

ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย Palliative Care to Cancer Patients: The Effects of a Systematic Advance Care Planning on the Refusal of End of Life-Sustaining Treatment

ประไพ บุญมรดก^{1*} และ โสเพ็ญ ชุนวาล²

Prapai Boonmorakot^{1*} and Sopen Chunuan²

โรงพยาบาลหาดใหญ่¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา²
Hatyai Hospital¹, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla²

(Received: September 11, 2021; Revised: January 28, 2022; Accepted: February 07, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายรายข้อระหว่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและพักรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562-กันยายน 2563 จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบสอบถามความต้องการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต 2) คู่มือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าระหว่าง .67 – 1.00 และหาค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .91 สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 [$t=-7.07$]

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องพยุงชีพที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ

ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองควรให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแผนการดูแลด้วยตนเองตามความต้องการเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ, การปฏิเสธการยืดชีวิต, การดูแลประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pboonmorakot@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9607852)

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were: 1) to compare the decision-making to refuse life-sustaining treatment between cancer patients who had received conventional palliative care and cancer patients who had received palliative care along with a systematic advance care planning, and 2) to compare the refusal of life-sustaining equipment/medication between experimental group and control group. The purposive sample was 60 cancer patients who received palliative care at Hatyai hospital from August 2019, to September 2020. The instruments were: 1) a questionnaire on end-of-life care needs, 2) a systematic advance care planning manual. Content validity was examined by 3 experts. Test-retest reliability was assessed in 20 palliative cancer patients, yielding a correlation coefficient of 0.91.

The results were as follows.

1. The cancer patients who received palliative care along with systematic advance care planning had statistically significant higher average scores on the refusal of life-sustaining treatment than patients who received the conventional care plan ($t=-7.07$ $p<.001$).

2. Participants from the experimental group refused higher than the control group, with statistical significance ($p<.01$ and $p<.001$), the endotracheal tube, isotropy medication, non-beneficial antibiotics or fluids, and inserting nasogastric tube. In addition, most of the participants from the experimental group statistically significantly expressed the desire to withdrawal life-sustaining treatment and to die at home, higher than the control group ($p<.05$ and $p<.001$, respectively).

Systematic care planning might be implemented with the agreement and collaboration from patients, so to avoid therapeutic obstinacy and, therefore, to improve quality of the end-of-life among cancer patients in palliative care units.

Keywords: End-of-Life, Cancer Patients, Systematic Advance Care Planning, Palliative Care, Refusal of Life-Sustaining Treatment

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากขึ้นทุกปี ในปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนมากถึง 170,495 ราย (Sanguanraksa, 2019) และในปี 2558-2562 พบว่ามีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดอัตรา 36.66 ต่อแสนประชากร (Strategy and Planning Division, 2019) พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งอัตรา 117.7 ต่อแสนประชากร (Pokpermddee, 2020) ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายอาการทางคลินิกจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการรักษาแบบประคับประคองให้ได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรักษาภาวะที่สามารถจัดการได้และการดูแลด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาอาการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการยืดชีวิต (Pairojkul, 2017)

ความตายในยุคปัจจุบันมีความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพและมีระยะห่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ การเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ของความตายจึงเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อความตายมาถึงมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยการรักษาที่เกินพอดี ไม่ทุกข์ทรมาน ได้อยู่กับครอบครัว (Kunsongkeit, 2013) ได้รับรู้ข้อมูลตรงจริง และมีโอกาสได้กำหนดแผนการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเอง (Vasmalenon, 2015; National Health Omission Office, 2017) ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิตามกฎหมายที่จะกำหนดแผนการรักษาหรือแสดงความประสงค์ไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ

ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (Booonchalermvipas, 2015) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลรักษาหรือได้ทำหนังสือแสดงเจตนาเอาไว้ มักจะได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็นและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้ท่อช่วยหายใจ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยางหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็น การเข้ารักษาในไอซียู การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียน การเจาะคอ การฟอกเลือดล้างไต หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ (Morkhareonpong, 2017; National Health Omission Office, 2017) ดังการศึกษาของ Pairojkul (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 45.7 ได้รับการรักษาที่รุกรานต้องใช้เครื่องฟุ้งชีพ และต้องเข้ารักษาตัวในไอซียู

การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสื่อสารสนทนาเพื่อกำหนดแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ (National Health Omission Office, 2020) เป็นการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาการรักษาคือเป็นการยืดการตาย (Life Sustain Treatment) เป็นการกำหนดแผนการดูแลสำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสื่อสารเพื่อตัดสินใจร่วมกัน (Pairojkul, 2017; Sriratanaban, 2018; Charkaeow, 2013; Tipkanjanaraykha, Saleekul, Apisitwasana, & Thiammok, 2017) องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (patient and family preference) เป็นความต้องการหรือสิ่งที่ผู้ป่วยหมายหลักของผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance directive) เป็นหนังสือแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่บอกความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ (Nagaviroj, 2017) การวางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ

การพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเพราะมีเรื่องความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมไทยมีความเชื่อว่าการพูดถึงการตายเป็นเรื่องอัปมงคล ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นเป็นตอน (Siriloadjanamanee, Soivong & Phornphibul, 2019) ผู้สื่อสารจะต้องมีเจตคติที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจ มีท่าทางที่เป็นมิตรทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นจนเกิดเป็นความไว้วางใจ เชื่อถือและศรัทธา (Tipkanjanaraykha, Saleekul, Apisitwasana, & Thiammok, 2017) การพูดคุยและสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านระยะสุดท้ายของชีวิตจากช่วงรักษาให้ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพจนกระทั่งเสียชีวิต (Akkayakorn, 2017) รวมทั้งช่วยปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ต้องการ ที่ผ่านมามูลค่าการทางการแพทย์มักจะมีควมวิตกกังวลเมื่อต้องพูดคุยเรื่องที่ยากนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งทำให้มีการหลีกเลี่ยงการพูดคุย (Pairojkul, 2017) จากการศึกษาของ Akkadechanunt & Phornphibul (2018) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลระดับประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงขึ้น แต่พบว่ยังไม่มียารละเอียดและขั้นตอนของวิธีการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีจุดเน้นสำคัญคือผู้ป่วยได้การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในปี 2560 จำนวน 160 รายพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 44.37 ที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนและได้เลือกการรักษาเพื่อการยืดชีวิตถึงร้อยละ 30 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Klinmalee (2016) ที่พบว่าผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษาที่ยืดชีวิตร้อยละ 37.5 ผู้วิจัยเป็นทีมสุขภาพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการเลือกปฏิเสธการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะท้ายด้วยตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินโรคและได้มีชีวิตในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

