็นสังขารไม่ใช่ความเป็นอัมภมคตที่จะต้องวิงหนี (อรศรี, 2546) หากสามารถยอมรับได้ก็จะทำให้ไม่ทุกข์ทรมาน ดังตัวอย่างหญิงอายุ 83 ปีคนหนึ่งฝึกกรรมฐานมาหลายปี มีชีวิตที่สงบเย็น วันหนึ่งเกิดเป็นอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน แต่เนื่องจากได้ฝึกจิตมาดีจึงไม่มีความทุกข์กับโรคที่เป็น หน้าตาขมขื่นแฉะแฉะ และพูดเสียความตายด้วยใบหน้ายิ้มแย้มว่า “ความตายหนะเธอ เชิญเลย จะมารับวันไหนก็เชิญเลยตามสบาย” สมัยก่อนการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่มีการปฏิบัติการตายอย่างมีคุณภาพ เช่นตายในท่ามกลางลูกหลาน มีพระสวดมนต์บอก “อรหัน” ให้จิตใจอยู่กับพระ หรือมีผู้นำในการเจริญสติ เป็นต้น แต่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่มีมโนทัศน์เกี่ยวกับการตายอย่างมีคุณภาพ มีแต่พยายามไม่ให้ตายโดยใช้เทคโนโลยี แต่ในที่สุดก็ตาย (ประเสริฐ, 2548) ซึ่งการตายภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นทัศนคติการปฏิเสธความจริงของชีวิต ผู้ที่ใกล้ตายเมื่อส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยืดชีวิตออกไปในอีกระยะสั้น ๆ ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เช่นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยขับถ่าย ถือว่าเป็นการหนีความจริงของชีวิตอย่างไรเหตุผล (ประชา, 2534) เพราะในทางพุทธศาสนามีแง่คิดว่าให้มองความเจ็บป่วยของร่างกายเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องรู้เท่าตามความเป็นจริง (ธรรมปิฎก, 2542) และความตายเป็นส่วนหนึ่งของการมีชีวิต มิใช่เป็นศัตรูกับชีวิต ดังเช่นคำสอนในพุทธศาสนาที่สอนให้ชาวพุทธเจริญมรณานุสติเป็นประจำ เพื่อเตือนใจมิให้หลงติดอยู่กับโลกหรือมกมายไปในสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ ปัจจุบันมีชาวพุทธตายตามวิถีทางธรรมชาติและไม่มีความสะดวกจะให้แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องใช้เครื่องช่วยหายใจยืดชีวิต ให้ตนมีสภาพเป็นผู้ป่วยในมรณะวิถี เพราะ

‘ไม่ต้องการสร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่นใด (จรัญ, 2548) ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วย ดังนี้

“ไม่เอาแล้ว พอแล้ว แล้วแต่เวรแต่กรรมเถอะ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 115

“ ขอยายกลับไปตายที่บ้านดีกว่า อย่าใส่อะไรให้ยายเลย คนเรากลัวจะตายมันก็ตายอยู่ดี ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 122

และหากมองอีกมุมมองในแง่ของการยุติการรักษาและทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยตามคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยข้างต้น อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยดีขึ้น ดังเช่นจากประสบการณ์การทำงานของราตรี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนสาทร พบว่า ไม่ว่าผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านั้นจะเสียชีวิตหรือไม่ก็ตาม สิ่งที่เห็นได้ชัดคือ เมื่อผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน ซึ่งแพทย์รายแรกวินิจฉัยว่าเหลือเวลาไม่มาก ผู้ป่วยกลับมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงแม้ผู้ป่วยที่กลับบ้านจะไม่หาย แต่ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีความสุข แม้จะตายก็ตายอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ท่ามกลางลูกหลานอย่างอบอุ่น (ราตรี, 2546) และการตายที่เกิดขึ้นยังเป็นการตายที่ไม่ปฏิเสธความจริง ตรงตามประเด็นหลักสำคัญทางพุทธศาสนา คือ ขณะที่ความตายใกล้เข้ามา จิตที่บริสุทธิ์ผ่องใสยอมทำให้ไปสู่ที่ดี (ธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2544)

2.2 การยึดชีวิต

จากการศึกษาพบว่ามีเพียงสถานการณ์ที่ 4 (ตาราง 18) สถานการณ์เดียวที่ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจทำการรักษาพยาบาลต่อ คือ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.07 โดยเหตุผลที่ผู้ป่วยใช้ในการเลือกตัดสินใจรักษาต่อมากที่สุด (ตาราง 19) คือยังคงมีโอกาสรอดร้อยละ 14.05 รองลงมาคือเพื่อรักษาต่อร้อยละ 13.51 (ผู้ป่วยร้อยละ 47.03 ไม่ให้เหตุผล) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลที่จะต้องทำการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้หากไม่ได้รับการรักษา กล่าวคือหากมีการรักษาที่ดี มีการพยากรณ์โรคที่ดี จะส่งผลต่อการเลือกรักษา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะรับการรักษาต่อ ถึงแม้ว่าจะต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มของผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยมีที่พักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 336 ตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91.7 เห็นด้วยที่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ในการแจ้งผลร้ายหากไม่มีการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ โดยให้เหตุผลว่าผลของการไม่รักษาอาจมีผลต่อชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือจะได้นำมาประกอบการรักษา และจะได้เตรียมตัวรักษารวมถึงเตรียมพร้อมในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 74.5,

62.3 และ 36.4 ตามลำดับ (ไชยาและ วชิระ, 2548) จะเห็นได้ว่าจากการให้ข้อมูลทางด้านความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะตัดสินใจในการรักษาพยาบาลตนเองได้ต่อไป รวมทั้งสามารถยอมรับผลจากการรักษาที่เกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาในเรื่องการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษา พบว่าหากไม่มีการบอกกล่าวก่อนการรักษาและเกิดผลร้ายขึ้นผู้ป่วยจะฟ้องร้องถึงร้อยละ 61.6 โดยให้เหตุผลของการฟ้องร้องว่า ถูกบังคับให้รักษา แพทย์รักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย (ไชยาและ วชิระ, 2548) และหากมองถึงความมีจริยธรรมของแพทย์แล้วจะพบว่า จากการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อที่จะพยายามดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเพื่อเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยนั้นยอมรับถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่โดยสมบูรณ์ตาม จริยธรรมของแพทย์ที่ดีแล้ว (วิสัย, 2547)

เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลต่อของผู้ป่วย พบว่ามีเพียงสถานการณ์ที่ 4 สถานการณ์เดียว (ตาราง 18) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจรับการรักษาต่อ โดยคิดเป็นร้อยละ 66.07 โดยผู้ป่วยให้เหตุผลในการรักษาต่อคือ ยังมีโอกาสรอด เพื่อทำการรักษาต่อ และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยคิดว่าหากไม่ได้รับการรักษาต่อผู้ป่วยอาจต้องเสียชีวิต หรือต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น แต่หากได้รับการรักษาต่อที่ถูกต้องเหมาะสมจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อได้ และจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ร้อยละ 63.93 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 - 22 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลานานและผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ และสามารถยอมรับการรักษาที่เปลี่ยนแปลงได้ถึงแม้ว่าจะต้องทำการเปลี่ยนสถานพยาบาลก็ตาม

3. ทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน และเหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาพบว่าการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นทางเลือกหลักที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจคือ การยืดชีวิตและการยุติการรักษา โดยพบว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 กรณีที่ 1.2 สถานการณ์ที่ 3 และ 4 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยืดชีวิตมากกว่าทางเลือกอื่น ๆ และในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 และสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษา โดยสามารถสรุปทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือกได้ดังนี้คือ

3.1 การยุติการรักษา

จากการศึกษาพบว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 (ตาราง 9) ผู้ตัดสินใจแทนเลือก

ตัดสินใจยุติการรักษา คือ ไม่ต้องช่วยผู้ป่วยอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.36 โดยเหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะให้ยุติการรักษามากที่สุด (ตาราง 11) คือ ไม่อยากให้ทรมาณ ร้อยละ 26.55 และคิดว่าเพราะมันไม่มีประโยชน์ ร้อยละ 16.81 (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผล ร้อยละ 41.59)

ส่วนในสถานการณ์ที่ 2 (ตาราง 12) ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษาเช่นกัน คือ ถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.36 โดยเหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะยุติการรักษามากที่สุด (ตาราง 14) คือคิดว่ายังไ้แก่ตาย ร้อยละ 13.13 และไม่อยากให้ทรมาณร้อยละ 12.12 (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผล ร้อยละ 54.55) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไทเด็นและคณะ (Tiden et al. , 1995) ในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 32 ครอบครัวที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ พบว่าเมื่อถามครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องการให้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการยืดชีวิต หากการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายและฟื้นกลับมาได้

เหตุผลของการตัดสินใจยุติการรักษาของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 และในสถานการณ์ที่ 2 (ตาราง 5 – 7) พบว่าผู้ตัดสินใจแทน เลือกตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุด ร้อยละ 35.36 – 40.36 และพบว่าเหตุผลที่ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนต้องการให้แพทย์ยุติการรักษามากที่สุดคือ บังคับด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา กล่าวคือไม่อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และคิดว่าจากผลการรักษาสุดท้ายผู้ป่วยต้องเสียชีวิต ไม่มีประโยชน์ที่จะต้องทำการรักษาต่อไป รองลงมาคือความเชื่อทางศาสนาพุทธต้องการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล เศรษฐกิจ ผู้ตัดสินใจแทนจึงเลือกตัดสินใจที่จะยุติการรักษา โดยสามารถสรุปเหตุผลของการตัดสินใจยุติการรักษาได้ ดังนี้

1) เหตุผลด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา

จากในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 และในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุด ซึ่งหากพิจารณาเหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนใช้ในการพิจารณาเลือกตัดสินใจมากที่สุดคือ บังคับด้านภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลที่ได้รับจากการรักษา ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะตามความคิดเห็นของผู้ตัดสินใจแทนดังนี้คือ

1.1) ไม่อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

ในการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยนั้นพบว่าความทุกข์ทรมานย่อมเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้นและนานขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องได้รับความเจ็บปวดทรมานมากขึ้นจากวิธีการยืดชีวิต นอกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บโดยตรง (สันต์, 2542; 2546ก) และจากการที่ผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย

จึงสามารถรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับ จากสิ่งเหล่านี้จึงส่งผลให้ ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจที่จะยุติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวผู้ป่วยต่อไป ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป แต่มีชีวิตในลักษณะเหมือนผักคือไม่รู้สีกตัวอวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.36 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่าไม่อยากจะทรมานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.55 ดังเช่น ตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไม่น่าจะให้อยู่ เพราะมันทรมาน ทรมานทั้งผู้ป่วยและคนเฝ้าและญาตินั้น ”
ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 124

สถานการณ์ที่ 2 หากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.36 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ไม่อยากจะทรมาน คิดเป็นร้อยละ 12.12 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ หมดโอกาสแล้ว นิทราดลอดไปตามความเห็นของหมอ ถ้าเป็นอย่างนั้น ควรให้เค้าพ้นทุกข์ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 165

1.2) คิดว่าจากผลที่ได้รับจากการรักษาสุดท้ายผู้ป่วยต้องเสียชีวิต ไม่มีประโยชน์ที่จะต้องทำการรักษาต่อไป ดังเช่นคำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 เหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษา รองลงมาจากไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน คือเพราะมันไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 16.81 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ มันก็มีค่าเท่ากัน เหมือนกับช่วยแล้วไม่รอด ถ้าช่วยแล้วรอด ยังมีกำลังใจ แต่ถ้าช่วยแล้วอยู่กับที่เหมือนกับจะไม่รอด ไม่ช่วยดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 115

สถานการณ์ที่ 2 เหตุผลที่ผู้ตัดสินใจเลือกยุติการรักษาพยาบาลคือให้เหตุผลว่า ยังไงก็ตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.13 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เมื่อแน่ใจว่าไม่มีโอกาสฟื้น หายใจด้วยตนเองไม่ได้ ก็เหมือนคนที่ตายไปแล้ว เพียงแต่มีเครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทน จำตัดสินใจให้ถอดเครื่องช่วยหายใจออก ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 210

2) เหตุผลของความเชื่อทางศาสนาพุทธ

จากการที่ผู้ตัดสินใจไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยว่ามีความต้องการอย่างไร ผู้ตัดสินใจแทนจึงใช้เหตุผลของความเชื่อทางด้านศาสนาพุทธมาประกอบการพิจารณาในการตัดสินใจ โดยผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่าอยากให้ปล่อยไปเป็นเรื่องของเวรกรรม เพราะทัศนะของพุทธศาสนาเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาเพราะมีกรรมเป็นตัวกำหนดชีวิตดำเนินไปตามกรรม ชีวิตของมนุษย์ทุกคนแตกต่างกัน มีสุขและทุกข์ปะปนไปตามผลแห่งกรรม (อุทัย และ คณะ, 2547) เชื่อในผลแห่งกรรม โดยทุก ๆ การกระทำย่อมมีผลตามมา ไม่มีใครปฏิเสธผลของกรรมได้ (เดือน, 25841) ส่วนในเรื่องของความตายในทางพุทธศาสนายอมรับว่าเกิดมาแล้วหนีตายไม่พ้น (อโณทัย, 2544) ชีวิตและความตายเป็นของคู่กันและยิ่งกว่านั้น ยังเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และประเด็นสำคัญคือขณะที่ความตายใกล้เข้ามานั้น จิตที่สงบ บริสุทธิ์ผ่องใส ย่อมทำให้ไปสู่ที่ที่ดี (ธรรมปิฎก, 2542; สิวลี, 2544) ดังเช่นคนไทยส่วนใหญ่ในชนบทเมื่อเห็นว่าพ่อแม่ปู่ย่าตายายของตนชรามากแล้ว หรือป่วยหนักก็จะไม่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือถ้าอยู่ในโรงพยาบาลก็จะขอยุติการรักษา และพาผู้ป่วยกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่ผู้ป่วยรักและคุ้นเคย ญาติสนิทมิตรสหาย ได้เยี่ยมเยียน ให้ความรักแก่กันและกันก่อนจะจากไป (สันต์, 2548) นับว่าการตายอย่างสงบนั้นเป็นการตายที่ตรงกับทัศนะของพุทธศาสนา และการตายอย่างสงบนี้ยังเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาและต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคร้าย ให้คืนสู่สภาพปกติและได้พบกับความตายอย่างสงบ (สิวลี, 2540 ; แสวง และ อเนก, 2543; Hall, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี (2547) ที่พบว่าความเชื่อในศาสนาของผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตของที่มีสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยและญาติยืนยันไม่ทำการรักษาตามความเชื่อทางศาสนา ที่มีสุขภาพก็ต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลดังกล่าวเมื่อนำแนวคิดของศาสนามาใช้ นับว่าเป็นวิธีที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากสถานการณต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3

