



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ในผู้ที่เป็นมะเร็ง

อิทธิพงษ์ มุณีโน* สุริพร ธนศิลป์** และ นพมาศ พัดทอง***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคมกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และรับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีค่า KR-20 เท่ากับ .81 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .90 และ .89 (ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 เป็นผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิต 67 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 และผู้ที่เป็นมะเร็งที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 โดยส่วนใหญ่ทำด้วยวิธีการบอกกล่าวร้อยละ 49.2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ความรุนแรงของอาการ และความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ($OR= 2.63, 7.59, 1.05, 1.79$ ตามลำดับ, $p<.05$) และปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตลดลง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ($OR= 0.87, p<.05$)

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต/ ผู้ที่เป็นมะเร็ง

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(1) : 39-52

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Living will in Persons with Cancer.

Athipong Muneeno* Sureporn Thanasilp** and Noppamat Pudtong***

Abstract

Purpose: Aimed to examine the living will in persons with cancer and the relationships between age, stage of disease, symptom severity, knowledge on living will, death anxiety, social support, and the living will in persons with cancer.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The sample group consisted of 180 individuals who have been diagnosed with cancer and received services at the cancer outpatient department of tertiary hospitals in the Bangkok metropolitan area. The research tools including the personal information questionnaire, Questionnaire for making a living will, the knowledge assessment form about making a living will have had a KR-20 value of .81. The severity of symptoms Questionnaire, Death Anxiety Questionnaire and social support questionnaire have had Cronbach's alpha coefficients were .88, .90, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and logistic regression.

Results: The research results found that the sample group was 180 people with cancer who made a living will 67 people with accounting for 37.2 percent, and people with cancer who did not make a living will 113 people with accounting for 62.8 percent. The majority doing it by means of notification 49.2 percent. Factors that cause more people with cancer to make living wills include people aged 60 years and over with advanced stage cancer, severity of symptoms, and knowledge about making a living will (OR= 2.63, 7.59, 1.05, 1.79 respectively, $p < .05$) and factors that cause people with cancer to make a living will to decrease was anxiety about death (OR= 0.87, $p < .05$).

Keywords: Living wills/ Persons with cancer.

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(1) : 39-52

Article info: received December 4, 2023; revised March 18, 2024; accepted March 27, 2024

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Associate professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor.

*** Corresponding Author, Assistance Professor, Member of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research CO-Advisor.

E-mail: noppamat.p@chula.ac.th



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคนและพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี¹ พบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 2,949 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 3,441 ราย ในปี พ.ศ.2560² และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต

โรคมะเร็งเกิดจากการเจริญผิดปกติของเซลล์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย หากพบในระยะแรกอาจรักษาหายขาด แต่เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของโรคมักจะเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และความทุกข์ทางใจ ทำให้ผู้ป่วยหวาดผวา และกลัวตาย โดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และยังคงมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้หายได้³ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงทำทุกวิถีทางเพื่อให้บุคคลอื่นเป็นที่รักหายจากโรคมะเร็งหรือมีชีวิตให้ยาวนานที่สุด แม้ต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากหรือยอมเป็นหนี้สินเพื่อเอาเงินมาใช้ในการรักษาตัว สิ่งเหล่านี้ถือเป็นความคาดหวังของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ซึ่งได้ระบุถึงสิทธิของประชาชนไทยประการหนึ่งว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยได้” สิทธิของบุคคลที่จะแสดงเจตนาล่วงหน้าว่า เมื่อตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว จะไม่ขอยื้อชีวิตจากเครื่องมือ

หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ แต่จะขอจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ โดยบุคคลนั้นจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความทรมานจนถึงลมหายใจสุดท้าย เรียกว่า การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive) หรือ พินัยกรรมชีวิต (living will)⁴ พินัยกรรมชีวิตเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การรักษายาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย บุคคลตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถเขียนพินัยกรรมชีวิตได้ด้วยตนเองเป็นลายลักษณ์อักษรหรือบอกกล่าวให้ผู้อื่นเขียนให้ หรือโดยการแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน และมีการลงนามของเจ้าของพินัยกรรมใจความสำคัญของพินัยกรรมชีวิต ประกอบด้วย ชื่อเจ้าของพินัยกรรมชีวิต เจตนาเกี่ยวกับการรักษา ความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต และยังรวมถึงการจัดการร่างกายและสิ่งต่าง ๆ หลังการเสียชีวิต การทำพินัยกรรมชีวิตช่วยลดการรักษามากเกินประโยชน์ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวสามารถทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการผลักดันให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร แต่อย่างไรก็ตามกลับยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เป็นเรื่องที่ยากและท้าทายต่อการนำมาใช้ในระบบสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากเรื่องของพื้นฐานของวัฒนธรรม ความเชื่อ หลายคนมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยเพราะเป็นกลางร้าย จึงหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง และมักไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต⁴ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย มักมีประเด็นที่พบบ่อยที่สุดคือ การยื้อชีวิตหรือไม่ยื้อชีวิต เพราะในระยะนี้บางครั้งผู้ป่วยอาจตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องมีครอบครัว และทีมสุขภาพ



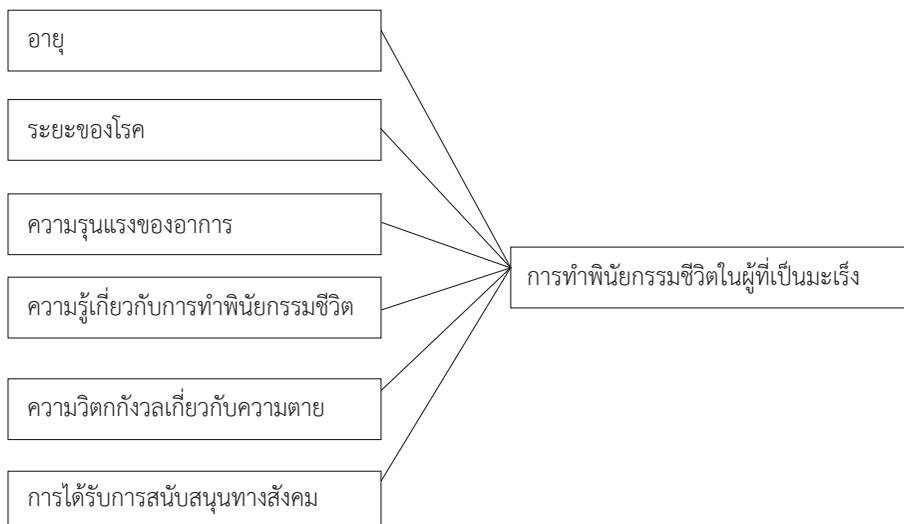
เข้ามาเกี่ยวข้อง พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นตัวกลางประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เป็นผู้ปกป้องให้ผู้ป่วยสามารถมีสิทธิตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และรักษาไว้ซึ่งสิทธิของผู้ป่วย⁶ ทั้งยังสามารถส่งเสริมให้การทำกิจกรรมชีวิตเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมชีวิต⁷

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการทำกิจกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อย ที่ผ่านมามีการศึกษาในเฉพาะบุคคลทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรมอันได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรในการศึกษา เพื่อเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้ให้

บุคคลทั่วไป ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีการทำกิจกรรมชีวิตมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามเจตนาที่แสดงไว้ในกิจกรรมชีวิตจนจบจนที่วาระสุดท้ายมาจนถึงนำไปสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ 1) อายุ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการทำกิจกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุ 18-59 ปี 17.33 เท่า⁸ 2) ระยะของโรค ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำกิจกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม⁹ 3) ความรุนแรงของอาการ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 75 มีการทำกิจกรรมชีวิตมากขึ้น 4) ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมชีวิต มีการทำกิจกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



การทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ 15.06 เท่า 5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีกังวลเกี่ยวกับการตายสูงจะทำพินัยกรรมชีวิตน้อย 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬารามณ์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึง มิถุนายน 2566

นิยามศัพท์

1. การทำพินัยกรรมชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตัวเอง บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต วัตจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือของ Rodenbach และคณะ (2021)¹⁰ แปลค่าเป็น “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต

2. อายุ หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม เป็นแบบบันทึกที่ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง ออกแบบโดยผู้วิจัย