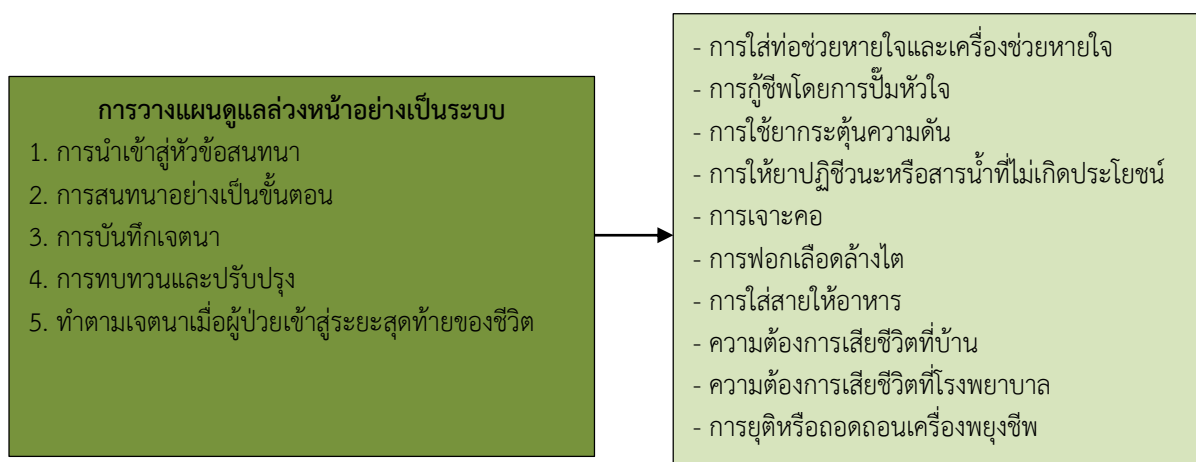
เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกการปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย ของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกการปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายแบบรายข้อระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ Pairojkul (2017) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สถานะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน เป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกการรักษาตาม พรบ. มาตรา 12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ 5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และประโยคคำพูดสื่อสาร นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติ Clinical Practice Guideline for Communicating Prognosis and End of Life in the Advance Stages of a Life Limiting illness แปลเป็นไทยโดย Pairojkul (2017) ผู้วิจัยนำมาจัดทำเป็นคู่มือสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินผลในประเด็น 1) การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 2) การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ 3) การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต 4) การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ 5) การเจาะคอ 6) การฟอกเลือดล้างไต 7) การใส่สายยางให้อาหาร 8) ความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน 9) ความต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และ 10) การยุติหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Symptom Management) การรักษาภาวะที่จัดการได้ (Disease Management) และการดูแลด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ (psychochocial & Spiritual Care)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two Groups Only Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยรับทราบว่าได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 4) ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่สามารถสื่อสารได้หรือผู้ป่วยได้เสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562–กันยายน 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 60 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิทและเบค (Polit & Bect, 2017) ใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง 25 ราย และเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย ดังสูตร

$$n = \frac{25}{(1-.1)^2} = 30.86$$

ได้กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายกลุ่มทดลอง 30 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและเข้ากลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยขั้นตอน การนำสู่หัวข้อสนทนา การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน การบันทึกเจตนา การทบทวนปรับปรุง และการทำตามเจตนาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ผู้ดูแล และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ระดับสมรรถนะ (Palliative Performance Scale)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความในทางลบจำนวน 8 ข้อ คือข้อ 1-7 และข้อ 9 เป็นข้อความในทางบวก 2 ข้อ คือข้อ 8 และข้อ 10 คำตอบต้องการ หมายถึง ต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต คำตอบ ไม่ต้องการหมายถึง ไม่ต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต การให้ค่าคะแนน คำตอบ ต้องการ ให้ค่าคะแนน 0 คำตอบไม่ต้องการให้ค่าคะแนน 1 ส่วนข้อคำถามในทางบวกผู้วิจัยมีการกลับค่าคะแนนก่อนคำนวณ การแปลผล ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยเลือกปฏิเสธกิจกรรมที่เป็นการรักษาเพื่อการยืดชีวิตมากกว่าเลือกยอมรับการรักษาเพื่อการยืดชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบและแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตดังนี้

1. ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

2. ทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบวัดซ้ำ (Test-Retest) จำนวน 20 ราย คำนวณค่าความสัมพันธ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of Stability) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ จัดทำคู่มือการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าดูแลผู้ป่วยในวันแรกที่แพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สอบถามข้อมูลทั่วไป แล้วผู้วิจัยให้การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน คือ ประเมินปัญหาและอาการต่างๆด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความต้องการข้อมูล ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้การดูแลตามปัญหา รายงานแพทย์เพื่อจัดการอาการ

วันที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามดูแลประเมินผลปัญหาที่ให้การดูแล และประเมินปัญหาอื่น ๆ ค้นหาความต้องการการดูแลรักษา สื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย สื่อสารการกำหนดแผนการดูแล