“ ผลลัพธ์คือสิ่งที่เชื่อว่าทุกคนไม่ปรารถนา ผู้ป่วยก็เช่นกันควรยอมรับการเสียชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 231

กับสภาพนั้นได้เลย ทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นประจำ (สันต์, 2546) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวผู้ตัดสินใจแทนจึงนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในการยุติการรักษาผู้ป่วย ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3

“มันทรมาณนะป้าว่า ทรมาณคนเฝ้า คนที่นอนสติไม่มีก็ไม่ทรมาณ ทรมาณคนที่เฝ้า อดดูไม่ได้ มันก็ทรมาณ

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 66

“ สงสารลูกหลานอะไรอย่างนั้น ต้องดูแล เป็นภาระ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 168

สถานการณ์ที่ 2

“ พี่นมาก็ทรมาณ ลำบากกับลูกหลาน ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 240

3.2 การยืดชีวิต

จากการศึกษาพบว่าใน สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 กรณีที่ 1.2 (ตาราง 3, 6)

สถานการณ์ที่ 3 (ตาราง 15) ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจให้ทำการรักษาต่อไป คือช่วยชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.71 ,39.29 และ 37.14 ตามลำดับ โดยเหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะให้ทำการรักษาต่อมากที่สุด (ตาราง 5, 8, 17) คือคิดว่ายังคงมีโอกาสรอด ร้อยละ 8.18 – 26.32 และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ ร้อยละ 8.77 – 22.73 (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผล ร้อยละ 55.45 – 57.02)

ส่วนในสถานการณ์ที่ 4 (ตาราง 18) เป็นเพียงสถานการณ์เดียวที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจแตกต่างจากตัวเลือกอื่น ๆ มากที่สุด โดยผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยืดชีวิตโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นร้อยละ 76.79 โดยเหตุผลที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด (ตาราง 20) คือยังมีโอกาสรอดร้อยละ 21.86 รองลงมาคือ ยังมีโอกาสหาย ร้อยละ 10.23 (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผล ร้อยละ 47.44) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ตัดสินใจแทนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา รวมถึงผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่รักษา ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนรู้สึกมีความหวังในการรักษามากขึ้นจึงต้องการให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษา ยังโรงพยาบาลอื่น และจากศึกษาที่พบว่าผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 40 รองลงมาคือ คู่สมรสร้อยละ 35 ซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ย่อมต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ และหากมองถึงหน้าที่ของบุตรที่พึงมีต่อบิดา – มารดาคือการดูแลยามป่วยไข้หรือการทดแทนบุญคุณผู้ให้กำเนิด อีกทั้งการรักษายังทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นจึงเป็นการง่ายต่อการตัดสินใจเลือกทำการรักษาต่อ

เหตุผลของการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลต่อของผู้ตัดสินใจแทน พบว่ามีถึง 4 สถานการณ์ที่ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะรับการรักษาพยาบาลต่อ คือสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 – 1.2 สถานการณ์ที่ 3 และสถานการณ์ที่ 4 (ตาราง 3, 4, 7, 8) ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจรับการรักษาต่อ โดยคิดเป็นร้อยละ 37.14 – 76.79 โดยสิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการรักษาต่อ คือ การรักษาต่ออาจส่งผลให้มีโอกาสรอดและสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ และปาฏิหาริย์ ถึงแม้ผู้ตัดสินใจแทนจะไม่ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยก็ตามว่าต้องการให้ทำการรักษาต่อหรือไม่ สอดคล้องกับคำกล่าวของสโลน (Sloan, 1996) ที่ว่าในกรณีที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย การตัดสินใจในการรักษาจะต้องทำในสิ่งที่ดีที่สุดที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยสามารถสรุปเหตุผลของการตัดสินใจรักษาพยาบาลต่อ ดังนี้

1) การรักษาต่ออาจส่งผลให้มีโอกาสรอดและมีชีวิตอยู่ต่อได้

จากการศึกษาพบว่า การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ผู้ตัดสินใจแทน ไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยว่ามีความต้องการอย่างไร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้บอกความต้องการไว้ล่วงหน้า ผู้ตัดสินใจแทนจึงตัดสินใจตามความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก และจากการตัดสินใจซึ่งเป็นการตัดสินใจที่เร่งด่วนทำให้ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ทำการรักษาพยาบาลต่อไป เพราะมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยวิกฤตมีอาการดีขึ้น สามารถฟื้นฝ่าอุปสรรคระยะวิกฤตนี้ไปได้ หรือหายป่วย ในระดับสูง และถึงแม้ว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะสามารถรอดชีวิตจะมีน้อยตามคำบอกเล่าของแพทย์ผู้รักษา ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังคงเชื่อว่า ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสรอด สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ว่าคำวินิจฉัยของแพทย์ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง อาจผิดพลาด ทั้งที่ยังมีโอกาสรักษาให้หายหรือรอดชีวิตได้ (กุลธิดา, 2548) ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วย
ให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรค
ที่เป็นอยู่ ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจให้ช่วยกู้ชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.29 ซึ่งเหตุผลที่มี
อิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน คือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.73 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ต่อไปสักเดือนก็ยังคิดว่า ถึงทำอะไรไม่ได้ ก็ขอให้อยู่ ชีวิตพ่อแม่
หาไม่ได้แล้ว อย่างอื่นเราหาได้”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 61

เหตุผลรองลงมาคือ ช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.91 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ไม่สามารถให้เสียชีวิตทั้งที่ยังสามารถช่วยได้”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 135

สถานการณ์ที่ 4 หากการรักษาพยาบาลคือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งเพื่อ ทำการผ่าตัดและอาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.79 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.86 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“บางครั้งหมออาจรู้ว่าเขาสามารถคืนชีพขึ้นมาได้ อยู่ได้ต่อไป เลยกบอกให้ส่ง”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 271

เหตุผลรองลงมาคือ ยังมีโอกาสหาย คิดเป็นร้อยละ 10.23 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ไปหาหมอที่อื่น อาจจะหายก็ได้”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 272

2) ปาฏิหาริย์ ผู้ตัดสินใจแทนให้ความเห็นว่าถึงแม้ว่าผลของการรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะรอดชีวิตน้อยก็ตาม ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังคงหวังพึ่งปาฏิหาริย์ว่าอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้หากทำการรักษาต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของนิการีหม๊ะ (2547) ในเรื่องการตัดสินใจรับการรักษาต่อในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาต่อเพราะเชื่อว่าปาฏิหาริย์สามารถเกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาของวงรัตน์ (2544) ในเรื่องความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติมีความต้องการไหว้พระ ขอมพร อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน โดยญาติมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 90.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารรรณ (2544) พบว่าในการบอกความจริงผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์นอกเหนือจากธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เก่งกล้า สามารถขจัดบิดเบือนบัลลาคให้สิ่งร้ายกลายเป็นดีได้ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ตัดสินใจแทนใช้ปาฏิหาริย์มาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อสร้างความหวังในการรักษาต่อไป โดยการมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่บวกและมุ่งมั่นเปลี่ยนแปลงอุปสรรคหรือปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นให้เปลี่ยนไปในทางที่ดีด้วยปาฏิหาริย์ที่ขอมมาจากสวรรค์ (ชงชัย, 2548) ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะไม่สามารถพิสูจน์ได้ก็ตามแต่ก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการรักษาอีกปัจจัยหนึ่ง ดังเช่นตัวอย่างคำสัมภาษณ์ผู้ตัดสินใจแทนจากสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 หากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่โอกาสที่ฟื้นมีน้อยมาก ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.71 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ บางทีอาจจะรอดชีวิตได้ รอปาฏิหาริย์”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 236

เหตุผลรองลงมาคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 8.77 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้เขามีชีวิตอยู่กับเราได้นาน ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 263

สถานการณ์ที่ 3 หากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปแต่ไม่มีโอกาสที่จะกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้เสียชีวิต ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.14 ซึ่งเหตุผลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.19 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เพื่อรอด ต้องให้หมอช่วยก่อน เราคงไม่ทำให้เขาตายง่ายๆ เพราะว่าเรามีหวัง สักสิบเปอร์เซ็นต์ ยี่สิบเปอร์เซ็นต์ เราก็ตกลง บางครั้งอาจมีปาฏิหาริย์ช่วย”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 255

เหตุผลรองลงมา คือเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ให้เขามีชีวิตอยู่ก่อน เราพร้อมที่จะดูแล”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 254

การตัดสินใจในสถานการณ์ที่คับขันมีความจำเป็นเร่งด่วนและเป็นการตัดสินใจที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการมีชีวิตอยู่ และการตัดสินใจดังกล่าวโดยผู้ตัดสินใจแทนเอง ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจตามมา หากมองกรณีตัวอย่างของการตัดสินใจในการรักษา ในกรณีอาหารของท่านพุทธทาสภิกขุเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่าสังคมไทยเคยตกอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งทางความคิดเรื่องการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบมาแล้ว โดยท่านพระพุทธทาสได้ส่งกับลูกศิษย์ไว้ว่า เมื่อท่านป่วยหนัก ไม่ให้ใช้เทคโนโลยีที่จะช่วยชีวิตท่านไว้อย่างผิดธรรมชาติ และเมื่อท่านจะมรณภาพขออย่าให้มีเครื่องช่วยชีวิตใด ๆ คิดตัวท่าน แต่คณะแพทย์ผู้ทำการรักษาปรารถนาที่จะยืดชีวิตของท่านไว้ให้นานที่สุด จึงใช้เครื่องช่วยหายใจและทำการให้ยาเพื่อช่วยรักษาชีวิตของท่านไว้ แต่ในที่สุดท่านก็มรณภาพ (กุลธิดา, 2548) จากกรณีตัวอย่างของท่านพุทธทาส

แม้ว่าเวลาจะผ่านมานานแล้วก็ตาม ยังคงมีข้อโต้แย้งกันอยู่ว่าการรักษาดังกล่าวถูกต้องหรือไม่ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจว่าไม่ได้ทำตามความต้องการของท่าน แต่แพทย์ก็ได้ทำหน้าที่การรักษาอย่างเต็มความสามารถ และนี่เป็นอีกมุมมองหนึ่งเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาลต่อไป

จากการเลือกตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และผลที่ได้รับจากการรักษาพยาบาล พบว่าการรักษาดังกล่าวอาจเป็นเพียงการตอบสนองความต้องการของญาติที่มักจะใช้คำว่า รักษาให้ถึงที่สุด เสียเงินเท่าไรไม่ว่า ขอให้ให้ยาที่ดีที่สุด รักษาเต็มที่ ไม่อยากให้ผู้ป่วยจากไปต่างๆ ที่การรักษาเป็นการประวิงการตายออกไปอย่างทรมาณ สำหรับญาติซึ่งมักจะนึกถึงความต้องการของตัวเอง โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานเพียงใด โดยเมื่อสอบถามกลับกันหากญาติเป็นผู้ป่วยเอง จะทำอย่างไร ญาติส่วนใหญ่กล่าวว่า ขอตายดีกว่า ไม่อยากทรมาณ (ระพีพล, 2545) แต่จากการตัดสินใจที่เร่งด่วนและมีความสำคัญต่อการมีชีวิตรอดอยู่ต่อ นั้น ผู้ตัดสินใจแทนซึ่งไม่ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทนจึงนำความคิด และความเชื่อของตนเองมาประกอบการตัดสินใจ เช่นความเชื่อในเรื่องศาสนาพุทธที่กล่าวว่าความหมายของชีวิตมนุษย์คือ ครอบครองทรัพย์สมบัติต่างๆ ของผู้ป่วยยังไม่หยุดทำงาน เช่นยังมีลมหายใจอยู่ครอบครองนั้นชีวิตของมนุษย์ก็ยังมีอยู่ ดังนั้นการยุติการรักษา เช่นการถอดเครื่องช่วยหายใจออกก็เป็นภาระละเมิดศีลข้อหนึ่ง และมีวิบากกรรมตามมาภายหลัง โดยทั่วไปจึงไม่มีพุทธศาสนิกชนคนใดต้องการจะรับผิดชอบในการถอดเครื่องช่วยหายใจ นอกจากในผู้ป่วยบางรายที่ญาติไม่ต้องการยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานออกไป เพราะไม่สามารถจะทนกับสภาพนั้นได้ และไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานต่อไป (จรัญ, 2548) และหากมองถึงความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลของประเทศไทยที่ทำงานในสาขากุมารเวชกรรมทั่วประเทศต่อการจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยวิกฤตพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการไม่ริเริ่มรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วยเป็นหนทางที่ดีกว่าการยุติการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย โดยวิธีการที่ผู้ตอบเลือกตอบมากที่สุดเรียงตามลำดับคือการงดทำการฟีนคีนซีฟ การคงการรักษาเดิมไว้โดยไม่เพิ่มการรักษาใด ๆ การคงการรักษาเดิมไว้และยุติการใส่ยาเพื่อเพิ่มความดันโลหิต (วรรัตน์ และคณะ, ม.ป.ป.อ้างตาม คุณิต, 2545)

4. ความสอดคล้องของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาล ระยะสุดท้ายของชีวิต

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ทั้ง 4 สถานการณ์พบว่ามีสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตอบสอดคล้องกัน 3 สถานการณ์ คือ สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 สถานการณ์ที่ 2 และสถานการณ์ที่ 4

ส่วนสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตอบไม่สอดคล้องกันคือ สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 กรณีที่ 1.2 และสถานการณ์ที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ตันและคณะ (Norton et al., 2003) เรื่องความขัดแย้งในการสนับสนุนการยุติการรักษา โดยการทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าการตัดสินใจระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยที่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างคุณค่า ความเชื่อ การมองคุณภาพชีวิตต่อไป และภาระในการดูแล รวมทั้งการเข้าใจในการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน และหากพิจารณาความสอดคล้องในการตัดสินใจ พบว่าการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับจากการรักษา โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะตามความสอดคล้องและความแตกต่างดังนี้ คือ

1) การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนที่สอดคล้องกัน

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจสอดคล้องกันมากที่สุดคือ สถานการณ์ที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 92.50 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับสูง รองลงมาคือสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 และสถานการณ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 72.22 และ 60.42 ตามลำดับ มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง โดยสามารถสรุปเหตุผลที่ตัดสินใจสอดคล้องกันในแต่ละสถานการณ์ได้ดังนี้คือ

