

ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

The Effects of the Counseling Process in Making a Living Wills

On the Anxiety of Terminally Ill Patients and Their Families.

(Received: August 6, 2024 ; Revised: August 11, 2024 ; Accepted: August 13, 2024)

จิระวดี พุทธาสมศรี¹, รัศมี จิตโหมมา², ชลการ ทรงศรี³

Jeerawadee Puttasomsree¹, Rutsamee Jitmoma², Chonlakarn Songsri³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลหลังการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 29 รายและผู้ดูแลหลัก 32 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล GAD7 ของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67-1 มีค่าความเชื่อมั่นของอัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 ศึกษาระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2567 โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาและการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบการทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.8 โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 58.6 ป่วยนานกว่า 6 เดือน ร้อยละ 41.4 ไม่เคยรู้จักการรักษาแบบประคับประคองร้อยละ 75.9 ไม่เคยรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 100 โดยผู้ป่วยร้อยละ 100 มีระดับความวิตกกังวลก่อนการให้คำทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 2.52 คะแนน (SD.=2.26) หลังการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 100 มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 0.24 คะแนน (SD.=0.58) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผู้ดูแลจำนวน 32 คน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 75.0 พบว่าผู้ดูแลไม่เคยรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 90.6 โดยก่อนการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ดูแลมีระดับความกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 93.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (SD.=3.15) หลังการทำพินัยกรรมชีวิตผู้ดูแลทุกคน ร้อยละ 100 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.44 คะแนน (SD.=0.72) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) หลังการทดลองผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการรักษาแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD.=0.36)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ความวิตกกังวล, พินัยกรรมชีวิต, การรักษาแบบประคับประคอง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study anxiety after making a living will of terminally ill patients and their families The study was conducted in a sample group. namely, 29 terminally ill patients and 32 of their caregivers The tools used to collect data include a Questionnaire for general information about the sample group, the Department of Mental Health's GAD7 Anxiety Assessment Scale, and satisfaction assessment of palliative treatment. The validity of the instruments was confirmed with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. while the satisfaction assessment instrument exhibited a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.84. Conduct research using counseling processes and living wills. between April - June 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative with pair t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

² นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author : Email noya2599@bcnu.ac.th

The results of the research found that most terminally ill patients were 50 years of age or older, 82.8%, with terminal illness of less than 6 months, and 58.6%, with terminal illness for more than 6 months. 41.4% of them had never known about palliative treatment, and 75.9% never knew about making a living will. 100% of patients had a low level of anxiety before making a living will, averaging 2.52 points (SD.=2.26). After making a living will, 100 percent of patients had low anxiety scores, with an average score of 0.24 points (SD. =0.58), a statistically significant decrease ($p<0.05$). The 32 caregivers were mostly under 50 years old 75.0% , and 90.6% of them had never known about making a life will, Before making a living will, the caregivers had a slight level of concern, 93.8%, and a moderate level, 6.2%, respectively, with an average score of 3.69 points (SD.=3.15). After making a living will they had a slight level of anxiety with 100 %. The average score was 0.44 points (SD.=0.72), Decreased with statistical significance ($p<0.05$) After the experiment, caregivers were satisfied with palliative treatment at a high level of 100 percent, with an average score of 4.71 points (SD.=0.36).

Keywords: Terminally ill patients, Anxiety. The living will, Palliative treatment

บทนำ

แพทย์สามารถรักษาโรคต่างๆให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นมากจากวิทยาการที่ก้าวหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังข้อมูลสถิติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนทั่วโลกที่มีจำนวนมากขึ้นด้วยทุกปีพบผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคน¹ ปัญหาที่ตามมาของผู้ป่วยเหล่านี้คือการต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ครอบครัวและญาติก็ได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยเช่นกัน และยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและประคับประคองจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตอีกด้วย²

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองเกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิตหรือสามารถเลือกการเสียชีวิตแบบสงบได้ด้วยตัวเองแล้วก็ตาม แต่ยังมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13 เท่านั้นที่เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคองหรือ จากการสำรวจโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์ในภาคอีสาน จำนวน 14 แห่ง พบว่าร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระยะท้ายของชีวิตแล้วซึ่งถือว่ามีจำนวนมากและพบต่อไปว่าใน