วันที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต และบันทึกผลการตัดสินใจลงในแบบฟอร์มการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เป็นฟอร์มของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ ให้ผู้ป่วยเก็บแบบบันทึกการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายไว้กับตัว และถ่ายสำเนาเก็บที่ผู้ตัดสินใจแทนและเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยให้การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน คือ ประเมินปัญหาและอาการต่างๆด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความต้องการข้อมูล ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้การดูแลตามปัญหา รายงานแพทย์เพื่อจัดการอาการ

วันที่ 2 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปัญหาที่ให้การดูแล และประเมินปัญหาอื่นๆ ค้นหาความต้องการการดูแลรักษา สื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย สื่อสารการกำหนดแผนการดูแล นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

วันที่ 3 จัดประชุมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อดำเนินการพูดคุยเรื่องวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้ประโยชน์การสื่อสารตามคู่มือการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเป็นแนวทางในการพูดคุย

ขั้นตอนที่ 1 การนำเข้าสู่การสนทนา ใช้เวลา 5-10 นาที กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยและการดำเนินโรค เปิดประเด็นเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน ใช้เวลา 20-30 นาที กิจกรรม คือ ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สิทธิการเลือกปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายตาม พรบ. มาตรา 12 สื่อสารการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แลกเปลี่ยนเป้าหมายความต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น การรักษาเพื่อยื้อชีวิตอย่างเต็มที่ การปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิตหรือการรักษาที่รุกราน หรือการเลือกดูแลให้สุขสบาย ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียในแต่ละแผนการดูแล ข้อมูลการพียงชีพ ให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทบทวนความเข้าใจข้อมูล ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยจนเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกเจตนาของผู้ป่วย ใช้เวลา 5-10 นาที กิจกรรม คือ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแผนการดูแล ให้ผู้ป่วยบันทึกผลการตัดสินใจลงในแบบฟอร์มการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เป็นฟอร์มของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนและปรับปรุง หลังจากผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาตามแผนที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ ให้ผู้ป่วยเก็บแบบบันทึกการสังเกตอาการเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายไว้กับตัว และถ่ายสำเนาเก็บที่ผู้ตัดสินใจแทนและเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง ทีมสุขภาพมีการทบทวนความต้องการที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจไว้

ขั้นตอนที่ 5 การทำตามเจตนา เมื่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ทีมสุขภาพให้การดูแลตามแผนการสังเกตอาการของผู้ป่วย

วันที่ 4 ให้การดูแลผู้ป่วย ประเมินผลติดตามการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้น

วันที่ 5 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (การตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทำหลังเสร็จในขั้นตอนที่ 3)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการยื้อชีวิตช่วงสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t- test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติดังกล่าวโดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรมพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตช่วงสุดท้ายแบบรายข้อด้วยสถิติไคส์แควร์

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลเพื่อขอทำวิจัยในคน ได้รับอนุญาตตาม Protocol หมายเลข 51/2562 และ 70/2563 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยทำเอกสารพิทักษ์สิทธิแนบกับแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือหากต้องการยุติการให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสเกิดความอ่อนไหวทางอารมณ์และความรู้สึกได้ง่าย ผู้วิจัยมีความระมัดระวังในทุกขั้นตอน หากพบว่ามีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่างในขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยยุติการพูดคุยให้การดูแลประคับประคองอารมณ์ แล้วนัดหมายใหม่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)				กลุ่มทดลอง (N=30)				χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)				
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
อายุ	31.16	88.92	61.89	15.85	21.17	80.25	53.42	16.82	
เพศ									
ชาย		12 (40.00)				10 (33.33)			.597 ^{NS}
หญิง		18 (60.00)				20 (66.67)			
ศาสนา									.647 ^{NS}
พุทธ		26 (86.67)				26 (86.67)			
อิสลาม		4 (13.33)				4 (13.33)			