1.1) สถานการณ์ที่ 4 เป็นสถานการณ์ที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจสอดคล้องกันมากที่สุดถึงร้อยละ 92.50 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับสูง โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยึดชีวิต และได้มองถึงผลจากการรักษาพยาบาลมาใช้เป็นปัจจัยในการตัดสินใจร่วมด้วยคือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหนึ่ง เพื่อทำการผ่าตัด อาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น โดยอาจกล่าวได้ว่าหากมีการพยากรณ์โรคที่ดี มีผลการรักษาที่ดี ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจรับการรักษาของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทน ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลของการตัดสินใจเหมือนกันคือ การรักษาสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดและสามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อรักษาต่อ และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 14.05, 13.51 และ 11.89 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 47.03) ส่วนผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่ายังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือยังมีโอกาสหาย และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อคิดเป็นร้อยละ 21.86, 10.23 และ 8.84 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผลร้อยละ 47.44)

1.2) สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจ

สอดคล้องกันรองลงมาเป็นอันดับสอง ร้อยละ 72.22 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษา โดยได้มองถึงผลจากการรักษาพยาบาลมาใช้เป็นเหตุผลในการตัดสินใจร่วมด้วยคือถึงผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิต

อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป แต่มีชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือไม่รู้สึกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนจึงเลือกยุติการรักษา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ ไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือ ลำบากคนข้างหลัง และเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 19.21, 15.25 และ 7.91 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 23.08) ส่วนผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือเพราะไม่มีประโยชน์ และถึงอย่างไรก็ตาย คิดเป็นร้อยละ 26.55, 16.81 และ 5.31 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผลร้อยละ 41.59)

1.3) สถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจสอดคล้องกันน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.42 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจยุติการรักษา โดยได้มองถึงผลจากการรักษาพยาบาลผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนจึงเลือกยุติการรักษา โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ ไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือเพราะไม่มีประโยชน์ และลำบากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 23.61, 16.67 และ 13.89 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 27.78) ส่วนผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่าถึงอย่างไรก็ตายมากที่สุด รองลงมาคือ ไม่อยากให้ทรมาน และเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 13.13, 12.22 และ 11.11 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผลร้อยละ 54.55)

2.) การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนที่ไม่สอดคล้องกัน

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่สอดคล้องกันมากที่สุดคือ สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 รองลงมาคือสถานการณ์ที่ 3 และสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 โดยมีร้อยละของความสอดคล้องคือ ร้อยละ 37.61, 38.82 และ 42.86 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ ซึ่งการตัดสินใจที่ไม่สอดคล้องกันดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการประเมินของแต่ละบุคคลที่ต่างกัน ตามคุณค่า ความเชื่อ ซึ่งบางครั้งความเชื่อหรือการยอมรับในเรื่องใจของแต่ละบุคคลไม่สามารถอธิบายเป็นข้อเท็จจริงได้เสมอไป (สิวลี, 2537) เพราะแต่ละบุคคลจะมีเหตุผลของการกระทำให้กับตัวเอง รวมถึงการให้คุณค่าของการกระทำเหล่านั้นว่าดีและถูกต้องเพียงไร จะเป็นไปตามความรู้สึก และตามความคิดของแต่ละบุคคล ในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตก็เช่นกัน สามารถสรุปเหตุผลที่ตัดสินใจไม่สอดคล้องกันในแต่ละสถานการณ์ได้ดังนี้คือ

2.1) สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่สอดคล้องกันมากที่สุด โดยมีร้อยละของความสอดคล้องคือ ร้อยละ 37.61 โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมองถึงผลที่ได้รับจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่โอกาสฟื้นมีน้อยมาก ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจต่างกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปคิดเป็นร้อยละ 34.64 โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ ไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด รองลงมาคือ ถึงอย่างไรก็ตาย และตายอย่างสงบ คิดเป็นร้อยละ 22.68, 16.49 และ 4.12 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 44.33) ต่างกับผู้ตัดสินใจแทนซึ่งส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิต คิดเป็นร้อยละ 40.7 ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ และลองเสี่ยงดู คิดเป็นร้อยละ 26.32, 8.77 และ 3.51 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผลร้อยละ 57.02)

2.2) สถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่สอดคล้องกัน รองลงมาเป็นอันดับสอง โดยมีร้อยละของความสอดคล้องคือ ร้อยละ 38.82 โดยทั้งผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมองถึงผลที่ได้รับจากการรักษาพยาบาลคือ หากรักษาต่อโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ จะไม่มีโอกาสกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป แต่หากถอดเครื่องช่วยหายใจออกก็จะทำให้เสียชีวิต ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจต่างกัน โดยผู้ป่วยเลือกตัดสินใจยุติการรักษามากที่สุด คือถอดเครื่องช่วยหายใจออก คิดเป็นร้อยละ 41.79 โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ เพราะไม่มีประโยชน์มากที่สุด รองลงมาคือ ลำบากคนข้างหลัง และไม่อยากให้ทรมาณ คิดเป็นร้อยละ 18.80, 11.79 และ 8.55 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 47.86) ต่างกับผู้ตัดสินใจแทนซึ่งส่วนใหญ่เลือก รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย คิดเป็นร้อยละ 37.14 ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ และช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.19, 12.50 และ 10.58 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทน ไม่ให้เหตุผลร้อยละ 50.00)

2.3) สถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่สอดคล้องกันมากที่สุด โดยมีร้อยละของความสอดคล้องคือ ร้อยละ 42.86 โดยทั้งผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมองถึงผลที่ได้รับจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มีชีวิตได้อีกระยะสั้น ๆ และยังมีความทุกข์ทรมาณร่วมด้วย ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปคิดเป็นร้อยละ 40.00 โดยผู้ป่วยให้เหตุผลร่วมคือ ไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด รองลงมาคือ ถึงอย่างไรก็ตาย และเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 34.82, 7.14 และ 6.25 ตามลำดับ (ผู้ป่วยไม่ให้เหตุผลร้อยละ 37.50) ต่างกับผู้ตัดสินใจแทนซึ่งส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิตคิดเป็นร้อยละ 39.29

ซึ่งผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลร่วมว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อมากที่สุด รองลงมาคือช่วยถึงที่สุด และยังมีโอกาสรอด คิดเป็นร้อยละ 22.73, 10.91 และ 8.18 ตามลำดับ (ผู้ตัดสินใจแทนไม่ให้เหตุผลร้อยละ 55.46)

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้น ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจตามผลที่ได้รับจากการรักษาโดยหากผลจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้แต่ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาหรือต้องอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมานผู้ป่วยเลือกตัดสินใจที่จะยุติการรักษา ต่างกับผู้ตัดสินใจแทนหากจำเป็นต้องตัดสินใจในขณะที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดอย่างชัดเจน ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะรับการรักษาต่อเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและเพื่อลดอาการทุกข์ทรมานในขณะนั้น และจากการไม่ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง เกิดความไม่สอดคล้องกันในการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนนั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ (วรวิติ, 2538; วิชुरย์, 2539) ซึ่งมีตัวอย่างให้เห็นเป็นประจำว่าญาติพี่น้องถึงกับทะเลาะกันและโกรธกันไปตลอดชีวิต สืบเนื่องมาจากการดูแลและการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล (สันต์, 2542) แต่หากผลของการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายได้แต่ต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจเหมือนกันมากที่สุดคือให้ส่งต่อไปยังยังสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาต่อ จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรคที่ดี จะส่งผลถึงการตัดสินใจได้ ดังนั้นนอกจากการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้ว การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและความก้าวหน้าของการรักษาก็นับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ควรตระหนัก เพราะจะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ผู้ป่วยจะได้มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความสอดคล้องของการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 280 ราย และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจำนวน 280 ราย รวม 560 ราย ซึ่งใช้การประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis แบบการหาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม โดยทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง ในภาคใต้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมนับถือศาสนาพุทธ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือน (ยกเว้นวัณโรค, โรคเอดส์ และโรคมะเร็ง) แต่ในการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคอื่นก็ได้ ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัวให้เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้หรือในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีอายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และสถานการณ์ตัวอย่างการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วย โดยสร้างเป็นคำถามปลายปิด ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test – retest method) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจของผู้ป่วย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยคนละช่วงเวลาเพื่อการตัดสินใจที่เป็นอิสระทั้งของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสอดคล้องในการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ และวิเคราะห์เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์โดยการจัดกลุ่มข้อมูลแล้วนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า

1. จากสถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า

สถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.1 ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.64 ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.71

กรณีที่ 1.2 ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.29

กรณีที่ 1.3 ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.21 และ 40.36 ตามลำดับ

สถานการณ์ที่ 2 ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.43 และ 35.36 ตามลำดับ

สถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.79 ส่วนผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยต่อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.14

สถานการณ์ที่ 4 ทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.07 และ 76.79 ตามลำดับ

2. ความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจของผู้ป่วยกับผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย พบว่า สถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.1 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่โอกาสฟื้นมีน้อยมาก ตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือให้ช่วยกู้ชีวิตต่อไป รองลงมาคือขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.61 และ 32.11 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

กรณีที่ 1.2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือให้ช่วยกู้ชีวิตต่อไป รองลงมาคือขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.86 และ 25.51 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

กรณีที่ 1.3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป แต่มีชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือไม่รู้สึกรู้ตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนอง และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป คิดเป็นร้อยละ 72.22 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจระดับปานกลาง รองลงมาคือช่วยกู้ชีวิต คิดเป็นร้อยละ 12.96 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

สถานการณ์ที่ 2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือถอดเครื่องช่วยหายใจออก คิดเป็นร้อยละ 60.42 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับปานกลาง รองลงมาคือ รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ คิดเป็นร้อยละ 19.79 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

สถานการณ์ที่ 3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปแต่ไม่มีโอกาสที่จะกลับมารู้สึกรู้ตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้เสียชีวิต โดยตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือ ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย รองลงมาคือขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 38.82 และ 31.76 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

สถานการณ์ที่ 4 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งเพื่อทำการผ่าตัดและอาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ตัวเลือกที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนตอบสนองสอดคล้องกันมากที่สุดคือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีความสอดคล้อง

ของการตัดสินใจในระดับสูง รองลงมาคือขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์และพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 3.13 มีความสอดคล้องของการตัดสินใจในระดับต่ำ

3. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

สถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.1 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่ โอกาสฟื้นมีน้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจ ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 34.64 ซึ่งเหตุผลการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือถึงอย่างไรก็ตาม และอยากให้ตายอย่างสงบ คิดเป็นร้อยละ 22.68, 16.49 และ 4.12 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 44.33)

กรณีที่ 1.2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มี ชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุดร้อยละ 40 ซึ่งเหตุผลการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือถึงอย่างไรก็ตาม และเพราะไม่มี ประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 34.82, 7.14 และ 6.25 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 37.5)

กรณีที่ 1.3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ ต่อไป แต่มีชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือไม่รู้สึกรู้สียง อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและ ไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุด ร้อยละ 63.21 ซึ่งเหตุผลการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือลำบากคนข้างหลัง และเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 19.21, 15.25 และ 7.91 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 23.08)

สถานการณ์ที่ 2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยทำให้ ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุดร้อยละ 51.43 ซึ่งเหตุผล การตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด รองลงมาคือเพราะไม่มี ประโยชน์ และลำบากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 23.61, 16.67 และ 13.89 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผล ร้อยละ 27.78)

สถานการณ์ที่ 3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจะ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปแต่ไม่มีโอกาสที่จะกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช้ เครื่องช่วยหายใจจะทำให้เสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย

มากที่สุดร้อยละ 41.79 ซึ่งเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเพราะไม่มีประโยชน์มากที่สุดรองลงมาคือลำบากคนข้างหลัง และไม่ยอมให้ทรมาณ คิดเป็นร้อยละ 18.80, 11.97 และ 8.55 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 47.86)

สถานการณ์ที่ 4 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งเพื่อ ทำการผ่าตัดและอาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุดร้อยละ 66.07 เหตุผลการตัดสินใจของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อรักษาต่อ และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 14.05, 13.51 และ 11.89 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 47.03)

4. เหตุผลของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

สถานการณ์ที่ 1

กรณีที่ 1.1 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้ แต่โอกาสฟื้นมีน้อยมาก ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจช่วยกู้ชีวิตมากที่สุดร้อยละ 40.71 ซึ่งเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่ายังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ และลองเสี่ยงดู คิดเป็นร้อยละ 26.32, 8.77 และ 3.51 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 57.01)

กรณีที่ 1.2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆเท่านั้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจให้ช่วยกู้ชีวิตมากที่สุดร้อยละ 39.29 เหตุผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน คือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อมากที่สุด รองลงมาคือช่วยถึงที่สุด และยังมีโอกาสรอด คิดเป็นร้อยละ 22.73, 10.91 และ 8.18 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 55.46)

กรณีที่ 1.3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการกู้ชีวิตอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป แต่มีชีวิตในลักษณะเหมือนผัก คือไม่รู้สีกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจ ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไปมากที่สุดร้อยละ 40.36 ซึ่งเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ไม่ยอมให้ทรมาณมากที่สุด รองลงมาคือเพราะไม่มีประโยชน์ และถึงอย่างไรก็ตาย คิดเป็นร้อยละ 26.55, 16.81 และ 5.31 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 41.59)

สถานการณ์ที่ 2 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง แต่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจออกมากที่สุดร้อยละ 35.36 ซึ่งเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ถึงอย่างไรก็ตามมากที่สุด รองลงมาคือไม่อยากให้ทรมาน และเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 13.13, 12.12 และ 11.11 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 54.55)

สถานการณ์ที่ 3 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปแต่ไม่มีโอกาสที่จะกลับมารู้สึกตัวเป็นปกติได้อีกต่อไป และหากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้เสียชีวิต ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยมากที่สุดร้อยละ 37.14 เหตุผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป และช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.19, 12.50 และ 10.58 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 50.00)