ICU มีผู้ป่วยระยะท้ายถึงร้อยละ 50 และในหอผู้ป่วยทั่วไปพบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและนอนรอความตายมีถึงร้อยละ 20 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองน้อยมากซึ่งส่งผลถึงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติอย่างมาก นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการบริหารทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาแบบปกติ ใช้เครื่องช่วยหายใจใช้ยาและทรัพยากรสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากทั้งที่โรคหรืออาการไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต (ทั้งค่ารักษา พยาบาล ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของผู้เสียชีวิต) มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคิดเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีครัวเรือนที่อาจจัดได้ว่าอยู่ใน 'สภาวะล้มละลาย' โดยที่มีค่าใช้จ่ายภายใน 1 ปี ก่อนเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ตลอดทั้งปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนที่มีฐานะยากจน³ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการรบกวนเฉลี่ยนาน 5 วัน มีต้นทุนค่าใช้จ่ายจากกิจกรรมการพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ

31,051.65 บาทต่อรายค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมีมูลค่าถึง 80,780 บาทต่อรายจากจำนวนวันนอนเฉลี่ย 29.5 วันต่อคน⁴

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนรักษาอาการรบกวนในโรงพยาบาลแล้วจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีต้นทุนในการรักษาและจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังครอบคลุมไปถึงการดูแลญาติพี่น้องของผู้ป่วยไม่ให้เศร้าโศกเสียใจจากการตายของผู้ป่วยด้วย ในประเทศแถบตะวันตก การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาบริการสาธารณสุขนั้นมีใช้กันอย่างแพร่หลายมานานแล้ว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (patient autonomy) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เมื่อต้องอยู่ในวาระท้ายของชีวิตโดยให้สิทธิ์แก่บุคคลในการเลือกที่จะตายโดยวิธีธรรมชาติไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือหรือเทคโนโลยีต่างๆ สิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระท้ายของชีวิต และมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จากแพทย์และพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีและถูกต้องในเรื่องสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม⁵

⁶ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความต้องการให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้แจ้งข้อมูลและเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้ายของตน เนื่องจากแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยังเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ⁷

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติพ.ศ. 2550 มาตราที่ 12⁸ มีการกำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระท้ายของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง รองศาสตราจารย์ พญ.ศรีเวียงไพโรจน์กุล กล่าวไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองคือรูปแบบองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ผสมผสานความรู้ทางสังคม วัฒนธรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหรืออาการที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่อาการของผู้ป่วยและสภาพร่างกายจะเอื้ออำนวยเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ในการรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถวางแผนการตายหรือการมีชีวิตก่อนตายที่สงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือที่เรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living will) และยังสามารถตัดสินใจเองได้ว่า จะยอมรับการหรือปฏิเสธการรักษาจากแพทย์เพื่อเพียงแคื่อยื้อชีวิตออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย ในประเทศไทยได้กำหนดเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีการบังคับใช้มากกว่า 10 ปีแล้ว ในมาตรา 12 กล่าวว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 120 เตียง เป็นแม่ข่ายการบริการสุขภาพ

ให้แก่พื้นที่ใกล้เคียง ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ได้ดำเนินการให้บริการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกโรค พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวสู่การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ลดความทรมานทางร่างกายและมีความสงบทางจิตใจเป็นอย่างมาก ในขณะที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยได้มีการเริ่มดำเนินการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในพินัยกรรมชีวิตเพื่อให้มีการดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยให้มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องเป็นผู้ประสานงานในการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตทั้งผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านด้วยความสมัครใจ⁹ ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลที่รับผิดชอบการดูแลประคับประคองและศูนย์ดูแลต่อเนื่องจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการนำกระบวนการทำพินัยกรรมชีวิตมาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปแบบเพื่อให้เกิดความสุขและสงบทางจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และลดปัญหาการแบกรับค่าใช้จ่ายของประเทศชาติภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวในเขตบริการของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One Group Pretest – Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยทุกโรคทุกโรคและผู้ป่วยหลักที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในศูนย์ชีวาภิบาลของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน 2567 ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากคำนวณจากสูตร G*power เลือกใช้สถิติเปรียบเทียบ T test โดยกำหนดค่า Effect size 0.5 ความคลาดเคลื่อน 0.05 ค่า power 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาด 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 30 คน แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะดำเนินการวิจัยจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 29 คน และทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า ญาติมีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายและยังผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้วโอกาสที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตก็ยิ่งน้อยลง¹⁰ ซึ่งในจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้มีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดและสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีก 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย การแจ้งข่าวร้าย การแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การแจ้งวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัว 2) การให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตซึ่งหมายถึงการทำหนังสือแสดงความประสงค์ที่จะรับหรือไม่รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิตเท่านั้น โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา การรับรู้เรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต
2. แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD7) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ (1)

รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย (2) ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลได้ (3) กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ (4) ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก (5) รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆ ได้ (6) กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย และ (7) รู้สึกกลัวเหมือนว่าจะมีอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน บางวัน เท่ากับ 1 คะแนน เกินกว่า 7 วัน ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา เท่ากับ 2 คะแนน และเกือบทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน เมื่อนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้ว มีการให้ค่าคะแนนดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย

10-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และควรทำแบบประเมินซ้ำในอีก

1-2 สัปดาห์

15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ประกอบด้วย พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีการให้คะแนน เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และแปลผลค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)¹¹

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ 1.) แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลของกรมสุขภาพจิตกังวล (GAD7) มาใช้ในการเก็บข้อมูลเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านมาตรฐาน 2) แบบประเมินความพึงพอใจ 3) กระบวนการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความชำนาญ ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาและหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลต่อเนื่องมา

เป็นเวลา 5 ปี 4) เอกสารแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษา หรือยินยอมกรรมชีวิต ผู้วิจัยใช้พินัยกรรมชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบความสอดคล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านระเบียบวิจัย 1 คน แพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 คน รวม 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง (IOC) 0.67 - 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลเฝ้าไร่ได้ค่าความเชื่อมั่น อัลฟาครอนบราค .84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความวิตกกังวลใช้สถิติ paired t test ความพึงพอใจวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 37/2567 เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่าในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตลง 1 รายจึงได้นำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนครบตลอดเวลาศึกษามาวิเคราะห์มีผลการวิจัยดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 16 คน ร้อยละ 55.2 เพศหญิง 13 คน ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 24 คน ร้อยละ 82.8 อายุไม่เกิน 50 ปีจำนวน 5 คน ร้อยละ 17.2 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสจำนวน 24 คน ร้อยละ 82.8 รองลงมาคือหม้ายจำนวน 4 คน ร้อยละ 13.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 23 คน ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 4 คน ร้อยละ 13.8 การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับจำนวน 7 คน ร้อยละ 24.1 รองลงมาคือมะเร็งปอดจำนวน 6 คน

ร้อยละ 20.7 ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 6 เดือนจำนวน 17 คน ร้อยละ 58.6 น้อยกว่า 6 เดือนจำนวน 12 คน ร้อยละ 41.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 22 คน ร้อยละ 75.9 รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 7 คน ร้อยละ 24.1 ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 29 คน ไม่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 100

การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

ในการทำพินัยกรรมชีวิต ผลการวิจัย พบว่า ก่อนให้คำปรึกษา ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.52 คะแนน (SD.=2.26) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 7 คะแนน และหลังให้คำปรึกษา ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.24 คะแนน (SD.=0.58) ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 2 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต (n=29)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (0-9 คะแนน)	29	100.0	29	100.0
มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	-	-	-	-
มีความวิตกกังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน)	-	-	-	-
Mean SD., Min, Max	2.52, 2.26, 0, 7		0.24, 0.58, 0, 2	

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$; 95% ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่าง = 1.49 ถึง 3.06) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำพินัยกรรมชีวิตก่อนและหลังให้คำปรึกษา

คะแนนความวิตกกังวล	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่างค่าเฉลี่ย	95%CI	t-test	P-value
ก่อนให้คำปรึกษา	29	2.52	2.26	2.28	1.49 ถึง 3.06	5.925	< 0.001
หลังให้คำปรึกษา	29	0.24	0.58				

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนผลการศึกษาในผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน ร้อยละ 81.3 เพศชาย 6 คน ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่อายุไม่เกิน 50 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 75.0 อายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 8 คน ร้อยละ 25.0 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส จำนวน 25 คน ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือโสด จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.6 ระดับการศึกษา

ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 13 คน ร้อยละ 40.6 รองลงมา คือประถมศึกษาจำนวน 12 คน ร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลหลักไม่รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 16 คน ร้อยละ 50.0 รู้จักการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 16 คน ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่รู้จักการทำ