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)				กลุ่มทดลอง (N=30)				χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)				
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
สถานภาพ									.008 ^S
โสด		0 (00)				6 (20.00)			
สมรส		24 (80.00)				21 (70.00)			
หม้าย/แยก/หย่า		6 (20.00)				3 (10.00)			
การศึกษา									.340 ^{NS}
ประถม		20 (66.67)				16 (53.34)			
มัธยม		3 (10.00)				7 (23.33)			
ปริญญาตรี		7 (23.33)				7 (23.33)			
วินิจฉัย									.110 ^{NS}
มะเร็งเต้านม		7 (23.33)				6 (20.00)			
มะเร็งปอด		5 (16.67)				4 (13.33)			
มะเร็งลำไส้		3 (10.00)				7 (23.33)			
มะเร็งตับและท่อน้ำดี		6 (20.00)				3 (10.00)			
มะเร็งทางนรีเวช		3 (10.00)				4 (13.33)			
มะเร็งอื่นๆ		6 (20.00)				6 (20.00)			
การรักษา									.258 ^{NS}
การผ่าตัด		8 (26.67)				11 (36.67)			
ยาเคมีบำบัด		20 (66.67)				18 (60.00)			
การฉายแสง		10 (33.33)				4 (13.33)			
ไม่ได้รับการรักษา		9 (30.00)				10 (33.33)			
ระดับ PPS									.608 ^{NS}
30%		15 (50.00)				10 (33.33)			
40%		6 (20.00)				9 (30.00)			
50%		9 (30.00)				11 (36.67)			
ผู้ดูแล									.038 ^S
คู่สมรส		11 (36.67)				7 (23.33)			
พ่อแม่		3 (10.00)				5 (16.67)			
บุตร		14 (46.67)				8 (26.67)			
พี่น้อง เพื่อน		2 (6.67)				10 (33.33)			

NS=Not Statistically Significant, S=Statistically Significant

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 21.17–80.25 ปี เฉลี่ย 53.42 ปี ($SD=16.82$) ผู้ป่วยร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 33.3 เป็นเพศชาย ผู้ป่วยร้อยละ 86.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 13.33 นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสร้อยละ 70 โสดร้อยละ 20 และหม้าย/แยก/หย่าร้อยละ 10 การเจ็บป่วย 5 ลำดับแรกคือ โรคมะเร็งลำไส้ร้อยละ 23.3 มะเร็งเต้านมร้อยละ 20.0 มะเร็งปอดร้อยละ 13.3 มะเร็งทางนรีเวชร้อยละ 13.3 และมะเร็งตับร้อยละ 10.0 สมรรถนะผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS) ระดับ PPS 30 % มีร้อยละ 33.3 PPS 40 % ร้อยละ 30.0 และ PPS 50% ร้อยละ 36.7 และผู้ดูแลร้อยละ 46.7 เป็นบุตร กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 31.16–88.92 ปี เฉลี่ย 61.89 ปี ($SD=15.8$) ผู้ป่วยร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 40 เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 86.67 ศาสนาอิสลามร้อยละ 13.33 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80 และหม้าย/แยก/หย่าร้อยละ

20 การเจ็บป่วย 5 ลำดับแรก คือ โรคเมะเร็งเต้านมร้อยละ 23.3 มะเร็งปอดร้อยละ 16.7 และเมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งทางนรีเวช มะเร็งตับอ่อนร้อยละ 10.0 เท่ากัน ระดับ PPS 30 % มีร้อยละ 50 ระดับ PPS 40 % ร้อยละ 20.0 และระดับ PPS 50% ร้อยละ 30.0 ผู้ดูแลเป็นพี่น้อง เพื่อนร้อยละ 33.3 ทั้งนี้ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ยกเว้นเรื่องสถานภาพสมรสและผู้ดูแล

2. เปรียบเทียบผลตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยเมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยเมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตในช่วงสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ (N=60)

การปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิต	N	M	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม	30	6.23	2.01	-7.068	46.487	<.001
กลุ่มทดลอง	30	9.23	1.16			

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตในช่วงสุดท้ายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 [$t=-7.07$] ดังตาราง 2