3. ระยะของโรคมะเร็ง หมายถึง ตัวเลขที่บ่งบอกความรุนแรงและการลุกลามของโรคซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4

4. ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบายหรือความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับ 9 อาการ คือ ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย โดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen and Udom-subpayakul (2011)¹¹ คะแนนมากหมายถึงความรุนแรงของอาการมาก

5. ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต หมายถึง ความจำ ความเข้าใจของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการพินัยกรรมชีวิต วัดโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตพัฒนาโดย วันนัพร พิพัฒน์ธนะวงศ์ (2011)¹²



6. **ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อความรู้สึกหวาดหวั่นหรือหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงการเสียชีวิตและ/หรือ ความรู้สึกหวาดกลัวถึงกระบวนการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อถึงเวลาเสียชีวิต วัดได้จากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยแบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ของ Conte และคณะ (1982)¹³ ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴

7. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็ง ต่อการได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จาก บิดา มารดา คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ วัดโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ฉบับแปลภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988)¹⁵

8. **ผู้ที่เป็นมะเร็ง** หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ให้คำวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ประเมินได้จากข้อกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศ สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยที่เข้ามารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือน

กุมภาพันธ์ 2566 ถึง มิถุนายน 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากทฤษฎีการวิเคราะห์โดยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) โดย กัลยา วานิชย์บัญชา (2549)¹⁶ ที่ให้กำหนดขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ซึ่งเพียงพอในการตอบคำถามการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจนครบตามจำนวนจึงไม่ได้มีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเองด้วย MMSE-Thai 2002 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนน ≤ 14 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 17 และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนน ≤ 22 จะถือว่ามีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ
- 3) รับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
- 4) สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 5) ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion criteria; 1) เกิดภาวะแทรกซ้อน จนผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบประเมิน จนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Rodenbach และคณะ (2021)¹⁰ โดยเป็นลักษณะข้อความคำถามเลือกตอบเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง มีสเกลการวัดเป็นนามบัญญัติ 2 ระดับ คือ “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้ว 1.1) ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง 1.2) บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร 1.3) ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda และคณะ (2011)¹¹ ประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการ ซึ่งระดับความรุนแรงของแต่ละอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน ช่วงค่าคะแนน 0-90 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0-30 หมายถึง ความรุนแรงของอาการต่ำ 31-60 หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ปานกลาง 61-90 หมายถึง ความรุนแรงของอาการสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต สร้างโดย วณิชพร พิพัฒน์ธนวรงค์ (2011)¹³ เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้คะแนนโดยการคิดเป็นคะแนนดิบหากตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนน แปลผลคะแนน 0-2 = มีความรู้ต่ำ 3-5 = มีความรู้ปานกลาง 6-8 = มีความรู้สูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson 20(KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) สร้างโดย Conte และคณะ (1982)¹⁵ ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴ ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) ให้คะแนน แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน แปลผลคะแนน คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 15-45 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ part 2) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988)¹⁵ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 0-4 คะแนน คำถามจำนวน 7 ข้อ แปลผลระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 0-9 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ 10-19 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 20-28 คะแนนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ COA No. 1732/2022 IRB No. 0673/65 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2565 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ COA. MURAMA2022/756 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ EC 083/2565 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะ



ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ มีการรักษาความเป็นส่วนตัวโดยจัดสถานที่ที่มิดชิดในการทำแบบสอบถาม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬารณีย์ ราชวิทยาลัยจุฬารณีย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งใน 3 โรงพยาบาลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 ในเวลาราชการ วันจันทร์-ศุกร์ตั้งแต่เวลา 8.00 น.-15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอเรียกชื่อพบแพทย์

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติตามรายชื่อที่พยาบาลประจำแผนกมอบให้ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอม และทำการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง แต่หากไม่สะดวกผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 25-30 นาที

3. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงผิดปกติ ที่ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปได้ และให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 180 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

อธิบายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลตัวแปรปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และการทำพินัยกรรมชีวิต โดยการแจกแจงค่า ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตามระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) นำเสนอ odd ratio (OR) ในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยที่สุด คือ 23 ปี และที่อายุมากที่สุด คือ 79 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี (SD = 12.47) เกินกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 27.8 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด สามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 28.4 ร้อยละ 20.5 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเจ็บป่วยในระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 51.7 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 61.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียง ร้อยละ 37.2 ด้วยวิธีการ



บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นจำนวนร้อยละ 18.3

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งมีดังนี้

อายุ โดยผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี) 2.63 เท่า (OR = 2.63, 95% CI = 1.07-6.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะของโรคมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น 7.59 เท่า (OR = 7.59, 95% CI = 2.31-24.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรุนแรงของอาการ กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมาก

ขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05, 95% CI = 1.02-1.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79, 95% CI = 1.36-2.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กล่าวคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลงร้อยละ 13 (OR = 0.87, 95% CI = 0.82-0.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (OR = 0.97, 95% CI = 0.87-1.08)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (n=180)

ตัวแปรต้น	b	S.E.	Z	Sig.	Odd Ratio (95% CI)
อายุ					
วัยสูงอายุ (>60 ปี) (กลุ่มอ้างอิง: วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี))	0.97	0.46	2.11	0.03	2.63 (1.07-6.45)
ระยะของโรคมะเร็ง					
ระยะลุกลาม (กลุ่มอ้างอิง: ระยะเริ่มต้น)	2.03	0.61	3.34	<.001	7.59 (2.31-24.92)
ความรุนแรงของอาการ	0.04	0.01	3.30	<.001	1.05 (1.02-1.07)
ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต	0.58	0.14	4.19	<.001	1.79 (1.36-2.36)
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	-0.14	0.03	-4.68	<.001	0.87 (0.82-0.92)
การสนับสนุนทางสังคม	-0.03	0.05	-0.57	0.56	0.97 (0.87-1.08)

Nagelkerke R^2 = .625



อภิปรายผล

การศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงร้อยละ 37.2 โดยที่รูปแบบการทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ยังคงทำโดยการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 49.25 ข้อมูลส่วนนี้ทำให้เห็นว่าการทำพินัยกรรมชีวิตในบริบทของสังคมไทยนั้น มีอิทธิพลของบุคคลรอบข้างเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยจึงต้องการการดูแลจากครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษา การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 62.8 เหตุผลเนื่องจากไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 73.4 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อาจยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างเพียงพอ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2559)¹⁷ ที่พบว่าในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 57.1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งมีความแตกต่างออกไปจากผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต อีกทั้งการใช้พินัยกรรมชีวิตก็ยังไม่แพร่หลายอาจเพราะเป็นเรื่องใหม่และงานวิจัยที่เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อยส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากอาจยังไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน¹⁸

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) กล่าวคือ หากผู้ที่เป็นมะเร็งยังมีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้ม

ทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นสะท้อนถึงการผ่านประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและบุคคลรอบข้างมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเผชิญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดีกว่า อีกทั้งวัยสูงอายุมีการรับรู้ถึงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าค่อย ๆ น้อยลงในทุก ๆ ปี ทำให้ช่วงวัยนี้เริ่มวางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายหรือช่วงสุดท้ายของชีวิต ส่วนกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ซึ่งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่า อธิบายได้ว่าปัจจุบันสามารถพบโรคมะเร็งในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลงและมีการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น อีกทั้งเป็นช่วงวัยของการทำงาน ยังมีภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงเป็นเหตุให้ต้องการรักษาที่เต็มที่และหวังผลการรักษาที่หายขาด จึงทำให้ยังไม่ได้คิดถึงเรื่องของความตายและทำพินัยกรรมชีวิตน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynn et al. (2016)⁹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 18-59 ปี

ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม จะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น เนื่องจากโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นมีโอกาสที่จะรักษามากกว่า ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้นมักมีความคาดหวังสูงที่จะหายจากโรค และยอมรับการรักษาทุกรูปแบบ จึงไม่อยากจะถึงเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต ในขณะที่ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามผ่านการเจ็บป่วยมาระยะหนึ่งผู้ป่วยมีการปรับตัว หากผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดี จะยอมรับการเป็นโรคมองในแง่ดีว่าจะสามารถจัดการได้ จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของการแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนทั้งจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและบุคคลในครอบครัว ทำให้มีผลลัพธ์ต่อการปรับตัวที่ดี⁴ อีกทั้งได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองซึ่งนำมาใช้ร่วมกับการรักษามากขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ (2017)⁸ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม



ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยเมื่อความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่ว่าจะอาการปวด อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นสอดคล้องไปกับระยะของโรคที่มากขึ้น เช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนมากอยู่ในมะเร็งระยะลุกลาม ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจหรือยอมรับการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง กล่าวคือเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.6 และในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในระดับปานกลางร้อยละ 46 และระดับต่ำร้อยละ 29.2 ซึ่งทำให้เห็นความสอดคล้องกันของความสัมพันธ์อย่างชัดเจน หากผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษานั้นจะต้องรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค แนวทางการรักษาที่ก่อนเสมอ และรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในปัจจุบัน จึงสามารถพิจารณาเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ ในขณะเดียวกันถ้าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความรู้และเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตว่าคืออะไร การทำพินัยกรรมชีวิตจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่ทำอย่างไร ก็จะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูงขึ้นจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตลดลงร้อยละ 13 (OR= 0.87) อธิบายได้ว่า เมื่อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับที่สูงขึ้นนั้น จะส่งผลให้กระบวนการคิด การตัดสินใจบกพร่องไป จะมุ่งสนใจที่อาการกังวลของตนเองเป็นหลัก แต่ถ้าหากสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้แล้ว กระบวนการรู้คิดและตัดสินใจจะดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับการวางแผนในชีวิตส่วนที่สำคัญๆ และเมื่อมีวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำ ก็จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ในการศึกษาี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ เป็นไปได้ว่าจากที่ในปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของอาการให้คงที่ได้ นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษามากกว่า 1 ปี ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับข้อมูลของโรคและการรักษามาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง ส่งผลให้สามารถปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญกับความกลัวหรือแม้แต่เรื่องของความตายที่อาจจะใกล้เข้ามาได้ดี¹⁵ ผู้ที่เป็นมะเร็งจึงสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับสภาพความจริงของการเจ็บป่วยได้ ไม่เกิดความวิตกกังวลหรือหมกมุ่นกับความกลัวความตายที่อาจเข้ามาใกล้ เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่อาจจะเกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจความหมายของการเกิด การมีชีวิต และการตายของตนเองได้ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติต่อความตายในทางที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายได้ดีขึ้นทำให้สามารถยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้¹⁵

ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการยอมรับและทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ผู้ที่มีความกังวลในระดับสูงต้องการการดูแลสุขภาพียืดอายุมากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง และทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่อความตายต่ำกว่า ความวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในระดับสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งความสนใจของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลในระยะท้ายไม่ประสบความสำเร็จ



บทสรุป

พยาบาลสามารถแสดงบทบาทในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ในการได้ตัดสินใจและแสดงความต้องการของตนเองในรักษา ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และการทำพินัยกรรมชีวิตก็เป็นเครื่องมือการสื่อสารที่สำคัญ ในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ที่เป็นตัวแทนแสดงความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจในปัจจัย อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อพัฒนาสู่แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น และได้รับการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เป็นไปตามความต้องการที่ได้แสดงเจตนาไว้ได้มากที่สุด ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นแค่ส่วนหนึ่งจากหลาย ๆ ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ซึ่งต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งมีการสอบถามที่เกี่ยวกับความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว เป็นเรื่องที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความกังวลและเสียดายที่จะเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทย ที่เมื่อกล่าวหรือถามถึงเรื่องความตายหรือการวางแผนเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องไม่มงคลไม่ควรพูดถึง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้นการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในบางครั้งต้องได้รับการยินยอมและการตัดสินใจของญาติเข้ามาเกี่ยวข้องและพบว่าญาติขอปฏิเสธไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากมีความไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม จึงเห็นได้ว่าการที่จะได้ข้อมูลที่ตีในเรื่องนี้ควรได้รับความยินยอมของผู้ป่วยโดยที่ญาติต้องเห็นชอบด้วย