สถานการณ์ที่ 4 ผลจากการรักษาพยาบาลคือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง เพื่อทำการผ่าตัดและอาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ เลือกตัดสินใจให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นมากที่สุดร้อยละ 76.79 ซึ่งเหตุการณ์ตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนคือ ผู้ตัดสินใจแทนให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด รองลงมาคือยังมีโอกาสหาย และเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป คิดเป็นร้อยละ 21.86, 10.23 และ 8.84 ตามลำดับ (ไม่ให้เกิดผลร้อยละ 47.44)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารังนี้ไม่ได้เป็นตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค โรคเอดส์ และโรคมะเร็งที่มีภาวะความเจ็บป่วยคุกคามต่อความตาย
2. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการตัดสินใจตามมุมมองของผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผลที่ได้รับจากการศึกษาจึงไม่ได้เป็นตัวแทนของการตัดสินใจของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ
3. เนื่องจากลักษณะคำถามที่ใช้ศึกษามีผลโดยตรงกับภาวะจิตใจ เมื่อถามถึงเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินใจ ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนบางรายไม่ให้เหตุผล และแสดงพฤติกรรม การ นิ่งเงียบ หันหน้าหนี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนมีการเลือกตัดสินใจโดยมีเหตุผลของการตัดสินใจตามคุณค่า ความเชื่อ ทัศนคติและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยการให้ความหมายของสิ่งใดๆ ก็ตามในการตัดสินใจว่ามีคุณค่าหรือไม่ อยู่ที่การประเมินของแต่ละบุคคล (พุทธทาส, 2544) จากการศึกษาพบเพียงสถานการณ์ที่ 4 เพียงสถานการณ์เดียวที่ผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเลือกตัดสินใจสอดคล้องกันสูง ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าวจึงเสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการประสานงานกับแพทย์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย วิธีการการพยาบาลและผลที่อาจจะได้รับจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ โรคที่เป็นอยู่ ความก้าวหน้าในการรักษา และผลที่อาจจะได้รับในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาต่อไป

1.2 ควรคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและญาติที่อาจมีความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความหลากหลายในเรื่องของคุณค่า ความเชื่อทั้งในด้านศาสนา หรือความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา

2. ด้านการศึกษากายพยาบาล

2.1 ในหลักสูตรการเรียนการสอนควรจัดให้มีหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตในทุกระดับ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล เน้นถึงเรื่องความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการรักษาพยาบาล และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหากความต้องการของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรักษาพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกัน เพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ต้องครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรศึกษาถึงการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาต่าง ๆ

3.2 การศึกษาเปรียบเทียบการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาต่าง ๆ

3.3 ควรศึกษาความสอดคล้องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาต่าง ๆ

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). *การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2544). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาล
 ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ก้องเกียรติ ภูณภัทน์ทรากกร. (2545). *ทักษะการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติในภาวะ
 วิกฤต*, 2(2), 112-115.
- กาญจนา รักษาติ. (2543). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติ
 งานในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กาญจนา รักษาติ, อรัญญา เชาวลิต และ วันดี สุทธิรังษี. (2545). *ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม
 จากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก*. *วารสารสภาการ
 พยาบาล*, 17(1), 77-88.
- กุลธิดา สามาพะพุทธิ. (2548). *การอุณษฆาต: ฆ่าด้วยความกรุณา*. [On.line]. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม
 2548, จาก <http://WWW.sarakademnet/feature/2000/04/from-vote.htm?Object.htm>
- กิติพงษ์ กิตยารักษ์. (2539). *ทันโลก ทันกฎหมาย ชีวิตนี้ของใคร: สิทธิในการตายของผู้ป่วย*.
วารสารอัยการ, 19(225), 101-111.
- เกสรรา ศรีพิชากร. (2540). *เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่2)*. เชียงใหม่: โครงการ
 ดำเนินการพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญเรือน แพร่รุ่งสกุล. (2544). *สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย
 และพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
 การพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จรินทร์ สมภู และ ชุมศรี ชำนาญพุด. (2544). *เจตคติของพยาบาลต่อสิทธิของผู้ป่วยกับการปฏิบัติ
 การพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดราชบุรี*.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, 13(1), 1-9.
- จริยา เลิศอรชยมณี, ประดิษฐ์ สมประกิจ, ปรีชา สุนทรานันท์ และ วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. (2544).
เสริมทักษะ CPR. กรุงเทพมหานคร: บริษัททีพีวีทรานส์มีเดีย จำกัด.

จรัญ จูตมโน. (2548). ภาวะธรรมปฏิบัติ. [On.line]. ค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2548, จาก

http://WWWgeocities.com/thirayost2/web_biblesmtory/obs1.html

จินตนา ศิรินาวินและ สุมาลี นิมนานนิตย์. (2540). วิธีการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทาง
อายุรศาสตร์. ใน จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมนานนิตย์ และ วันชัย วนะชีวานาวิน
(บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 1 - 10).

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

จุฬามาศ ปัจจะวิสุทธิ, สมพร ศิริเต็มกุล, สุภาพร คิ้วแพง และวิไลวรรณ เนื่องสุวรรณ. (2536).

ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. *ขอนแก่นเวชสาร*, 17(2), 33-43.

จุฬารวรรณ สุระกุล. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับความจริงจากทีมสุขภาพ.*

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์, สงขลา.

ฉลาดบริโภคม. (2543). สิทธิผู้ป่วย พัทธ์ภัยประโยชน์ทางสุขภาพของปวงชน. *ฉลาดบริโภคม*, 25(1),
63-64.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สบช.

ฉันทนา ผ่องคำพันธ์. (2537). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา
ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.

ชื่องมาศ จักรวิเชียร, ศิริพร อินหาดกรวด, สุปราณี ปานจำ, รพีพร มากซุง และ

สุภาพรณ นาคเพ็ง. (2543). *ความคิดเห็นและความตระหนักของเจ้าหน้าที่และญาติ
ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีต่อสิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร*. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 15(2),
31-49.

ชิดชนก เชิงเขาว. (2535). *การวิจัยเบื้องต้นทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ฝ่ายเทคโนโลยีทางการ
ศึกษา สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, ปัตตานี.

ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. (2544). *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.

ไชยา มาแจ้ง. (2548). *ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษา
พยาบาล*. [On.line]. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2548,

จาก<http://advisor.anamai.moph.go.th/221/22106.html>

- ณรงค์ นิตินันท์. (2540). *ประมวลกฎหมายอาญาคับใช้ในปัจจุบัน*. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์
การพิมพ์.
- คุณิต สถาวร. (2545). การจำกัดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยวิกฤต. ใน อภิรักษ์ ปลายวัฒน์วิไชย,
อดิศร วงษา, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และ อุษณา สุวีระ (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต*
(พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 6-12). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- เดือน คำดี. (2541). *ศาสนศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทองจันทร์ หงส์ ฤดารมภ์. (2533). จริยธรรมแห่งวิชาชีพและจริยศาสตร์. *วารสารโรงพยาบาล
มหाराช นครศรีธรรมราช*, 17(2), 39-44.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). เมตตากฎหมาย: คุณธรรมสำหรับพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15
(1), 46-54.
- ธงชัย ประดับชนานรัตน์. (2548). มองโลกในแง่ดี. [On.line]. ค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2548 จาก,
http://WWWgeocities.com/thirayost2/web_biblesmtory/obs1.html
- ธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต), พระ. (2542). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์* (พิมพ์ครั้งที่2).
กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). *ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่าง
การใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดิมา วทานิยเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้
ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นคร พจนวรวงษ์ และ พลประสิทธิ์ ฤทธิรักษา. (2535). *ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
บรรพ 1 – 6*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นครหลวง.
- นพพร ทองธรรมชาติ, บังอร ลำลี และ อภิญญา เพ็ชรพิจารณ์. (2540). การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วย
ใกล้ถึงแก่กรรม. ใน อภิญญา เพ็ชรพิจารณ์ (บรรณาธิการ), *แนวคิดพื้นฐานและหลักการ
พยาบาล เล่ม 2* (หน้า439-452). นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์.
- นุจรินทร์ ลักษณ์กุล. (2543). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา, ชลบุรี.

- นิการีหมะ นิจินิการี. (2547). *การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประชา ปสนนธมโม, พระ. (2534). *ไตรตรองเรื่องความตาย*. ใน *คุษฎี เมธงกุโร, พระ (บรรณาธิการ), มรณสติ พุทธวิธีต้อนรับความตาย*.
- ประดิษฐ์ ปัญญวีณิน. (2540). *ปฏิบัติการกู้ชีวิต*. ใน *จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมมานนิตย์และ วันชัย วณะชิวนาวิน (บรรณาธิการ), ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 257-272)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). *การพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลด้วยจริยธรรมนำสู่การปฏิบัติ*. ม.ป.พ.
- ประเสริฐ กังสาด. (2548). *ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์*. [Online]. ค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2548 จาก, <http://WWW.dmhstaf@dmhthai.com-22/11/2004>
- ปรารถน์ทิพย์ อูจะรัตน์. (2541). *การบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- ปรีชา ช้างขวัญยืน และ สมภาร พรหมทา. (2543). *มนุษย์กับศาสนา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานทิพย์ สุภนกร และ คณาจารย์ภาควิชาปรัชญา. (2540). *ปรัชญาเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พจน์ กริชไกรวรรณ. (2546). *มองอย่างพุทธเพื่อความเข้าใจในชีวิตและสังคม*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้าพรินติ้ง จำกัด.
- พิกุลทิพย์ หงษ์หิร. (2538). *สิทธิของพยาบาลในการประกอบวิชาชีพ*. *สารสภาการพยาบาล*, 10(4), 26 – 28.
- พุทธทาส อินทปญโญ. (2544). *คุณค่าของชีวิต*. สุราษฎร์ธานี: ธรรมทานมูลนิธิ สวนโมกขพลาราม.
- พัชรี ชูทิพย์. (2547). *การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พัฒน์ เนียมบุญชู. (2543). *คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

- ฟารีดา อิบราฮิม. (2541). กฎหมายสำหรับพยาบาล. ใน ฟารีดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ), นิเทศ วิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 177- 193). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์(กรุงเทพ)จำกัด.
- ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มุกดา สุวรรณโฆษิต. (2538ก). การกู้ชีวิต. ใน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- มุกดา สุวรรณโฆษิต. (2538ข). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- มโน เมตตานนโท. (2548). เมื่อโลกตะวันออกเรียนรู้ความตายแบบพุทธ. [On.line]. ค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2548 จาก, <http://WWWbuddhism.siamindustry.com/index2.htm>
- มัญชฎา ว่องวีระ. (2543). มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล 1. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา. (อัคราเสนา).
- ระนอง สรวยเอี่ยม. (2541). จริยศาสตร์กับปัญหาจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ราตรี โกวรุ่งเรือง. (2546). ขอบข่ายไปตายที่บ้านเดอะ. หมอชาวบ้าน, 25(294), 12-13.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2540). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บัณฑิตไทย.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรวิภา จรรยาพานิชย์. (2538). สิทธิการตาย และ/หรือ การเตรียมเผชิญการตาย. สารสภากาพยาบาล, 10(4), 70-72.
- วารุณี รัตนวาร. (2541). คำถาม-คำตอบ กับวิชาชีพพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 9(1-2), 41-45.

- วิจิตรา กุสมภ์. (2543). *การกู้ชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บพิศการพิมพ์จำกัด.
- วิชัย นาคหรั่ง. (2539). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2545). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารคลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์*, 205(18), 32-39.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2529). การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามความสมัครใจของผู้ป่วยเอง. *วารสารอัยการ*, 2(16), 59-71.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และ รัชต์ชัย ชีรชิตกุล. (2530). การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสิทธิที่จะตาย วิวัฒนาการในสหรัฐอเมริกา. *วารสารอัยการ*, 10(118), 23-27.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2531). ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมและนิติเวชในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะตาย. *วารสารอัยการ*, 11(123), 9-18.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2535). กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล. *คลินิกนิติเวชปริทัศน์*, 8, 794-798.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). จริยธรรมกับกฎหมาย. *คลินิกนิติเวชปริทัศน์*, 10, 429-433.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2539). สิทธิที่จะตาย. *ศัลยพาทู*, 4(43), 90-125.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2544). กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารคลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์*, 205(18), 27-31.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2545). อภิปรายสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. *วงการแพทย์*. น.ป.ท.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546). *กฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลาจำกัด.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (น.ป.ป.). *กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขกฎหมายสาขาใหม่*. *วารสารนิติศาสตร์*, 27, 690-699.
- วิธาน สุวชีวะคุปต์และสนธิ์ บางยี่ขัน. (2537). *ปรัชญาไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิภาวี คงอินทร์. (2537). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิสูตร ฟ่องศิริไพบุลย์, จันทรพิมพ์ เจียมพงศ์พันธ์ และ อัจฉรา อิ่มน้อย. (2544). การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. *วารสารอุบัติเหตุ*, 20(2), 175-200.
- วิสัย พฤกษ์วัน. (2547). *คนไข้ กฎหมายและแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิไลวรรณ ชัยรัตน์ โนกร. (2539). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2541). ทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต. ใน การสัมมนา เรื่องพินัยกรรมชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). ศาสตร์และศิลป์: การดูแลตนเอง. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมภพ พันธุโฆษิต. (2548). ร่วมใจสร้างชุมชนคนรักสุขภาพ. [On.line]. ค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2548, จาก <http://WWW.Thaihealth.or.th>
- สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช. (2540). จริยธรรมแพทย์ในสหัสวรรษใหม่. สารศิริราช, 52(5), 341-359.
- สารสภาการพยาบาล. (2541). สารระนำรู้จากสภาการพยาบาล: คำประกาศสิทธิผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล, 13(2), 32.
- สรจักร ศิริบริรักษ์. (2548). โรคเรื้อรัง. [On.line]. ค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2548 จาก, <http://WWW.thaidot.com/apt85.html>
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา. (2538). พยาบาลกับผู้ป่วย: สิทธิของผู้ให้และผู้รับบริการ. สารสภาการพยาบาล, 10(4), 29-33.
- สิวลี ศิริไล. (2537). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- สิวลี ศิริไล. (2540). เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- สิวลี ศิริไล. (2544). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา แสงมุกข์. (2542). เทคนิคการเฝ้าระวังเพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 11(3), 1-10.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2543). มโนทัศน์และหลักการพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต. ใน คณาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะวิกฤต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา. (อัดสำเนา)

- สุนิสา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาพร คาวดี. (2537). *ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2546). เมื่อใบไม้ชีวิตร่วง. *หมอชาวบ้าน*, 25(294), 33-34.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2548). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อ. [On.line]. ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2548 จาก <http://WWWstaff.buu.ac.th/academic/research1/abstracts/content/pbhealth/2540-42.html>
- สุวิมล จอคพิมาย. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนอัครมโนทัศน์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเชนดหุยส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2542). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *ผู้ชีพขึ้นคืน*. *วารสารคลินิก*, 17, 1091-1094.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2545ก). *กรกฎาคม ครบรอบปี มรณกาลท่านพุทธทาส*. ใน *เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย, ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เติ๊ดไทย จำกัด.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2545ข). *แพทย์กับสิทธิการตายของผู้ป่วย*. *คลินิก*, 211, 548-551.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2546ก). *ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องรักษา “คน” ให้ได้ก่อน “ไข้”*. *หมอชาวบ้าน*, 25(293), 44-47.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2546ข). *ตัวอย่างผู้ป่วยที่ต้องรักษา “คน” ให้ได้ก่อน “ไข้”*. *หมอชาวบ้าน*, 25(294), 30-32.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2548). *สิทธิที่จะตาย...?*. [On.line]. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2548, จาก <http://WWWhsro.or.th/content.php?articleId=71>
- แสง จันทร์งาม. (2544). *พุทธศาสนวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์.