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตในช่วงสุดท้ายแบบรายข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของจำนวน ร้อยละ การตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการมีชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ (N=60)

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		χ^2	P- value
	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)		
การใส่ท่อช่วยหายใจ	25 (83.33)	5 (16.67)	30 (100)	0 (0.00)	5.455 ^b	.052
การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ	30 (100.00)	0 (0.00)	30 (100)	0 (0.00)	NA	NA
การใส่ยากระตุ้นความดันโลหิต	18 (60.00)	12 (40.00)	30 (100)	0 (0.00)	15.000 ^a	.001
การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ	7 (23.33)	23 (76.67)	27 (90.00)	3 (10.00)	27.149 ^a	.001
การเจาะคอเมื่อหายใจล้มเหลว	30 (100.00)	0 (0.00)	30 (100.00)	0 (0.00)	NA	NA
การฟอกเลือดล้างไต	28 (93.33)	2 (6.67)	30 (100.00)	0 (0.00)	2.069 ^b	.492
การใส่สายยางให้อาหาร	10 (33.33)	20 (66.67)	30 (100.00)	0 (0.00)	30.000 ^a	.001
ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน	14 (46.67)	16 (53.33)	7 (23.33)	23 (76.67)	3.590 ^a	.05
ต้องการเสียชีวิตที่รพ.	16 (53.33)	14 (46.67)	23 (76.67)	7 (23.33)	3.590 ^a	.05
การยุติเครื่องพยุงชีพ	23 (76.67)	7 (23.33)	6 (20.00)	24 (80.00)	19.288 ^a	.001

NA=Non-Applicable, a=Chi-Square test, b=Fisher

จากตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองปฏิเสธการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การใช้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่เกิดประโยชน์ การใส่สายยางให้อาหารและต้องการยุดีการใช้เครื่องพุงชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปฏิเสธการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลและต้องการเสียชีวิตที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปฏิเสธการฟอกเลือดล้างไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้วิจัยอธิบายประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบได้ตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ อธิบายได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการที่มีการพูดคุยกันอย่างเป็นขั้นตอน (Siriloadjanamane, Soivong & Phornphibul, 2019) ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ (Boonchalermpipas, 2015) ใช้ภาษาและคำพูดที่ไม่กระทบจิตใจ ฟังอย่างตั้งใจเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ยอมรับความแตกต่างของความคิดตามคุณค่าของผู้ป่วย นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความเชื่อใจต่อกัน และการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความเปลี่ยนแปลงชีวิต (Nagaviroj, 2017) ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับเป้าหมายให้ตรงตามความจริงของการดำเนินโรค และที่สำคัญการมีเวลาให้เพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยจนเข้าใจได้ชัดเจน (Raetong, 2016) ดังนั้นการได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่เพียงพอชัดเจนและเข้าใจการดำเนินโรคตรงตามความจริง จึงสามารถตัดสินใจปฏิเสธการรักษาที่ยื้อชีวิตมากกว่าเลือกการยื้อชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Akkadechanunt & Phornphibul (2018) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลประคับประคองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่า

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบตัดสินใจเลือกปฏิเสธการใส่สายยางให้อาหาร การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่เกิดประโยชน์ และต้องการยุดีเครื่องพุงชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายเป็นประเด็นได้ดังนี้

2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายยางให้อาหาร การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ รวมทั้งการกู้ชีพด้วยการปั๊มหัวใจและการเจาะคอ เป็นหัตถการที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ว่ามีสายระโยงระยางค์เข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากการเห็นผู้ป่วยคนอื่นหรือบุคคลในครอบครัว ทำให้รับรู้ได้ถึงความทุกข์ทรมาน จะต้องนอนโรงพยาบาลและเป็นภาระการดูแล ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกที่จะไม่เพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับตัวเองอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pukpajit, Usathaporn, Prutipinyo & Sirichotiratana (2018) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thaniwattananon, Isaramalai, Naka & Supansathit (2016)