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีระบบการดูแลแบบประคับประคองในเชิงรุกในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคร้ายแรง มีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมากขึ้น ถึงกระนั้นสถิติการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีน้อย และยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องศึกษาหาแนวทางพัฒนาให้การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นที่รู้จัก เข้าใจ และยอมรับอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยส่วนหนึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้อย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตามมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่อาจมาถึงในอนาคตได้ด้วยจิตใจที่สงบ ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าตั้งแต่พบว่า เป็นโรคมะเร็งตั้งแต่วาระเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีเวลาในการเตรียมตัวและวางแผนเกี่ยวกับการรักษา และการใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการพยาบาลเพื่อลดและบรรเทาความรุนแรงของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็ง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตก็มีโอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตสูงขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นปัจจัยที่น่าสนใจ จึงควรศึกษาในเชิงทดลองเพื่อทดสอบผลของการให้ความรู้ความเข้าใจต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต



References

1. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. Annual report 2018. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2018. 100 p.
2. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, National Cancer Institute. Annual report 2017. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. 2017. 122 p.
3. Introntakun K, Thanasilp S, Supametaporn P. Experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers. *J Nursing Science Chulalongkorn University* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20];35(2):12-23. Available form: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/265757/179281>. [In Thai]
4. Sawaeng B. Letter of intent regarding medical treatment at the end of life. Bangkok: National Health Commission Office (NHCO); 2009.
5. Thompson TD, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med*. 2003;5:403-9.
6. Thingakrue B, Siri P, Phumson N, Ruangtong I. The Role of nurses in ethical decision-making for end-of-life cancer patients: Withholding or withdrawing life-sustaining Interventions. *J Nursing Science Chulalongkorn University* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 2];35(3):1-12. Available form: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/267881/180824> [In Thai]
7. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2016 May 12 [cited 2024 Mar 25];28(4):456-69. Available form: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/c/3q5j6g/viewer/pdf/magmnpv37r> doi: 10.1093/intqhc/mzw060
8. Kim S, Koh S, Park K, Kim J. End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient-caregiver dyads. *Palliative and Supportive Care* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2024 Mar 25];15(1):77-87. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=b881655f-4569-3119-b87a-38f306cd6a1a>
9. Lynn T, Curtis A, Lagerwey MD. Association between attitude toward death and completion of advance directives. *Omega* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2024 Mar 25];74(2):193-211. Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=f5350548-8cbb-3ae2-8d1c-26751bb6eaab>
10. Rodenbach RA, Althouse AD, Schenker Y, Smith TJ, Chu E, White DB, et al.. Relationships Between Advanced Cancer Patients' Worry About Dying and Illness Understanding, Treatment Preferences, and Advance Care Planning. *J. Pain Symptom Manage* 2021;61(4): 723-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004>



11. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage* 2011;42(6):954-60.doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
12. Phiphattanawong W. Factors related to the decision to make an advance letter of intent regarding treatment at the end of life. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. [In Thai]
13. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1982 Jan 1 [cited 2024 Mar 25];43(4):775-85.Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=e97bde92-4b22-3e93-916b-5fb5b9514e32>
14. Maliwon K. Factors associated with acceptance of death in patients with advanced cancer. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. [In Thai]
15. Hanucharunkul S. Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand [dissertation on the Internet]. Wayne State University; 1998 Jan 1 [cited 2024 Mar 25]; Available from: <https://research-ebSCO-com.chula.idm.oclc.org/linkprocessor/plink?id=f6a4b8f2-7062-3885-973d-8831def0dafb>
16. Wanichbancha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. [In Thai]
17. Phurithummachote P. Attitudes towards making a life will and factors affecting the decision to make a life will of patients at Borabue Hospital. *Acad J Mahasarakham Provincial Public Health Office* [Internet]. 2016 [cited Feb 2];1(1):39-52. Available form: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/7407> [In Thai]
18. Supavadee W. Factors affecting the expressing of intent in advance to exercise the right to die peacefully at the end of life in the elderly. Bangkok: Kasetsart University Press; 2003. [In Thai]