- แสงจันทร์ ทองมาก. (2538). แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ใน *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญ.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2540). สิทธิผู้ป่วย. ใน แสง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ขมจินดา. *กฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2541). กฎหมายและปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในคน. *วารสารนิติศาสตร์*, 28, 470-478.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส และ เอนก ขมจินดา. (2543). *เรื่องยุ่ง... ที่ควรรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อุทัย เอกสะพัง และ คณะ. (2547). *จิตวิทยากับศาสนา*. ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี. (อัดสำเนา)
- อุไร จันทร์เมฆา. (2537). จริยธรรมทางการพยาบาลสอนกันได้อย่างไร. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 19(2), 6.
- อโณทัย อาตมา. (2544). *รู้ชีพทานประสาช่าวบ้าน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- อำภพร พัววิไล. (2528). ปัญหาจริยศาสตร์ในการพยาบาล: สิทธิของผู้ป่วยในฐานะผู้รับบริการ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 4(1), 12-17.
- Bottrell, M. M., Leitman, R., Mezey, M. D., Mitty, E. L., & Ramsay, G. C. (2000). Why hospital patient do and do not execute an advance directive. *Nursing Outlook*, 48, 165-171.
- Emanuel, E. J. (1994). Euthanasia, historical, ethical and empiric perspectives. *Archive International of Medicine*, 154, 1890-1901.
- Emanuel, L. (2000). How living will can help doctors and patients talk about dying. *BMJ*, 320, 1618-1619.
- Fry, S. T. (1994). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. Geneva: ICN.
- Gomez, D. (2002). Advance directives and CPR. In B. M. Kinzbrunner, N. J. Weinreb & J. S. Policzer (Eds.), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 297-311). New York: McGraw – Hill.
- Hall, J. K. (1996). *Nursing ethics and law*. Philadelphia: Saunders company.
- Lo, B., & Jonsen, A. R. (1980). Clinical decisions to limit treatment. *Annals of Internal Medicine*, 93, 764-768.

- Marker, R. L., & Hamlon, K. (2002). Euthanasia and assisted suicide: Frequently asked questions. [On.line]. Retrieved June 26, 2002, from <http://WWW.internationaltaskforce.org/fag.html>
- 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.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rajput, V., & Bekes, C. E. (2002). Ethical issues in hospital medicine. *The Medicine Clinics of North America, 86*, 869-886.
- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999). Nurse attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum, 26*, 1683-1687.
- Sander, L. (2001). Is Britain ready for voluntary euthanasia?. *Nursing Time, 97*, 17.
- Schneidreman, L. J., & Sprage, R. G. (1998). Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation. *The New England Journal of Medicine, 14*, 984-988.
- Sloan, A. (1996). Don't resuscitate, lose your job?. *RN, 59*, 51-54.
- Tilden, V. P., Tolle, S. W., Garland, M. J., & Nelson, C. A. (1995). Decisions about life-sustaining treatment. *Arch Intern Med, 155*, 633-638.
- Uhlmann, R. F., & Pearlman, R. A. (1991). Perceived quality of life and preferences for life-sustaining treatment in older adults. *Arch Intern Med, 151*, 495-497.
- Wlody, G. S. (1990). Ethical issue in critical care: A nursing model. *Dimensions of Critical Care Nursing, 224-230*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้า นางสาวจิรายุ เนื่อน้อย นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำวิจัยเรื่อง การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการหาแนวทางการคุ้มครองสิทธิให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเพื่อยืดชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อใช้ในการพิจารณาปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการยืดชีวิตผู้ป่วย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและแบบสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านต้องการ รวมทั้งถ้าท่านต้องการที่จะออกจากกรวิจัยขณะที่ทำการตอบแบบสัมภาษณ์ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ท่านสามารถเรียกร้องได้ตลอดเวลา หรือคำถามใดที่ไม่ต้องการตอบ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ในข้อนั้นได้ ตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและแผนการรักษาพยาบาลตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามคนอื่นๆ จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่กล่าวนามแต่ละบุคคล

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล โดยตอบแบบสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อแสดงความคิดเห็นตามคุณค่า ความเชื่อและความต้องการของท่าน ซึ่งท่านมีสิทธิในการตัดสินใจจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ และหากท่านมีข้อสงสัยใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านในครั้งนี้

.....

(นางสาวจิรายุ เนื่อน้อย)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ภาคผนวก ข

แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้ถูกวิจัย

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)(ผู้ป่วย)
 และ ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....(ผู้ตัดสินใจแทน)
 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เรื่องการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาล
 ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งทำการวิจัยโดย นางสาวจิรายุ เนื้อน้อย นักศึกษาระดับปริญญาโท
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยที่ข้าพเจ้า
 ทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและความสำคัญในการ
 ทำวิจัย ในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย)

(.....)

ลงชื่อ..... (ผู้ตัดสินใจแทน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้ตอบรับไว้ด้วยวาจา

ภาคผนวก ก

เลขที่แบบสัมภาษณ์ □□□□

วันที่.....

หอพยาบาล..... เคียงที่.....

โรงพยาบาล.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง

การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

Decisions of Patients and Surrogates on Treatments at the End of Life



คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในเรื่องการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 : แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้

ส่วนที่ 2 : สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

11. สิทธิในการรักษา.....

12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ประกอบด้วย

12.1 จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้

วัยเด็ก.....คน วัยทำงาน.....คน วัยสูงอายุ.....คน

12.2 จำนวนสมาชิกที่มีรายได้

วัยเด็ก.....คน วัยทำงาน.....คน วัยสูงอายุ.....คน

13. บทบาทในครอบครัว

1. หัวหน้าครอบครัว
2. สมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 : สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต
สำหรับผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ 1

นางปิ่นป่วยเป็นมะเร็งมดลูกระยะสุดท้าย มีอาการปวดทั่วตัวต้องได้รับยาแก้ปวดชนิดรุนแรงอยู่เป็นประจำ บางครั้งหลังได้รับยาแล้วอาการปวดของนางปิ่นยังคงไม่ทุเลาลง มีอาการทุกข์ทรมานอยู่ตลอดเวลา หายใจเหนื่อยหอบเป็นบางครั้ง อาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ

วันหนึ่งนางปิ่นหยุดหายใจ ต้องทำการรักษาโดยการกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) และผลจากการช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) อาจจะได้ 3 ลักษณะดังนี้

กรณีที่ 1 อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้ แต่โอกาสฟื้นมีน้อยมาก สมมติว่าถ้าท่านเป็นนางปิ่น ท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

กรณีที่ 2 อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆ เท่านั้น ซึ่งนางปิ่นยังคงมีอาการปวดทั่วตัว หายใจเหนื่อยเป็นบางครั้ง และมีอาการทุกข์ทรมานร่วมด้วย สมมติว่าถ้าท่านเป็นนางปิ่นท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ /พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

กรณีที่ 3 อาจช่วยให้นางปิ่นยังคงมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป ในลักษณะเหมือนผักคือ ไม่รู้สึกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป สมมติว่าถ้าท่านเป็น นางปิ่นท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ /พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 2

นางแก่นแก้ว ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 2 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลหน้ามืดเป็นลมญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลนางแก่นแก้วไม่รู้สึกตัว หายใจเองไม่ได้แพทย์ตรวจพบว่านางแก่นแก้วเส้นเลือดฝอยในสมองแตก มีเลือดคั่งในสมอง แพทย์ได้ทำการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งแพทย์แจ้งให้ญาติ ทราบว่านางแก่นแก้ว ไม่มีการตอบสนองของอวัยวะต่างๆ ไม่สามารถขยับเขยื้อนตนเอง ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีใดๆ ได้ ไม่สามารถรับรู้และกลับคืนสู่สภาพปกติได้อีกต่อไป มีเพียง การเต้นของหัวใจ การเต้นของชีพจรและสามารถหายใจได้ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้น เครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่จะช่วยให้นางแก่นแก้วสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง และหากถอด เครื่องช่วยหายใจออก จะทำให้นางแก่นแก้วเสียชีวิต สมมติว่าถ้าท่านเป็นนางแก่นแก้วท่านจะ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างไร

- ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพราะ.....
- ข. รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อไป เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ /พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 3

นายมะลิป่วยเป็นเนื้องอกในสมองขนาดใหญ่ ได้รับการผ่าตัดสมองหลังผ่าตัดไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นเจ้าชายนิทรานาน 3 เดือน แพทย์แจ้งให้ญาติทราบว่ามันมะลิไม่มีโอกาสกลับมารู้สึกตัว เป็นปกติได้อีกต่อไป วันหนึ่งนายมะลิมมีอาการหายใจแรง ลึก หดหายใจเป็นช่วงๆ เกร็งตัว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์แจ้งให้ญาติทราบว่าจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้นายมะลิเสียชีวิต สมมติว่าถ้าท่านเป็นนายมะลิท่านจะตัดสินใจเกี่ยวกับการ ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างไร

- ก. ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย เพราะ.....
- ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับแพทย์ /พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 4

นายสุข ป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดนาน 5 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ 2 เดือนก่อน นายสุขมีอาการแน่นหน้าอกบ่อยขึ้น หายใจไม่สะดวก และมีอาการหน้ามืดเป็นลมบ่อย เมื่อ 1 เดือนก่อนนายสุขมีอาการเจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่สะดวก และหมดสติไป ญาติได้นำตัว นายสุขส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาล นายสุขหยุดหายใจ แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการใส่ยาช่วย กระตุ้นการเต้นของหัวใจ ทำให้นายสุขสามารถฟื้นมาได้ แต่อาการของนายสุขยังไม่ดีขึ้น ก็ยังคงมีอาการหน้ามืดบ่อย ซีฟงรเดินช้า เจ็บหน้าอกเป็นบางช่วง แพทย์ได้อธิบายให้ญาติฟังว่า นายสุข จำเป็นต้องผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจช่วย เพราะหากไม่ได้รับการผ่าตัดจะทำให้ นายสุขเสียชีวิตในไม่ช้า แต่ทางโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือและไม่สามารถทำการผ่าตัดใส่ เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจได้ ต้องส่งนายสุขไปทำการรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น สมมติว่าถ้า ท่านเป็นนายสุข ท่านต้องการให้แพทย์ส่งต่อตัวท่าน ไปยังโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับการผ่าตัดใส่ เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจหรือไม่

- ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น เพราะ.....
- ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับแพทย์ /พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ตัดสินใจแทน เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ประกอบด้วย

9.1 จำนวนสมาชิกที่ไม่มีรายได้อ

วัยเด็ก.....คน วัยทำงาน.....คน วัยสูงอายุ.....คน

9.2 จำนวนสมาชิกที่มีรายได้อ

วัยเด็ก.....คน วัยทำงาน.....คน วัยสูงอายุ.....คน

10. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย

1. คู่สมรส
2. บิดา/ มารดา
3. บุตรธิดา/ บุตรบุญธรรม
4. พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
5. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
6. อื่นๆ ระบุ.....

11. ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิตของท่านเป็นอย่างไร

1. เคยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย
2. เคยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
3. เคยรับรู้ว่ามี การตัดสินใจแทนผู้ป่วยแต่ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
(อยู่ในสถานการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วย)
4. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับผู้ตัดสินใจแทน

สถานการณ์ที่ 1

นางปิ่นป่วยเป็นมะเร็งมดลูกระยะสุดท้าย มีอาการปวดทั่วตัวต้องได้รับยาแก้ปวดชนิดรุนแรงอยู่เป็นประจำ บางครั้งหลังได้รับยาแล้วอาการปวดของนางปิ่นยังคงไม่ทุเลาลง มีอาการทุกข์ทรมานอยู่ตลอด หายใจเหนื่อยหอบเป็นบางช่วง อาการทรุดหนักลงเรื่อยๆ

วันหนึ่งนางปิ่นหยุดหายใจ ต้องทำการรักษาโดยการกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) และผลจากการช่วยกู้ชีวิต(ปั๊มหัวใจ) อาจจะได้ 3 ลักษณะดังนี้

กรณีที่ 1 อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้ แต่โอกาสพื้นมีน้อยมาก สมมติว่าถ้าท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนางปิ่นท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ / พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

กรณีที่ 2 อาจช่วยให้นางปิ่นฟื้นได้แต่มีชีวิตอยู่ได้อีกระยะสั้นๆ เท่านั้น ซึ่งนางปิ่นยังคงมีอาการปวดหัว ตัว หายใจเหนื่อยเป็นบางช่วง และมีอาการทุกข์ทรมานร่วมด้วย สมมติว่าถ้าท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนางปิ่นท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ / พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

กรณีที่ 3 อาจช่วยให้นางปิ่นยังคงมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป ในลักษณะเหมือนผักคือ ไม่รู้สึกตัว อวัยวะในร่างกายไม่สามารถตอบสนองและไม่สามารถรับรู้ได้อีกต่อไป สมมติว่าถ้าท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนางปิ่นท่านจะตัดสินใจอย่างไร

- ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) อีกต่อไป เพราะ.....
- ข. ช่วยกู้ชีวิต(ปิ่นหัวใจ) เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ / พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 2

นางแก่นแก้วป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 2 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลหน้ามืดเป็นลมญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลนางแก่นแก้วไม่รู้สึกตัวหายใจเองไม่ได้แพทย์ตรวจพบว่านางแก่นแก้วเส้นเลือดฝอยในสมองแตก มีเลือดคั่งในสมองแพทย์ได้ทำการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งแพทย์แจ้งให้ญาติทราบว่านางแก่นแก้ว ไม่มีการตอบสนองของอวัยวะต่างๆ ไม่สามารถขยับเขยื้อนตนเอง

ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีใดๆ ได้ ไม่สามารถรับรู้และกลับคืนสู่สภาพปกติได้อีกต่อไป มีเพียงการเต้นของหัวใจ การเต้นของชีพจรและสามารถหายใจได้ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้น เครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่จะช่วยให้นางแก่นแก้วสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่ง และหากถอดเครื่องช่วยหายใจออก จะทำให้นางแก่นแก้วเสียชีวิต สมมติว่าถ้าท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนางแก่นแก้วท่านจะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างไร

- ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพราะ.....
- ข. รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อไป เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 3