พินัยกรรมชีวิต จำนวน 29 คน ร้อยละ 90.6 รู้จัก
การทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 3 คน ร้อยละ 9.4
ผลการประเมินความวิตกกังวล พบว่า ก่อนให้
คำปรึกษามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อย
ละ 93.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (SD.=3.15) ต่ำสุด 0
คะแนน และสูงสุด 11 คะแนน และหลังให้คำปรึกษา
ทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับ
เล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.44 คะแนน (SD.=0.72)
ต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 2 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก (n=32)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (0-9 คะแนน)	30	93.8	32	100.0
มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน)	2	6.2	-	-
มีความวิตกกังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน)	-	-	-	-
Mean, SD., Min , Max	3.69, 3.15, 0, 11		0.44, 0.72, 0, 2	

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลัง
การให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแล
หลัก พบว่า ก่อนให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนน
ความวิตกกังวล 3.69 คะแนน (S.D.=3.15) และหลัง
ให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล
0.44 คะแนน (S.D.=0.72) ผลการเปรียบเทียบ

คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
การให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่า
หลังการได้รับคำปรึกษา ผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (p-value < 0.001 ; 95% ช่วงเชื่อมั่นของความ
แตกต่าง = 2.18 ถึง 4.32) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก
ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนน ความวิตกกังวล	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	95%CI	t-test	P-value
ก่อนให้คำปรึกษา	32	3.69	3.15	3.25	2.18 ถึง 4.32	6.207	0.007*
หลังให้คำปรึกษา	32	0.44	0.72				

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การประเมินความพึงพอใจหลังการให้
คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก
การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังเข้า
ร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต
ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ประกอบด้วย
พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด

โดยมีการให้คะแนน เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน
ตามลำดับ และแปลผลค่าคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ
Best (1977) ผลการวิจัย พบว่า ทุกคน (ร้อยละ
100.0) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมี
คะแนนเฉลี่ย 4.71 คะแนน (SD.=0.36) คะแนน
ความพึงพอใจต่ำสุด 4.00 คะแนน และสูงสุด 5.00
คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจหลังการให้คำปรึกษาในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ดูแลหลัก (n=32)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.66)	-	-
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.67-3.66)	-	-
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	32	100.0
Mean, SD., Min , Max	4.71, 0.36, 4.00, 5.00	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาและการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการรักษาแบบประคับประคองและการให้คำปรึกษาพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับมาก ในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วยกระบวนการสื่อสารแจ้งข่าวร้ายแบบละมุนละม่อม โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย บอกให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ผู้ป่วยต้องได้เจอในอนาคต การรักษาที่สามารถกระทำได้รวมทั้งการพยากรณ์โรคที่ชัดเจนว่าสามารถรักษาได้หรือไม่ ตลอดจนระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ได้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและยอมรับสภาวะเจ็บป่วยของตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทำให้พวกเขายอมรับผลที่จะเกิดขึ้นตามมาและวางแผนการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาการให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กระบวนการรักษาตลอดจนเห็นถึงประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิตที่จะช่วยเพิ่มโอกาส ในการตัดสินใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและการเขียนพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Glick KL และคณะ¹² ที่พบทวนวรรณกรรมมากกว่า 15 เรื่องและพบว่าอุปสรรคต่อการทำหนังสือสั่งการ

รักษาล่วงหน้าคือผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจทำการกิจที่คั่งค้างและที่ยังห่วงกังวลอยู่ ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษาเหล่านี้ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติลดลงได้ และลดความขัดแย้งหรือไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวหรือตัวแทนและผู้ให้ข้อมูลและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barbara B.ott¹³ ที่พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตแก่กลุ่มตัวอย่างจะนำไปสู่การตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้การทำพินัยกรรมชีวิตนั้นเป็นการแสดงเจตจำนงทั้งที่เป็นเอกสารหรือด้วยวาจาในการรักษาไว้ล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เป็นการตัดสินใจในการใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายด้วยตัวผู้ป่วยเอง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้การปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยยังทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดเกี่ยวกับการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยน้อยลงและยังเป็นการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยจึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติหรือผู้ดูแลหลักลดลงอย่างชัดเจนเช่นกัน สอดคล้องกับลักษณะ สุวรรณ¹⁴ ที่พบว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ความเครียดจากการไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก็จะลดลง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยและญาติหลายคนที่เปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับความต้องการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย หลังจากได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสการรอดชีวิต โดยญาติและผู้ป่วยไม่ขอให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าผลของการช่วยชีวิตมีผลทำให้