2.2 สถานที่เสียชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีกลุ่มควบคุมร้อยละ 53.3 ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านเช่นกัน อธิบายได้ว่าเป็นสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นที่คุ้นเคยและมีความผูกพัน คนส่วนใหญ่จึงต้องการอยู่ที่บ้านเพราะได้อยู่กับคนที่รักและญาติพี่น้อง โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosolnanakorn (2016); Phetcharat, Kongpatee, Sansuktawee, Duangmun, Phromlounsri, & Supanpasuch (2017); Klinmalee (2016) แม้ว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 ต้องการเสียชีวิตที่บ้านแต่มีกลุ่มทดลองร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 ที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงและมีการแยกกันอยู่เพื่อประกอบอาชีพทำให้ขาดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเจ็บป่วยมักจะพึ่งพาสถานพยาบาลเพราะเชื่อว่ามีความพร้อมในการดูแล ได้รับการดูแลอย่างดีจากการศึกษาของ Pukpajit, Usathaporn, Prutipinyo & Sirichotiratana (2018); Kosolnanakorn

(2016); Phetcharat, Kongpatee, Sansuktawee, Duangmun, Phomloungsri, & Supanpasuch (2017) นอกจากนี้การมีสถานะเป็นสังคมเมือง ผู้คนต้องอาศัยบ้านเช่ามีสถานที่คับแคบเป็นอุปสรรคกับการเป็นสถานที่เสียชีวิต

2.3 การยุติหรือถอดถอนเครื่องช่วยชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองต้องการยุติการใช้เครื่องฟุ้งชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 80 ต้องการยุติการใช้เครื่องฟุ้งชีพ อธิบายได้ว่าในการยอมรับการยุติการฟุ้งชีพ (Withdrawal Treatment) ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ความเชื่อความต้องการตามคุณค่าของผู้ป่วย และการได้ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน (Manasurakarn, Chaowalit, Suttharangsee, Isaramalai, & Geden, 2008); Klinmalee (2016); Vattanaprasan, Kongsuwan, & Nilmanat (2019); Suwannil (2012)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อยื้อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพได้นำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการและยังเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ เกิดประโยชน์ช่วยลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว และทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

งานวิจัยมีข้อจำกัดการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นเรื่องสถานภาพและผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพโสดร้อยละ 20 และผู้ดูแลของกลุ่มทดลองมีร้อยละ 33.3 ที่เป็นพี่น้องหรือเพื่อน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาในระยะท้ายได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมประคับประคองสามารถนำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เนื่องจากเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีและตรงกับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิต
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้มีความตระหนักเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการขับเคลื่อนเชิงรุกในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมสุขภาพเคารพและปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษร (Advance directive document)
3. ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีในการเรียนการสอนเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ในหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งว่ามีการตัดสินใจเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่มากเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ
2. ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาตามเจตนาปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายและคุณภาพการตายดี

References

- Akkadechanunt, T., & Phornphibul, P. (2018). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline for Palliative Care in Cancer Patients. *Nursing Journal*, 45(3), July-September: 68-82. (in Thai).