นายมะลิป่วยเป็นเนื้องอกในสมองขนาดใหญ่ ได้รับการผ่าตัดสมองหลังผ่าตัดไม่รู้สีกตัว เป็นเจ้าชายนิทานานาน 3 เดือน แพทย์แจ้งให้ญาติทราบว่านายมะลิไม่มีโอกาสกลับมารู้สีกตัว เป็นปกติได้อีกต่อไป วันหนึ่งนายมะลิมีอาการหายใจแรง ลึก หายใจเป็นช่วงๆ เกร็งตัว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์แจ้งให้ญาติทราบว่าต้องใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้นายมะลิเสียชีวิต สมมติว่าถ้าท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนายมะลิท่านจะตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างไร

- ก. ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย เพราะ.....
- ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับแพทย์/พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

สถานการณ์ที่ 4

นายสุข ป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดนาน 5 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ 2 เดือนก่อน นายสุขมีอาการแน่นหน้าอกบ่อยขึ้น หายใจไม่สะดวก และมีอาการหน้ามืดเป็นลมบ่อย เมื่อ 1 เดือนก่อนนายสุขมีอาการเจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่สะดวก และหมดสติไป ญาติได้นำตัวนายสุขส่งโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาล นายสุขหยุดหายใจ แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการใส่ยาช่วยกระตุ้นการเต้นของหัวใจ ทำให้นายสุขสามารถฟื้นมาได้ แต่อาการของนายสุขยังไม่ดีขึ้น คือยังคง

มีอาการหน้ามืดบ่อย ซึ่พจรเต้นช้า เจ็บหน้าอกเป็นบางครั้ง แพทย์ได้อธิบายให้ญาติฟังว่า นายสุข จำเป็นต้องผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจช่วย เพราะหากไม่ได้รับการผ่าตัดจะทำให้ นายสุขเสียชีวิตในไม่ช้า แต่ทางโรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือและไม่สามารถทำการผ่าตัดใส่ เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจได้ ต้องส่งนายสุขไปทำการรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่น สมมติว่าถ้า ท่านเป็นผู้ตัดสินใจแทนนายสุข ท่านต้องการให้แพทย์ส่งต่อตัวนายสุขไปยังโรงพยาบาลอื่นเพื่อรับ การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจหรือไม่

- ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น เพราะ.....
- ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น เพราะ.....
- ค. ขึ้นอยู่กับแพทย์/พยาบาล เพราะ.....
- ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) เพราะ.....
- จ. อื่นๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ง**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุการณ์ตัดสินใจของแต่ละสถานการณ์ ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุการณ์ตัดสินใจของแต่ละสถานการณ์ ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

ตาราง 21

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเหตุผลการตัดสินใจของแต่ละสถานการณ์
ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 1 กรณี 1.1	X. ไม่ต้องช่วยชีวิตอีก ต่อไป	1. เพราะไม่มีประโยชน์	3	3.10
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	16	16.49
		3. ตายอย่างสงบ	4	4.12
		4. ไม่อยากให้ทรมาน	22	22.68
		5. ลำบากคนข้างหลัง	3	3.09
		6. ปล่อยไปตามเวรกรรม	3	3.09
		7. พากลับบ้าน	1	1.03
		8. ไม่แน่ใจ	2	2.06
		9. ไม่ให้เหตุผล	43	44.33
			97	99.99
ข. ช่วยชีวิต		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	4	5.63
		2. ยังมีโอกาสรอด	16	22.54
		3. ช่วยถึงที่สุด	2	2.82
		4. ลองเสี่ยงดู	1	1.41
		5. ยังมีโอกาสหาย	1	1.41
		6. เพื่อรักษาต่อ	2	2.82
		7. กลัวตาย	1	1.41
		8. ไม่ให้เหตุผล	44	61.97
			71	100.00
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล		1. เชื่อฝีมือหมอ	8	10.39
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	8	10.39
		3. ไม่มีความรู้	1	1.30
		4. ไม่ให้เหตุผล	60	77.92
			77	100.00

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.1	ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. ถึงอย่างไรก็ตาม	4	11.43
		2. แล้วแต่ลูกหลาน	7	20.00
		3. คือผู้ดูแล	4	11.43
		4. ไม่ให้เหตุผล	20	57.14
			35	100.00
	จ. อื่น ๆ ระบุ	-	-	-
กรณีที่ 1.2	ก. ไม่ต้องช่วย ผู้ชีวิตอีก ต่อไป	1. เพราะไม่มีประโยชน์	7	6.25
		2. ถึงอย่างไรก็ตาม	8	7.14
		3. ตายอย่างสงบ	3	2.68
		4. ไม่อยากให้ทรมาน	39	34.82
		5. ถ้าหากคนข้างหลัง	6	5.36
		6. ปลดปล่อยไปตาม เวชกรรม	3	2.68
		7. พากลับบ้าน	3	2.68
		8. สิ้นเปลือง	1	0.89
		9. ไม่ให้เหตุผล	42	37.50
			35	100.00
	ข. ช่วยผู้ชีวิต	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	18	25.00
		2. ยังมีโอกาสรอด	4	5.56
		3. ช่วยถึงที่สุด	3	4.17
		4. เพื่อรักษาต่อ	1	1.39
		5. ไม่ให้เหตุผล	46	63.89
			72	100.00

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.2	ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	9	14.75	
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	1	1.64	
		3. ไม่มีความรู้	3	4.92	
		4. ไม่ให้เหตุผล	48	78.69	
				61	100.00
	ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. ถึงอย่างไรก็ตาม	1	2.94	
		2. แล้วแต่ลูกหลาน	6	17.65	
		3. ก็ผู้ดูแล	4	11.76	
		4. ไม่ให้เหตุผล	23	67.65	
				34	100.00
	กรณีที่ 1.3	จ. อื่น ๆ ระบุ	1. แล้วแต่คนในครอบครัว	1	100
ก. ไม่ต้องช่วยชีวิตอีก ต่อไป		1. เพราะไม่มีประโยชน์	14	11.97	
		2. ถึงอย่างไรก็ตาม	12	10.26	
		3. ตายอย่างสงบ	1	0.85	
		4. ไม่อยากให้ทรมาน	34	29.06	
		5. ลำบากคนข้างหลัง	27	23.08	
		6. ปล่อยไปตามเวรกรรม	1	0.85	
		7. พากลับบ้าน	1	0.85	
		8. ไม่ให้เหตุผล	27	23.08	
			117	100.00	
ข. ช่วยชีวิต		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	6	18.18	
	2. ช่วยถึงที่สุด	1	3.03		
	3. ไม่ให้เหตุผล	26	78.79		
			33	100.00	

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.3	ก. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	7	17.95	
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	5.13	
		3. ไม่มีความรู้	1	2.56	
		4. ไม่ให้เหตุผล	29	74.36	
				39	100.00
	ง. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ถึงอย่างไรก็ตาม	1	3.33
			2. แล้วแต่ลูกหลาน	5	16.67
			3. ก็ผู้ดูแล	3	10.00
			4. ไม่ให้เหตุผล	21	70.00
				30	100.00
	สถานการณ์ ที่ 2	ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจ ออก	1. เพราะไม่มีประโยชน์	24	16.67
			2. ถึงอย่างไรก็ตาม	9	6.25
3. ตายอย่างสงบ			3	2.08	
4. ถ้าหากคนข้างหลัง			20	13.89	
5. ไม่อยากให้ทรมาน			34	23.61	
6. ปล่อยให้ตามธรรมชาติ			4	2.78	
7. พากลับบ้าน			5	3.47	
8. สิ้นเปลือง			4	2.78	
9. ไม่ต้องการมีชีวิต			1	0.69	
10. ไม่ให้เหตุผล			40	27.78	
			144	100.00	
ข. รักษาต่อ โดยใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อไป	ค. รักษาต่อโดยใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อไป	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	7	16.28	
		2. ยังมีโอกาสรอด	7	16.28	
		3. ช่วยถึงที่สุด	3	6.98	

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 2	ข. รักษาต่อ โดย ใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อไป	4. ไม่ให้เหตุผล	26	60.47
			43	100.00
	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	9	16.67
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	3.70
		3. ไม่มีความรู้	2	3.70
		4. ไม่ให้เหตุผล	41	75.93
			54	100.00
	ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. แล้วแต่ลูกหลาน	10	27.78
		2. คือผู้ดูแล	3	8.33
		3. ไม่ให้เหตุผล	23	63.89
		36	100.00	
จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ทุน	1	33.33	
	2. ขึ้นกับบุคคลในครอบครัว	2	66.67	
		3	100.00	
สถานการณ์ ที่ 3	ก. ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วย	1. เพราะไม่มีประโยชน์	22	18.80
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	8	6.84
		3. ล้าปากคนข้างหลัง	14	11.97
		4. ตายอย่างสงบ	2	1.71
		5. ไม่อยากให้ทรมาน	10	8.55
		6. ปลดปล่อยไปตามเวรกรรม	3	2.56
		7. สิ้นเปลือง	2	1.71
		9. ไม่ให้เหตุผล	56	47.86
				117
	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	12	19.67
2. ยังมีโอกาสรอด		8	13.11	
3. ช่วยถึงที่สุด		6	9.84	

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 3	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย	4. ยังมีโอกาสหาย	2	3.28
		5. ไม่ให้เหตุผล	33	54.10
			61	100.00
	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	8	12.50
		2. ไม่ให้เหตุผล	56	87.50
			64	100.00
	ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน	1. แล้วแต่ลูกหลาน	5	13.89
		2. ก็คือผู้ดูแล	6	16.67
		3. ถึงอย่างไรก็ตาย	1	2.78
		4. ไม่ให้เหตุผล	24	66.66
			36	100.00
	จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	1	50.00
		2. ความพร้อม	1	50.00
			2	100.00
สถานการณ์ ที่ 4	ก. ไม่ต้องส่งต่อ ไปยัง โรงพยาบาลอื่น	1. เพราะไม่มีประโยชน์	5	13.89
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	3	8.33
		3. ลำบากคนข้างหลัง	7	19.44
		4. ไม่อยากให้ทรมาณ	3	8.33
		5. ปลดปล่อยไปตามเวรกรรม	1	2.78
		6. สิ้นเปลือง	3	8.33
		7. ลองให้ยากินก่อน	1	2.78
		9. เพราะความไม่แน่ใจ	1	2.78
		10. ไม่ให้เหตุผล	12	33.33
	ข. ส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	22	11.89
		2. ยังมีโอกาสรอด	26	14.05

ตาราง 21 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 4	ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล อื่น	3. ช่วยถึงที่สุด	5	2.70
		4. ยังมีโอกาสหาย	19	10.27
		5. เพื่อรักษาต่อ	25	13.51
		6. เชื่อคำแนะนำของหมอ	1	0.54
		7. ไม่ให้เหตุผล	87	47.03
			185	99.99
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล		1. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	6	24.00
		2. ไม่ให้เหตุผล	19	76.00
			25	100.00
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ตัดสินใจแทน		1. แล้วแต่ลูกหลาน	5	21.74
		2. คือผู้ดูแล	1	4.35
		3. ไม่ให้เหตุผล	17	73.91
			23	100.00
จ. อื่น ๆ ระบุ		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	18.18
		2. ขึ้นอยู่กับคำรักษา	7	63.64
		3. ไม่ให้เหตุผล	2	18.18
			11	100.00

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องช่วย
ผู้ชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 22 ดังเช่น ตัวอย่างข้อมูล
ที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ คนเราถ้าถึงวาระสุดท้ายแล้ว จะสิ้นชีวิตแล้ว ถ้าไปม ไปเท่ากับทรมานเค้าเปล่า ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 15

เหตุผลรองลงมาคือ ถึงอย่างไรก็ตาม คิดเป็นร้อยละ 16 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ยังไงก็ต้องเสียชีวิต คือมันรักษาไม่หายอยู่แล้ว ระยะเวลาสุดท้ายแล้ว ช่วยมามันก็ไม่หาย
มันก็ตายอยู่ดี ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 46

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยกู้ชีวิต ให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“คือยังมีความหวังอยู่ บางทีอาจจะรอด หัวสิบ หัวสิบ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 22

เหตุผลรองลงมาคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 5.63 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“มันได้ช่วยหายใจได้อีกส่วนหนึ่ง ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 25

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่า เชื้อฝีมื้อหอม และเชื้อการตัดสินใจของหอม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.39 และ 10.39 ตามลำดับ ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เราก็ช่วยตัวเองไม่ได้ ทำไร(อะไร)ไม่ได้ หอมต้องช่วย ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 49

“เรามาถึงโรงพยาบาลแล้วให้หอมตัดสินใจ มาโรงพยาบาลแล้วต้องบอกให้หอมตัดสินใจ ถ้าตัดสินใจเองก็ตายที่บ้านดีกว่า ถ้าหอมบอกว่าต้องเอากลับก็ต้องเอากลับ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 56

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ให้เหตุผลว่าแล้วแต่ลูกหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เพราะว่าเค้าตั้งใจไปแล้ว(ตั้งใจพามารักษา) แล้วแต่เค้าตัดสินใจ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 32

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลือกตอบ

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 34.82 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ปื้มก็ไม่หายแล้ว ทรมาณ ปื้มทำไม ให้หันไปที่เดียวคิดว่า(ให้ตายไปเลยดีกว่า) ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 61

เหตุผลรองลงมาคือ ถึงอย่างไรก็ตาม คิดเป็นร้อยละ 7.14 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“อย่าทำเลย แลที่เห็นมาไม่ค่อยรอดสักราย ที่ขึ้นปีมะหัวใจ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 66

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยกู้ชีวิต ให้เหตุผลว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถึงรอดไม่นานก็ช่างมัน เอาชีวิตไว้สักพัก ถ้าเราไม่ปีมะเลยเหมือนว่าไม่มีอะไรแล้ว ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 36

เหตุผลรองลงมาคือ ยังมีโอกาสรอด คิดเป็นร้อยละ 5.56 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าปีมะอาจรอด ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 37

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่า เชื่อฝีมือหมอ คิดเป็นร้อยละ 14.75 ตามลำดับ ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ คิดว่าสุดท้ายแล้วหมอดูต้องปีมะอยู่แล้ว ต้องช่วยอยู่แล้ว หมอเค้าคงบ๊อชีวิตสุด ๆ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 72

เหตุผลรองลงมาคือ ไม่มีความรู้ คิดเป็นร้อยละ 4.92 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เราไม่มีความรู้ แล้วแต่หมอ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 84

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ให้เหตุผลว่าแล้วแต่ลูกหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.65 และรองลงมาคือ ผู้ตัดสินใจแทนคือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 11.76 ตามลำดับ ส่วนคำตอบในข้อ จ. ทางเลือกอื่น ๆ มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่เลือกตอบ และให้เหตุผลว่า แล้วแต่คนในครอบครัว

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 29.06 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าอยู่อย่างนั้นให้มันตายไปเลย ลำบาก ทรมาณ อยู่แล้วก็ไม่ดีขึ้น ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 99