สมองถูกทำลายและสูญเสียความทรงจำ¹⁵ เช่นเดียวกับ วราภรณ์ อ่อนอนงค์ ในปี 2561¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การตายอย่างสงบและลดความทุกข์ทรมานช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในระยะท้าย ดังนั้นเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ ทรมานและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด การให้การดูแลให้คำปรึกษาการบอกความจริงและแนวทางในการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติและช่วยเหลือในสิ่งที่ค้างคาใจซึ่งหมายถึงพันธกรรมชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลสามารถจะนำไปสู่วาระสุดท้ายที่สงบในที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ควรมีการเพิ่มพูนทักษะการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้เรื่องพันธกรรมชีวิตแก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลทุกแผนกหรือหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายต่อไป และควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่การแสดงเจตนาล่วงหน้าการรักษาพยาบาลในวาระท้ายของชีวิต และจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ควรให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลระยะท้ายและกาทำพันธกรรมชีวิตในผู้ป่วยและญาติทุกคนที่มาใช้บริการในศูนย์ชีวาภิบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังการทำพันธกรรมชีวิตและติดตามผลกระทบในผู้ป่วยที่ได้มีการทำพันธกรรมชีวิตแล้วมีอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการรบกวนมากน้อยเพียงใดเพื่อประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาในระยะสุดท้ายและมีอัตราการตายอย่างสงบที่แท้จริงมากน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Health Organization (2002). National cancer control programs: Policies and managerial guidelines, WHO definition of palliative care.2nd ed [Cited 2024 March 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 2.เทพวิศุทธิ์ เตชะสมบุญระกิจ และคณะ. การศึกษาแนวคิดการสร้างการรับรู้และการทำพันธกรรมชีวิต (Living will). สถาบันพระปกเกล้า. เอกสารวิชาการกลุ่ม (หลักสูตรการบริหารงานภาครัฐและกฎหมายมหาชน) ; รุ่นที่ 20 (2564) [Cited 2024 March 10]. Available from: <https://kpi-lib.com/library/books/kpibook-28793/>
- 3.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, มติชนออนไลน์, 3/12/2560) [Cited 2024 March 10]. Available from: <https://www.tcijthai.com/news/2018/01/scoop/8109>
- 4.ปิยวดี ศุภสารและวาสนี วิเศษฤทธิ์. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์, วารสารทหารบก. 2561 กันยายน – ธันวาคม; 19 (ฉบับพิเศษ): 158-165.
- 5.Yun, Y. H., Lee, C. G., Kim, S. Y., Lee, S. W., Heo, D. S., Kim, J. S., ... & You, C. H. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. Journal of Clinical Oncology. 2004; 22(2): 307-314.

- 6.Sittisombut, S., & Inthong, S.. Surrogate decision-maker for End-of-Life care in terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *International Journal of Nursing Practice*, 2009; 15(2): 119-125.
- 7.Zhou, D. N. P., Jill, C., Parks, M. D., & Susan, M. (2010). Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2010; 37(6): E400-E410.
- 8.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดสิทธิการตายอย่างธรรมชาติ กรณีกฎกระทรวงตาม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ. ศ.2550. กรุงเทพฯ: 3 ดีพรีนติ้งอีคิวปเมนต์, 2558.
- 9.สรุปข้อมูลศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย. เอกสารอัดสำเนา.หนองคาย, 2566.
10. พคิน ภูริธรรมโชติ. ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาล บรือ.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560 ตุลาคม- มีนาคม; 1(1): 39-50.
- 11.Best, J.W. Research in Education. (3 rd ed) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.
- 12.Glick KL. Advance directives: barriers to completion. *The Journal of the New York State Nurses' Association*. 1998 Mar; 29(1): 4-8
- 13.Ott BB. Views of African American Nursing Home residents about living wills. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*. 2008 Mar-Apr; 29(2): 117-24
- 14.ลักษณะ สุวรรณนิล. ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะ สุดท้าย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
- 15.พัชรี ชูทิพย์, การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. . บัณฑิตวิทยาลัย; คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547. [Cited 2024 March 10]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/860/simple-search?filterquery29&filtername=subject&filtertype>equals>
- 16.วรภรณ์ อ่อนนงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561. [Cited 2024 March 10]. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5914032080_7795_10425.pdf