- Boonchalermvipas, S. (2015). End of Patients' Life: A Medical Fact with Legal Limits. *Public Health & Health Laws Journal*, 1(3), September-December. (in Thai)
- Charkaeow, P. (2013). *Advance Care Planning and Living will*. In Chanvej, L. (Eds), The Dawn of Palliative Care in Thailand. (pp189-198). Nonthaburi: Beyond Enterprise Company Limited. (in Thai).
- Kunsongkeit, W. (2013). Good Death as Perceived by the Cancer Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 21(4), October-December. (in Thai)
- Kosolnanakorn, P. (2016). Factors Associated with Preferences for Place of Terminal Care and Death among Cancer Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med Journal*, 60(3), 355-364. (in Thai).
- Manasurakarn, J., Chaowalit, A., Suttharangsee, W., Isaramalai, S., & Geden, E. (2008). Values Underlying end of Life Decisions of Thai Buddhist Patients and Their Families. *Songkla Med Journal*, 26(6), 549-559. (in Thai)
- Morkchareonpong, C. (2017). *Medical Futility*. In Atsawathirakul, N., Sriakpokin, P., & Svankul, P. (Eds). Klam Tong Kan Krang Sudtay: Living and Palliative Care. Nonthaburi: October Printing. (in Thai).
- Nagaviroj, K., (2017). *Living will and Advance Care Planning*. Atsawathirakun. (Eds). Sukh Sudthy Thi Teuy di. (pp104-111). Bangkok: 3D Printing Equipment co.,LTD. (in Thai).
- National Health Omission Office. (2017). *Handbook Medical Personal Laws and Guideline in End of Life Care*. (7th Ed.). Bangkok: 3D Printing Equipment co.,LTD. (in Thai).
- National Health Omission Office. (2020). *Operational Definition of Word Use in Palliative Care in Thailand*. 2020 B.E. (in Thai).
- Pairojkul, S. (2017). *Training of the Trainers in Palliative Care: Communication in Palliative Care Module 5*, Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).
- Pairojkul, S. (2017). *Training of the Trainers in Palliative Care: Goal Setting and Advance Care Planning Module 9*, Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).
- Pairojkul, S. (2020). *Palliative Care in Thailand: The Quality of Care*. Siraprasari, P., & Horatanarung, D. (Eds). Palliative Care Handbook and End of Life (for Medical Personnel). Nonthaburi: The War Veterans Affairs Office Printing. (in Thai).
- Phetcharat, T., Kongpatee, K., Sansuktawee, D., Duangmun, S., Phromlounsri, R., Supanpasuch, S., et al., (2017). Need in End of Life Care of Surgical and Orthopedic Patients. *Srinagarind Med Journal*, 32(3). (in Thai).
- Pokpermdee, P. (2020). Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (B.E.2018-2037). *Journal of Health Science*, 29(1), 73-86. (in Thai).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pukpajit, R., Usathaporn, S., Prutipinyo, C., & Sirichotiratana, N. (2018). Decision Making to Refuse Medical Intervention in Living Will among Veteran Patients. *Public Health & Health Laws Journal*, 4(1), January-April. (in Thai).

- Raetong, P. (2016). Experience of Surrogate Decision Makers in Withdrawing Life-sustaining Treatment: Type of Health Needs from Physical and Nurses. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 122-133. (in Thai).
- Sanguanraksa, D. (2019). *Molecular Biology Breast Cancer and Utilization*. In O-Charoenrat, P., Yenbutra, P., Praert, W., Lohsiriwat, V., & Sanguanraksa, D. (Eds.), *Breast Cancer*. (pp 27). Bangkok: Bangkok Medical Publisher LTD., Part. (in Thai).
- Sriratanaban, P. (2018). *Ban Sudthay Khang Chiwit: The Sociology of Illness, Dying and Death*, (3rd Ed.). Nonthaburi: Otober Printing. (in Thai).
- Siriloadjanamanee, K., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Breaking Bad News in Palliative Care: Integrative Review. *Nursing Journal*, 46(3), 71-85. (in Thai).
- Suwannil, L. (2012). *Preferences of Patients and Their Surrogates for Advance Directives at the End of Life, A Thesis Submitted Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Prince of Songkla University*. (in Thai).
- Thaniwattananon, P., Isaramalai, S., Naka, K., & Supansathit, J. (2016). The Living Will and Health of Elders with Chronic Illness at the End of Life. *Journal of Nursing Science & Health*, 39(2). (in Thai).
- Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance Care Planning for Peaceful Death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 33(3). (in Thai).
- Vasmalenon, W. (2015). *Pthanukrum Khwam Tay*. (2nd Ed.). Bangkok: 3 Lada Limited Partnership. (in Thai)
- Vattanaprasan, P., Kongsuwan, W., & Nilmanat. (2019). The Lived Experiences of Thai Buddhist Family Members in Decision Making for Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment for Critical Ill Patient in Terminal Stage. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(4), 51-62. (in Thai).