เหตุผลรองลงมาคือ ลำบากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 23.08 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ข้างบ้านมีอยู่คนหนึ่งเค้าเป็นคนรวย จ้างพยาบาลอยู่เป็นปี ๆ ยังไม่ตายเลย อย่างเราคนจน ปล่อยให้ไปสบาย ๆ อยู่ไปก็ทรمانคนอื่น ไม่ใช่ทรمانเรา อย่างฉันถ้าเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ขอมตายดีกว่า เคยถูกรถชนลุกขึ้นไม่ได้ นอนอยู่โรงพยาบาล ได้แต่มองข้าว กินข้าวก็ไม่ได้ ลุกขึ้นก็ไม่ได้ มันทรमान ถ้าเดินไม่ได้ตายไปเลยดีกว่า ทรमानไม่ใช่เราคนเดียว ทรमान ลูกหลานด้วย”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 101

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยกู้ชีวิต ส่วนใหญ่ให้เหตุผลเพื่อการมีชีวิตต่อ คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ยังดี ลูกหลาน พี่น้อง ยังได้รู้ว่ามีชีวิตอยู่”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 47

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เชื้อฝีมื้อหมอ คิดเป็นร้อยละ 17.95 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เราทำไม่ได้แล้ว คนธรรมดาหมดปัญญาแล้ว ไม่มีความสามารถแล้ว”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 59

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าแล้วแต่ลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“บางทีลูกอยากให้แม่ยังอยู่ ยังเห็นอยู่ ถึงจะทำอะไรไม่ได้”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 63

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวเลือกตอบ โดยให้เหตุผลว่า แล้วแต่บุคคลในครอบครัว

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 2 ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจออก ให้เหตุผลว่าเพราะไม่อยากให้ทรमानมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.61 ดังเช่น ตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อยู่ก็ทรมาน ถึงขึ้นอยู่ก็ทรมาน ถอดให้ไปสบาย ๆ ถึงขึ้นไว้ก็ทรมานกับคนป่วย ทรมานคนเฝ้า ถอดให้ไปสบาย ๆ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 81

เหตุผลรองลงมาคือ ลำบากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 13.89 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไปเลยไม่ต้องช่วย ไม่คิดขึ้นแล้ว ช่วยไปทำไมหละลูกเอ๊ย ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 120

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ และยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.28 และ 16.28 ตามลำดับ ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เอาตัวรอดสิ ถ้ามันตายก็ไม่รู้ทำอะไร แต่ถอดไม่ได้ ไม่ถอด ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 92

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เชื่อฝีมือหมอ คิดเป็นร้อยละ 16.67 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อาจจะช่วยทำให้รอดชีวิตได้ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 99

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าแล้วแต่ลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 27.78 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ คนที่เฝ้าเค้าอาจจะอยากให้คนที่ป่วยเค้ามีชีวิตอยู่ ถ้าคนเจ็บมีชีวิตอยู่ คนที่เฝ้ามีความสุขดีกว่าปล่อยให้ไปแล้วเศร้าเสียใจ บางทีอาจจะมึนงงเหมือนนักร้องอะไรนั่น ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 115

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 2 มีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่เลือกตอบ โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่บุคคลในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ รองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับทุนทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 33.33

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 3 ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจช่วย ให้เหตุผลว่า เพราะไม่มีประโยชน์มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 18.80 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ มันไม่มีประโยชน์แล้ว ถ้าอะไรที่ไม่มีประโยชน์ ไม่สมควรทำ ถ้าทำทำของมีประโยชน์ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 135

เหตุผลรองลงมาคือ ลำบากคนข้างหลัง คิดเป็นร้อยละ 11.97 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไม่ต้องการให้เป็นภาระคนอื่น เพราะถ้าเกิดมาทุกคนก็ต้องตาย ไม่เป็นภาระคนอื่นดีกว่า ขนาดที่ที่ไม่สบายอย่างนี้ ที่ยังคิดมากนะ เครียด ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 152

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.67 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ดีกว่าเสียชีวิตเลย ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 125

เหตุผลรองลงมา คือ ยังมีโอกาสรอด คิดเป็น ร้อยละ 13.11 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เพื่อมีโอกาสรอด ให้ส่งต่อ คล้ายกับผู้ใหญ่วันก่อน ไม่รับรู้แล้ว หมอบอกว่าให้ทำใจ ถูกหลานส่งต่อไปม.อ. ก็รอด ตอนนี่ยังมีชีวิตอยู่ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 164

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เชื่อฝีมือหมอ เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 12.5 จากจำนวนผู้ป่วยที่เลือกตอบทั้งหมด ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ หมอช่วยสุดฝีมือแล้วหนะนะ หมอคงมีวิธีการที่ดีที่สุดแล้ว ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 146

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า คือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 16.67 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้ญาติเค้าตัดสินใจเองดีกว่า มันน่าจะดีกว่า เพราะว่าเค้าดูแล เค้ามีความผูกพันกับเรา ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 222

เหตุผลรองลงมา คือ แล้วแต่ถูกหลาน คิดเป็น ร้อยละ 13.89 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ บางครั้งเค้าอาจจะอยากให้อยู่อีกก็ได้ แต่ถ้าเป็นฉัน ฉันคิดตัดสินใจตายไปเลย ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 165

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณที่ 3 มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่เลือกตอบ โดยให้เหตุผลว่า ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง และความพร้อม

จากตาราง 21 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณที่ 4 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ให้เหตุผลว่า ลำบากคนข้างหลังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.44 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ลูกหลานลำบาก ตายดีหว่า ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 230

เหตุผลรองลงมาคือ เพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 13.89 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ป้าเคยเห็นคนไข้ ถึงส่งก็ไม่ดีขึ้นต้องกินยาตลอด ป้าหมอมจะผ่าตัดตั้งแต่แรก ป้าไม่ผ่า ป้ายอมกินยาเล่นๆ แบบนั้น ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 245

ในสถานการณที่ 4 ผู้ป่วยที่เลือกตอบข้อ ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.05 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าโรงพยาบาลหนึ่งช่วยไม่ได้ ต้องไปอีก โรงพยาบาลอาจจะฟื้นขึ้นมาได้ เหมือนลุงอยู่ยุพราช ทำลวงไม่ฟื้น พอมามหาราชฟื้นมาได้ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 240

เหตุผลรองลงมา คือ เพื่อรักษาต่อ คิดเป็น ร้อยละ 13.51 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าส่ง ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่นแล้วเค้าดีขึ้นก็ควรที่จะส่ง ดีขึ้นไม่ดีขึ้น ก็ควรที่จะส่งไปรักษา ตายก็ตาย อยู่ก็อยู่ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 260

ในสถานการณที่ 4 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เชื้อการตัดสินใจของหมอ เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 24 จากจำนวนผู้ป่วยที่เลือกตอบทั้งหมด ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“แล้วแต่หมอ เรามอบหน้าที่นี้ให้เขาแล้ว ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 264

ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ป่วยที่เลือกคำตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าแล้วแต่ลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 21.74 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูล ที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เรื่องผ่าตัดไม่ชอบที่สุด เกิดมาให้ตายไปดีดี คนที่ผ่าตัดผมไม่เห็นสมบูรณ์สักคนหนึ่ง ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 262

เหตุผลรองลงมาคือ คือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 4.35

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าขึ้นอยู่กับคำรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.64 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าเรามีกำลังทรัพย์พอที่ส่งต่อ ต้องดูกับที่เราต้องไปผ่าตัดอยู่ได้นานหรือไม่ ถ้าทำแล้วห้าสิบ ห้าสิบเท่ากันก็ไม่สมควรไปทำ ”

ผู้ป่วยหญิง รายที่ 270

เหตุผลรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ปรีกษาญาติก่อนว่าจะส่งดีหรือไม่ ”

ผู้ป่วยชาย รายที่ 279

ตาราง 22

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทน จำแนกตามเหตุผลการตัดสินใจของแต่ละ
สถานการณ์ ในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.1	ก. ไม่ต้องช่วยผู้ ชีวิตอีก ต่อไป	1. เพราะไม่มีประโยชน์	4	7.40
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	6	11.11
		3. ตายอย่างสงบ	7	12.96
		4. ไม่อยากให้ทรมาน	14	25.93
		5. ลำบากคนข้างหลัง	2	3.70
		6. ยังมีโอกาสรอด	16	29.63
		7. คือความหวัง	2	3.70
		8. ไม่ให้เหตุผล	3	5.56
			54	99.99
ข. ช่วยผู้ ชีวิต		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	10	8.77
		2. ยังมีโอกาสรอด	30	26.32
		3. ช่วยถึงที่สุด	3	2.63
		4. ลองเสี่ยงดู	4	3.51
		5. ทำใจไม่ได้	1	0.88
		6. คือความกตัญญู	1	0.88
		7. ไม่ให้เหตุผล	65	57.01
			114	100.00
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล		1. เชื่อฝีมือหมอ	21	21.00
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	9	9.00
		3. หมอรู้ดีกว่า	16	16.00
		4. เชื่อว่ามียาดี	1	1.00
		5. ไม่กล้าตัดสินใจ	1	1.00
		6. ไม่ให้เหตุผล	52	52.00
			100	100.00

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.1	ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ	7	31.82
		2. สิทธิผู้ป่วย	3	13.64
		3. กลัวมีปัญหา	1	4.55
		4. ไม่ให้เหตุผล	11	50.00
	รวม		22	100.00
	จ. อื่น ๆ	-	-	-
กรณีที่ 1.2	ก. ไม่ต้องช่วยผู้ป่วยอีก ต่อไป	1. เพราะไม่มีประโยชน์	4	8.16
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	7	14.29
		3. ตายอย่างสงบ	3	6.12
		4. ไม่อยากให้ทรมาน	27	55.10
		5. ไม่ให้เหตุผล	8	16.33
	รวม		49	100.00
	ข. ช่วยผู้ป่วย	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	25	22.73
		2. ยังมีโอกาสรอด	9	8.18
		3. ยังมีโอกาสหาย	1	0.90
		4. ยังมียาดี	1	0.90
		5. คูใจ	1	0.90
		6. ช่วยถึงที่สุด	12	10.91
		7. ไม่ให้เหตุผล	61	55.46
	รวม		110	99.98
	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	14	18.18
2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ		12	15.58	
3. หมดหวังไม่รู้ทำไง		1	1.30	
4. ไม่ให้เหตุผล		50	64.94	
รวม		77	100.00	

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 1 กรณี 1.2	จ. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณี ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ	15	37.50
		2. สงสาร	2	5.00
		3. กลัวมีปัญหา	1	2.50
		4. สิทธิผู้ป่วย	2	5.00
		5. ไม่ให้เหตุผล	20	50.00
			40	100.00
	จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	2	50.00
		2. ขึ้นอยู่กับอายุ	2	50.00
			4	100.00
	กรณี 1.3	ก. ไม่ต้องช่วยกู้ชีวิตอีก ต่อไป	1. เพราะไม่มีประโยชน์	19
2. ถึงอย่างไรก็ตาย			6	5.31
3. ตายอย่างสงบ			4	3.54
4. ไม่อยากให้ทรมาน			30	26.55
5. ลำบากคนข้างหลัง			5	4.42
6. ปล่อยไปตามธรรมชาติ			1	0.88
7. สิ้นเปลือง			1	0.88
8. ไม่ให้เหตุผล			47	41.59
			113	99.98
ข. ช่วยกู้ชีวิต		1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	19	29.23
	2. ช่วยถึงที่สุด	9	13.85	
	3. ลองเสี่ยงดู	1	1.54	
	4. ยังมีโอกาสรอด	3	4.62	
	5. ไม่ให้เหตุผล	33	50.76	
		65	100.00	
ค. ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	5	7.81	
	2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	3.13	

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ ที่ 1 กรณีที่ 1.3	ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	3. เพื่อความสบายใจ	1	1.56	
		4. หมอรู้จักว่า	2	3.13	
		5. ไม่ให้เหตุผล	54	84.37	
				64	100.00
	ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย (กรณีที่ ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ	11	30.56	
		2. สิทธิผู้ป่วย	1	2.78	
		3. รักษาไม่ได้	1	2.78	
		4. ตัดสินใจไม่ถูก	1	2.78	
		5. กลัวมีปัญหา	1	2.78	
		6. ไม่ให้เหตุผล	21	58.33	
			36	100.00	
จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ขึ้นอยู่กับญาติที่น้อง		2	100.00	
			2	100.00	
สถานการณ์ ที่ 2	ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจ ออก	1. เพราะไม่มีประโยชน์	11	11.11	
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	13	13.13	
		3. ตายอย่างสงบ	5	5.05	
		4. ลำบากคนข้างหลัง	1	1.01	
		5. ไม่อยากให้ทรมาณ	12	12.12	
		6. ปล่อยไปตามเวรกรรม	1	1.01	
		7. สิ้นเปลือง	2	2.02	
		8. ไม่ให้เหตุผล	54	54.55	
				99	100.00
ข. รักษาต่อ โดย ใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อไป	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ		14	16.67	
		2. ยังมีโอกาสรอด	7	8.33	
		3. ช่วยถึงที่สุด	10	11.90	
		4. สงสาร	2	2.38	

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ ที่ 2	ข. รักษาต่อ โดยใช้ เครื่องช่วยหายใจต่อไป	5. ทำใจไม่ได้	1	1.19	
		6. ลองเสี่ยงดู	4	4.76	
		7. ยังมีชาติ	1	1.19	
		8. รอญาติ	1	1.19	
		9. ถือเป็นการฆ่า	2	2.38	
		10. ไม่ให้เหตุผล	42	50.00	
			84	99.99	
		ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ	10	15.63
			2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	4	6.25
			3. ไม่ให้เหตุผล	50	78.13
	64	100.00			
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วย เคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ	13	44.83		
	2. สงสาร	2	6.90		
	3. สิทธิผู้ป่วย	1	3.45		
	4. ไม่ให้เหตุผล	13	44.83		
	29	100.00			
จ. อื่น ๆ ระบุ		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	4	100.00	
			4	100.00	
สถานการณ์ ที่ 3	ก. ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจ ช่วย	1. เพราะไม่มีประโยชน์	7	10.29	
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	7	10.29	
		3. ลำบากคนข้างหลัง	3	4.41	
		4. ตายอย่างสงบ	2	2.94	
		5. ไม่อยากให้ทรมาน	10	14.71	
		6. ไม่ให้เหตุผล	39	57.35	
	68	99.99			
	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ	13	12.50	

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ ที่ 3	ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย	2. ยังมีโอกาสรอด	21	20.19
		3. ช่วยถึงที่สุด	11	10.58
		4. สงสาร	1	0.96
		5. ปากุहारย	2	1.92
		6. ชีวิตมีค่า	1	0.96
		7. ยังมีโอกาสหาย	1	0.96
		8. ไม่ต้องการให้เสียชีวิต	1	0.96
		9. ถือเป็นภาระฆ่า	1	0.96
		10. ไม่ให้เหตุผล	52	50.00
				104
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล		1. เชื่อฝีมือหมอ	14	20.00
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	4	5.71
		3. หมดหวัง	1	1.43
		4. ไม่ให้เหตุผล	51	72.85
		70	99.99	
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วย เคยแจ้งไว้)		1. เคารพการตัดสินใจ	10	37.04
		2. สิทธิผู้ป่วย	2	7.41
		3. อยากให้ไปสบาย	1	3.70
		4. กลัวบาป	2	7.41
		5. ไม่ให้เหตุผล	12	44.44
		27	100.00	
จ. อื่น ๆ ระบุ		1. ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง	1	100.00
			1	100.00
สถานการณ์ ที่ 4	ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	1. เพราะไม่มีประโยชน์	2	12.50
		2. ถึงอย่างไรก็ตาย	1	6.25
		3. กลัวแพง	1	6.25

ตาราง 22 (ต่อ)

สถานการณ์ที่/ กรณี	การตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานการณ์ ที่ 4	ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอื่น	4. กลัวโรคแทรก	1	6.25	
		5. ไม่อยากให้ทรมาณ	1	6.25	
		6. ไม่ให้เหตุผล	10	62.5	
				16	100.00
	ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล อื่น	1. เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ		19	8.84
			2. ยังมีโอกาสรอด	47	21.86
			3. ยังมีโอกาสหาย	22	10.23
			4. ช่วยถึงที่สุด	10	4.65
			5. เพื่อรักษาต่อ	15	6.98
			6. ไม่ให้เหตุผล	102	47.44
			215	100.00	
ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของแพทย์/พยาบาล	1. เชื่อฝีมือหมอ		3	10.34	
		2. เชื่อการตัดสินใจของหมอ	2	6.90	
		3. ไม่ให้เหตุผล	24	82.76	
			29	100.00	
ง. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ ของผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วย เคยแจ้งไว้)	1. เคารพการตัดสินใจ		3	25.00	
		2. สิทธิผู้ป่วย	2	16.67	
		3. ความพร้อมของคนไข้	1	8.33	
		4. ไม่ให้เหตุผล	6	50.00	
			12	100.00	
จ. อื่น ๆ ระบุ	1. ขึ้นอยู่กับญาติที่น้อง		2	25.00	
		2. อายุ	1	12.50	
		3. ขึ้นอยู่กับค่ารักษา	5	62.50	
			8	100.00	

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.63 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ โอกาสฟื้นยังมี ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 5

เหตุผลรองลงมาคือ ไม่อยากให้ทรمان คิดเป็นร้อยละ 25.93 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าช่วยแล้วไม่ดีขึ้น ไม่ช่วย เลยเห็นการทรمانที่หายใจซ้าๆ ซัด ๆ อย่าให้ทรمانดีกว่า เหนื่อยแทน อย่างคนไข้เค้าก็อยากหาย แต่เค้าทรمان อย่างขายเป็นเบหรววนต้องตัดขา ขายยอมให้อ้วน ยอมตายดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 9

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยกู้ชีวิต ให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.32 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ บางทีอาจจะรอดชีวิตได้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 19

เหตุผลรองลงมาคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 8.77 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้เค้ามีชีวิตอยู่กับเราได้นาน ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 28

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่า เชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าหมอช่วยรอดมันก็ดี ถ้าหมอช่วยไม่รอดมันก็หันไปเลย ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 36

เหตุผลรองลงมาคือ หมอรู้ดีกว่า คิดเป็นร้อยละ 16 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้หมอดูแลเอง เค้ารู้มากกว่าเรา เราแค่อาชีพหากิน ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 39

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแข็งแรง) ให้เหตุผลว่าเคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.82 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เขาเคยบอกไว้ ทำตามเขา เราไม่บาปใจ เราก็ดำเนินที่แล้ว ช่วยเขาดำเนินที่แล้ว ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 46

เหตุผลรองลงมาคือ สิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 13.64 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เป็นสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 56

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.1 ไม่มีผู้ตัดสินใจแทนรายใดเลือกตอบ

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.10 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ออกมาอยู่ที่ทรมาน ไม่มีอะไรดีขึ้น ถ้าป้อนแล้วอยู่ได้ไม่นานทรมานเปล่า ๆ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 62

เหตุผลรองลงมาคือ ถึงอย่างไรก็ตาย คิดเป็นร้อยละ 14.29 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าทำก็ตาย ไม่ทำก็ตาย ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 91

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยผู้ชีวิต ให้เหตุผลว่าเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.73 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ต่อไปสักเดือนก็ยังคงคิดว่า ถึงทำอะไรไม่ได้ ก็ขอให้อยู่ ชีวิตพ่อแม่หาไม่ได้แล้วอย่างอื่นเราหาได้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 61

เหตุผลรองลงมาคือ ช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.91 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไม่สามารถให้เสียชีวิตทั้งที่ยังสามารถช่วยได้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 96

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่าเชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ แพทย์เป็นผู้ทำการรักษา ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 100

เหตุผลรองลงมาคือ เชื่อการตัดสินใจของหมอ คิดเป็นร้อยละ 15.58 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูล
ที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“แพทย์ย่อมทราบดีกว่า การมีชีวิตอยู่จะทรมาณมากน้อยเพียงใด หากอยู่อย่างทรมาณมาก
ก็ควรตัดสินใจให้เขาไปอย่างสงบจะดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 104

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่
ผู้ป่วยเคยแข็งแรง) ให้เหตุผลว่า เคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ดังเช่นข้อมูลที่ให้
สัมภาษณ์ว่า

“แล้วแต่เจ้าตัวเค้าดีกว่า ตัดสินใจแทนเค้าไม่ได้ เพราะพื้นขึ้นมาเค้าก็ทรมาณมากกว่าเดิม ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 122

เหตุผลรองลงมาคือ สงสารและ สิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 5 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ สงสารเขา ทำตามที่เขาบอกไว้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 123

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.2 มีผู้ตัดสินใจแทนเพียง 2 ราย
ที่เลือกตอบขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง และขึ้นอยู่กับอายุ ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อาจจะขอความเห็นของญาติด้วย ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 140

“ ถ้าอายุมาก ไม่ต้องการป้อนหัวใจ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 154

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบ
ข้อ ก. ไม่ต้องช่วยชีวิตอีกต่อไป ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.55
ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไม่น่าจะให้อยู่ เพราะทรมาณ ทรมาณทั้งผู้ป่วยและคนเฝ้าและญาตินั่น ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 124

เหตุผลรองลงมาคือเพราะไม่มีประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 16.81 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์
ว่า

“ มันก็มีค่าเท่ากัน เหมือนกับช่วยแล้วไม่รอด ถ้าช่วยแล้วรอด ยังมีกำลังใจ แต่ถ้าช่วยแล้ว
อยู่กับที่เหมือนกับจะไม่รอด ไม่ช่วยดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 16

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. ช่วยผู้ชีวิต ให้เหตุผลว่า เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.33 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ไม่มีความเจ็บปวดอะไร ยังดี เรายังเห็นอยู่ เหมือนนอนหลับ ยังมีชีวิตอยู่กับเรา เป็นความรู้สึกดีที่ทำให้ไป ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 180

เหตุผลรองลงมาคือ ช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.85 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อยากช่วยจนสิ้นลมหายใจ ถึงจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 135

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่าเชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.81 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เพราะถึงอยู่ไปก็เป็นเจ้าหญิงนิทรา เพราะหมอรู้ว่าคนไข้จะอยู่ได้กี่ชั่วโมง จะรอดไม่รอด ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 159

เหตุผลรองลงมาคือ เชื่อการตัดสินใจของหมอ คิดเป็นร้อยละ 3.31 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เราช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว ต้องให้แพทย์ตัดสินใจ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 170

ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) ให้เหตุผลว่า เคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.56 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ แล้วแต่เขาตัดสินใจ ทำตามที่เขายกไว้ ถ้าเขาอยากอยู่กับลูกหลาน เราก็ดูแลเขาได้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 191

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 1 กรณีที่ 1.3 มีผู้ตัดสินใจแทนเพียง 1 ราย เลือกตอบขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของญาติ ๆ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 192

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ถอดเครื่องช่วยหายใจออก ให้เหตุผลว่าถึงอย่างไรก็ตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.13 ดังเช่นตัวอย่าง ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เมื่อแน่ใจว่าไม่มีโอกาสฟื้น หายใจด้วยตนเองไม่ได้ ก็เหมือนคนที่ตายไปแล้ว เพียงแต่มีเครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทน จำตัดสินใจให้ถอดเครื่องช่วยหายใจออก ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 210

เหตุผลรองลงมาคือไม่อยากให้ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 12.12 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“หมดโอกาสแล้ว นิทรารถลอคไปตามความเห็นของหมอ ถ้าเป็นอย่างนั้นควรให้เค้าพ้นทุกข์ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 201

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. รักษาต่อโดยใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป ให้เหตุผลว่าเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ให้เค้ามีชีวิตอยู่ก่อน เราพร้อมที่จะดูแล ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 222

เหตุผลรองลงมาคือ ช่วยถึงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.90 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ รอจนผู้ป่วยไปเองจะดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 224

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่าเชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.63 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เพราะว่าจะอะไร ๆ เราไม่ค่อยรู้เรื่อง ขึ้นอยู่ที่หมอ หมอรู้ดีทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งผิดปกติดะไรหมอก็อทราบ ใช่มั้ยคะ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 230

เหตุผลรองลงมาคือ เชื่อกำหนดตัดสินใจของหมอ คิดเป็นร้อยละ 6.25

ในสถานการณ์ที่ 2 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีผู้ป่วยเคยแข็งแรง) ให้เหตุผลว่าเคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.83 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ถ้าเขาสั่งไว้แบบไหน ก็ต้องเอาแบบนั้น คือให้เขาได้บายใจไป ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 224

เหตุผลรองลงมาคือสงสาร คิดเป็นร้อยละ 6.90 ดังเช่น ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ สงสารเขา ทำตามที่เขาบอกไว้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 235

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 2 มีผู้ตัดสินใจแทนเพียง 1 ราย เลือกตอบ ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ตามความคิดเห็นบรรดาพี่น้องก่อน ว่ายังไง ก็คงเอาตามความคิดเห็นในพี่น้องนั่นเอง ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 239

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจช่วย ให้เหตุผลว่าไม่อยากให้ทรมาณมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.71 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ทรมาณเขา ไม่รู้ว่าเป็นอย่างไร ไม่รู้ว่าคนตอบคำถามจะใจดำหรือไม่ แต่สะท้อนว่าถ้าเป็นเรา เรารองตอบ บอกอย่างนี้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 241

เหตุผลรองลงมาคือเพราะไม่มีประโยชน์ และ ถึงอย่างไรก็ตาย คิดเป็นร้อยละ 10.29 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เพราะว่า หมอรักษาแล้ว ถ้าใช้ก็ไม่กลับมาเหมือนเดิมแล้ว ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 248

“ ถึงไหน ๆ ก็ไม่รอด ไม่ช่วยดีกว่า ปล่อยไปดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 241

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. ใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย ให้เหตุผลว่า ยังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.19 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เผื่อรอด ต้องให้หมอช่วยก่อน เรารองไม่ทำให้เค้าตายง่าย ๆ เผื่อถ้าเรามีหวังสักสิบเปอร์เซ็นต์ ยี่สิบเปอร์เซ็นต์เราก็ตกลง ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 255

เหตุผลรองลงมาคือ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ให้เขามีชีวิตอยู่ก่อน เราพร้อมที่จะดูแล ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 254

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่าเชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.5 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ให้หมอทำ เพราะหมอกคิดว่าทำถูกแล้ว ไม่รู้จะช่วยอย่างไรแล้ว แล้วแต่หมอจะช่วย ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 255

เหตุผลรองลงมาคือ เชื่อการตัดสินใจของหมอ คิดเป็นร้อยละ 5 ดังเช่น ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“เขาตัดสินใจได้ดีกว่า ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 260

ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) ให้เหตุผลว่า เคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.04 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ผู้ป่วยน่าจะมีส่วนในการตัดสินใจในชีวิตของตน ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 261

เหตุผลรองลงมาคือสิทธิผู้ป่วยและ กลัวบาป คิดเป็นร้อยละ 7.41 ดังเช่น ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ จะตัดสินใจเองบางครั้งก็เป็นบาป ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 264

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตอบ ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้องร่วมด้วย ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ต้องตามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัว ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 264

จากตาราง 22 แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ก. ไม่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ให้เหตุผลว่าเพราะไม่มีประโยชน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.50 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ เพราะว่าไม่หายแล้ว ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 271

ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ข. ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ให้เหตุผลว่ายังมีโอกาสรอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.86 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ บางครั้งหมออาจรู้ว่าเค้าสามารถคืนชีพขึ้นมาได้ อยู่ได้ต่อไป จึงบอกให้ส่ง ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 271

เหตุผลรองลงมาคือ ยังมีโอกาสหาย คิดเป็นร้อยละ 10.23 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ บางครั้งถ้าไปหาหมออีกที่ อาจจะหายก็ได้ ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 272

ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ค. ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์/พยาบาล ให้เหตุผลว่าเชื่อฝีมือหมอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.34 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ อาจจะมีโอกาส แพทย์รู้อาการผู้ป่วยอยู่แล้ว ”

ผู้ตัดสินใจแทนหญิง รายที่ 274

เหตุผลรองลงมาคือ เชื่อการตัดสินใจของหมอ คิดเป็นร้อยละ 6.90 ดังเช่น ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ หมอเขาเป็นคนรับรักษา ให้เขาตัดสินใจเอง ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 275

ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ตัดสินใจแทนที่เลือกตอบข้อ ง. ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย(กรณีที่ผู้ป่วยเคยแจ้งไว้) ให้เหตุผลว่า เคารพการตัดสินใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 ดังเช่นข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ให้เจ้าตัวเขาตัดสินใจว่าเขาอยากอยู่ หรือไม่อยากอยู่ เพราะบางครั้งคนไข้ต้องช่วยตัดสินใจ ถ้าเขายังมีสติ ว่าอยากอยู่หรือไม่ อยากหายหรือไม่ ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 277

เหตุผลรองลงมาคือสิทธิผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 16.67

ส่วนทางเลือกอื่น ๆ ในสถานการณ์ที่ 4 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกตอบ ขึ้นอยู่กับคำรักษา คิดเป็นร้อยละ 62.5 ดังเช่นตัวอย่างข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ว่า

“ ขึ้นกับเงินในการรักษาถ้ามากเกินไป ไม่มีเงินพอ ก็จะไม่รักษาแต่ถ้ามีเงินพอก็จะรักษา ”

ผู้ตัดสินใจแทนชาย รายที่ 280

เหตุผลรองลงมาคือ ขึ้นอยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 25

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวจิรายุ เนื่อน้อย

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4457005

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2544
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2540

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลระแงะ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส