

ปัจจัยค้ำสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

SELECTED FACTORS RELATED TO LIVING WILL IN PERSONS WITH CANCER



Mr. Athipong Muneeno

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing  
Faculty Of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง
โดย	นายอิทธิพงศ์ มุณีโน
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนา วิเศษฤทธิ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

อติพงษ์ มุณีโน : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง.

( SELECTED FACTORS RELATED TO LIVING WILL IN PERSONS WITH CANCER)

อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุรียพร รัตนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.นพมาศ พัดทอง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และรับบริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้งานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยค่าความเที่ยงแบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .90 และ .89 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีค่า KR-20 เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงร้อยละ 37.2 โดยส่วนใหญ่ทำด้วยวิธีการบอกกล่าวร้อยละ 49.2 โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ความรุนแรงของอาการ และ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (OR= 2.63, 7.59, 1.05, 1.79 ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตลดลง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (OR= 0.87,  $p < .05$ )

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 6370024036 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: LIVING WILLS, CANCER PATIENT

Athipong Muneeno : SELECTED FACTORS RELATED TO LIVING WILL IN PERSONS WITH CANCER. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. NOPPAMAT PU DTONG, Ph.D.

This research was a correlational study. The objective of the study aimed to examine the living will making of cancer individuals and the relationships between age, stage of disease, symptom severity, knowledge on living will, death anxiety, social support, and the living will making of cancer individuals. 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. Research tools included personal information questionnaires, living will making questionnaires, symptom severity assessment questionnaires, knowledge assessment questionnaires on living will making, anxiety about death questionnaires, and social support assessment questionnaires. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) for the symptom severity assessment questionnaire, death anxiety, and social support assessment questionnaires were .88, .90, and .89, respectively. The knowledge assessment questionnaire on living will making had a reliability coefficient (KR-20) of .81. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and logistic regression.

The research findings indicated that 37.2% of cancer individuals engaged in living will making, with the majority (49.2%) choosing verbal communication. Factors contributing to increased living will making among cancer individuals included age over 60, advanced-stage cancer, higher symptom severity, and greater knowledge of living will making (OR=2.63, 7.59, 1.05, 1.79, respectively,  $p < .05$ ). Factors associated with reduced living will making included anxiety about death (OR=0.87,  $p < .05$ ).

Field of Study:	Adult and Gerontological Nursing	Student's Signature .....
Academic Year:	2023	Advisor's Signature .....
		Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ ประธานกรรมการ สอบ วิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะรวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งตลอดแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งทุกท่าน ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้ที่ช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สำหรับประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้มีความสุขสวัสดิ์ตลอดไป

อธิพจน์ มุณีโน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง.....	13
2. การทำพินัยกรรมชีวิต.....	21
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต.....	32
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง.....	45
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	67
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	81
สรุปผลการวิจัย.....	84
การอภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ .....	91
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์.....	104
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ..... CHULALONGKORN UNIVERSITY	109
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	115
ภาคผนวก ง จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ ข้อมูล และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน .....	125
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย .....	136
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145
ประวัติผู้เขียน.....	153



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาล .....	55
ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30) .....	67
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=180) .....	73
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของการทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=180) .....	75
ตารางที่ 5 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลการทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็ง แยกรายละเอียดตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต (n=180)	76
ตารางที่ 6 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (n=180) .....	79

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	52
-------------------------------------	----



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และพบว่า ปี พ.ศ.2561 คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือประมาณ 400 คนต่อวัน จากข้อมูลสถิติที่ทำให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกๆปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต สะท้อนให้เห็นความสำคัญของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น และครอบคลุมในทุกมิติ

โรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจริญของเซลล์ที่มีความผิดปกติ และควบคุมไม่ได้ ก่อเป็นเนื้อร้าย และรุกรานไปยังอวัยวะส่วนข้างเคียง หรือแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายที่อยู่ห่างไกล ผ่านระบบน้ำเหลืองหรือกระแสเลือด (World Health Organization, 2014) หากพบโรคในระยะแรกอาจรักษาได้หายขาด แต่หากเข้าสู่ระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตได้ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่แรกพบว่าเป็นโรคนจนกระทั่งระยะท้ายหรือแม้จนกระทั่งเสียชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และหัตถการต่างๆจากกระบวนการการรักษา เกิดความทุกข์ทางใจ ทำให้ผู้ป่วยหวาดผวา และกลัวตายโดยเฉพาะกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนตาย ผู้ป่วยและครอบครัวจึงทำทุกวิถีทางเพื่อให้ตนเองหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หายจากโรคมะเร็ง หรือมีชีวิตให้ยาวนานที่สุด สิ่งเหล่านี้ถือเป็นความคาดหวังของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและครอบครัว แม้ต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมาก มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องสิ้นเนื้อประดาตัวกับการรักษาโรคมะเร็ง อีกทั้งบางคนยอมเป็นหนี้สินเพื่อเอาเงินมาใช้ในการรักษาตัว (สุริพร ธนศิลป์, 2566) การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ ผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน ยารักษาตรงเป้า รังสีร่วมรักษา และการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป ด้วยผลกระทบของโรคมะเร็งที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการ

พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลในช่วงวาระสุดท้าย และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ประสานความร่วมมือกับ กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภาคส่วนต่างๆ จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลแบบประคับประคองและสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา 12 ว่าด้วย ประชาชนไทยทุกคน มีสิทธิตามกฎหมายที่จะกำหนดแผนการรักษาหรือแสดงความประสงค์ไม่รับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554) เนื่องจากความตายในยุคปัจจุบันมีความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพและมีมิติระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ การเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ของความตายจึงเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อความตายมาถึงมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยการรักษาที่เกินพอดี ไม่ทรมานได้อยู่กับครอบครัว (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554) ได้รับรู้ข้อมูลตามจริง และมีโอกาสได้กำหนดแผนการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเอง (National Health Omission Office, 2017) เพื่อที่จะได้รับการดูแลจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นไปตามเจตนาผู้ป่วยจวบจนช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต

พินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 คือ หนังสือที่เขียนขึ้นเพื่อบอกเจตนาของตนให้คนอื่นทราบว่าตนต้องการตายอย่างสงบ โดยขอปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่ไม่มีประโยชน์ เพียงเพื่อยืดการตายออกไป หรือขัดขวางการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ แนวคิดในเรื่องพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษามีผลในทางกฎหมายเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องมาจากกฎหมายการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Act) ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ปีค.ศ. 1976 (พ.ศ. 2519) เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตอนจะแพร่หลายไปยังรัฐและประเทศอื่นๆ ในช่วงต้นที่แนวคิดเรื่องการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้า ลีฟวิงวิล (Living Will) เข้ามาในประเทศไทย ถูกเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” แปลมาจากภาษาอังกฤษจากคำว่า “Living will” ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา (ดวงพร เพชรคง, ม.ป.ป.) ก่อนเปลี่ยนเป็น “หนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์” เพื่อให้สอดคล้องและไม่สร้างความสับสนกับกฎหมายอื่นๆ เช่น กฎหมายพินัยกรรมอันเป็นเรื่องของการจัดการทรัพย์สินเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว แต่หากพิจารณาในอีกด้านหนึ่ง คำว่า พินัยกรรมชีวิตนั้นมีความหมายที่กว้างกว่าการทำหนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากในปัจจุบันยอมรับกันว่า กระบวนการในการทำพินัยกรรมชีวิตเปิดโอกาสให้ คนในครอบครัวได้มาสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะในเรื่องความตายระหว่างกัน อีกทั้งยังมีได้จำกัดว่าต้องทำในผู้ป่วยเท่านั้น

โดยบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพดีสามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้ด้วย (ดวงพร เพชรคง, ม.ป.ป.) โดย การศึกษานี้เรียกแทนการแสดงเจตนาฯ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ดังกล่าวด้วยการทำพินัยกรรมชีวิต

พินัยกรรมชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสื่อสารสนทนาเพื่อกำหนดแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการทำ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ (National Health Omission Office, 2020) เป็นการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาการรักษาที่เป็นการยืดการตาย (Life Sustain Treatment) เป็นการกำหนดแผนการดูแล สำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสื่อสารร่วมกันเพื่อตัดสินใจ ร่วมกัน (Pairojkul, 2017) องค์ประกอบสำคัญของพินัยกรรมชีวิต คือ ความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว (patient and family preference) หรือสิ่งที่เป็เป้าหมายหลักของผู้ป่วย โดยบุคคล สามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้โดย เขียนหรือพิมพ์เจตนาในการรักษาด้วยตัวเอง หรือบอกกล่าวให้ บุคคลอื่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์เป็นข้อความ โดยลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ ลายนิ้วมือเพื่อรับรองพินัยกรรมชีวิต และการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นตัดสินใจในกระบวนการรักษา แทนตนเองเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้อีกต่อไป (proxy nomination) (สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ, 2559) การทำพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไป ตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะช่วยผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องกั๊ชีวิตต่าง ๆ แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดคุย ร่ำลาครอบครัว หรือบุคคลรอบข้างในขณะที่ยังรู้ตัวดี ตลอดจน ช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทีมผู้รักษาและญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ กำหนดแผนการดูแลรักษาหรือได้ทำหนังสือแสดงเจตนาเอาไว้มักจะได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยางหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็น การเข้า รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียน การเจาะคอ การฟอกเลือดล้างไต หรือการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (Morkchareonpong, 2017; National Health Omission Office, 2017)

ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการผลักดันให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร สามารถทำได้ถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามกลับยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย และเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายต่อการนำมาใช้ในระบบสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากเรื่องของพื้นฐานของ วัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนา หลายคนมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วย เพราะเป็นกลางร้าย เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะไม่ควร เหมือนสาปแช่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วยิ่งขึ้น จึงหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง (เต็ม ศักดิ์ พึ่งรัศมี และคณะ, 2558) ผลสำรวจพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 45.7 เข้าเกณฑ์สมควรรักษาแบบ ประคับประคอง แต่ต้องเข้าห้องฉุกเฉินโดยได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต การกวดหัวใจ และรักษาใน

หอยผู้ป่วยวิกฤต เพราะไม่มีการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าและการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ก่อน ส่วนใหญ่ญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาและต้องการให้รักษาด้วยเครื่องมืออย่างเต็มที่ ดังนั้นการที่ไม่ได้วางแผนเกี่ยวกับการรักษาล่วงหน้าและไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ จึงส่งผลให้การตัดสินใจและการวางแผนการรักษาในช่วงวาระท้ายของชีวิตมักเป็นหน้าที่ของแพทย์ร่วมกับญาติสนิทแทน เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต มีระดับความรู้สึกลดลง จนไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (Kim, 2011) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตหรือการตายออกไป ได้รับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลมาจากเครื่องมือทางการแพทย์ และหัตถการต่าง ๆ อีกทั้งยังต้องสูญเสียค่ารักษาที่สูงเป็นภาระให้กับครอบครัว ผู้ป่วยเสียชีวิตไปพร้อมกับสายต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับร่างกาย ไม่ได้ใช้เวลาสุดท้ายอยู่กับครอบครัวหรือผู้เป็นที่รัก ไม่ได้บอกกล่าวก่อนจากลา บางครั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติที่มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน (ปองกมล สุรัตน์, 2019) ปัญหาสำคัญคือมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังขาดความเข้าใจต่อโรคที่เป็น ไม่รู้ระดับความรุนแรงของโรค ระยะของโรค และอาการที่เป็นรวมทั้งวิธีการรักษา (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) รวมถึงการขาดข้อมูลที่ชัดเจนหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์หรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนรักษา ไม่สามารถวางแผนที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้ (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2554)

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า คนผิวขาว ผู้หญิง คนที่มีประกันสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้สูงและมีการศึกษาสูงระดับวิทยาลัยขึ้นไป มีการทำพินัยกรรมชีวิตสูง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นทางด้านสุขภาพที่ส่งผลให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและโรคทางเดินหายใจ (Hanson and rodgman, 1996) การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของการทำพินัยกรรมชีวิต (Masuda et al., 2001) การศึกษาในประชากรชาวเยอรมัน พบว่า อายุที่มากขึ้นและประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของญาติหรือคนรู้จัก ทำให้มีการยอมรับการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น (Lang and Wagner, 2007) การศึกษาของ Ko and Lee (2014) พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต มีแนวโน้มที่จะทำพินัยกรรมชีวิต มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (OR = 15.06,  $p < .01$ ) Rodenbach et al. (2021) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่กังวลเกี่ยวกับการตาย มักต้องการการรักษาที่ยืดชีวิตและมีโอกาสน้อยที่จะมีการทำพินัยกรรมชีวิต ระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะอาการของโรคเพิ่มขึ้นมีโอกาสน้อยที่จะปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต และ การศึกษาของ Sellars et al. (2020) พบว่าสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวที่ดี ส่งผลต่อพินัยกรรมชีวิตได้เสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่า การทำพินัยกรรมชีวิตสามารถช่วยลดการนอนโรงพยาบาล ลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ทั้งในผู้ที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความปรารถนา

ของผู้ป่วยได้ (Quinn et al., 2020; Tran, Grant, Clayton, & Rhee, 2018; Thompson, Barbour, & Schwartz, 2003) ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่า อันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดขนาดหัวใจเพื่อช่วยชีวิต การรักษาเพื่อยื้อชีวิต (Cardona et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมภายในประเทศ พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตยังมีน้อยมณฑล ศรียศชาติ และ สายพิน หัตถิรัตน์ (2554) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 16 คน เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต พบว่า 12 คนใน 16 คน มีแนวคิดที่จะสั่งการไว้ล่วงหน้าแต่มีเพียง 6 รายเท่านั้น ที่พร้อมจะทำพินัยกรรมชีวิต โดยส่วนใหญ่ที่ทำเพราะได้เห็นการรักษาหรือผลการรักษาช่วยชีวิตที่ตนไม่ชอบ ซึ่งผลสรุปจากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้าแต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะทำขณะนี้ ขอรอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อน เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง เช่น โรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและกลัวการทรมานจากการหัตถการยื้อชีวิตมากกว่า การศึกษาของ สุภาวดี วรพันธุ์ (2546) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวน 155 คน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา และความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนการศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2559) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต โดยการศึกษาที่ผ่านมา นั้น ยังไม่ครอบคลุมการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็งซึ่งอาจมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไป

การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรืออาการของโรคในระยยะสุดท้าย การสนับสนุน และให้กำลังใจเพื่อเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ บทบาทพยาบาลประกอบด้วย การบริหารจัดการ ให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การพยาบาลครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวม การสนับสนุนและปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การจัดการดูแลที่บ้าน การเตรียมผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและ การเสียชีวิต การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลตัวเองของพยาบาลเพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่ภาวะวิกฤติจะมาถึง มีส่วนในการ

ประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และ สื่อสารเพื่อวางเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตามจริง เข้าใจว่ามีทางเลือกอะไรบ้าง และแต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสียอย่างไร หลังจากได้ข้อสรุปแล้ว การบันทึกผลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน และสื่อสารกันในทีมให้เข้าใจ เพื่อที่จะได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554) การทำพินัยกรรมชีวิต มิได้มีมติในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นเรื่องของการทบทวนและ ไคร่ครวญถึงชีวิตที่ผ่านมาว่ายังมีสิ่งที่ดีค้างอยู่ในใจซึ่งอาจทำให้ตายไม่สงบ และอาจเป็นการช่วยให้เราสามารถปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ และการจัดการเกี่ยวกับร่างกายในวาระสุดท้ายด้วย และหากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาเข้าใจความปรารถนาของผู้ป่วยและคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของครอบครัวคล่องตัวมากขึ้น (พศิน ภูริธรรมโชติ, 2559)

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากปัจจุบันการทำพินัยกรรมชีวิตมิได้จำกัดแค่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น แต่ยังสามารถทำได้ในบุคคลทั่วไปที่สุขภาพดี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งนี้ปัจจุบันการศึกษา การทำพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อย ที่ผ่านมามีการศึกษาในเฉพาะบุคคลทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ในผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ ตามบริบทของสังคมไทย ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ อายุ, ระยะของโรค, ความรุนแรงของอาการ, ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรในการศึกษาความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้ให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบ การจัดการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รู้จัก มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ ไม่ขอยื้อชีวิต ไม่ขอรับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และพินัยกรรมชีวิต มีการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างแพร่หลาย มีการพูดถึงการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ามากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการทำพินัยกรรมชีวิตนั้นถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่สามารถเลือกตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาของตนเอง เมื่อถึงสภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารแสดงเจตจำนงของตนเองได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ลดความประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะใช้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไร ในฐานะผู้เป็นเจ้าของชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมปรารถนาของผู้ป่วยจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต นำไปสู่การตายดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์



## คำถามการวิจัย

1. การทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในปัจจุบันพินัยกรรมชีวิตเป็นแนวคิดที่ถูกพูดถึงอย่างแพร่หลาย เป็นที่ยอมรับและมีกฎหมายรองรับในหลาย ๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย พินัยกรรมชีวิต (Living will) ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือ หนังสือที่เขียนขึ้นเพื่อแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อการตายในวาระสุดท้ายของตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ บอกระบุเจตนาของตนให้ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าตนต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554) สามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้โดย 1) เขียนหรือพิมพ์พินัยกรรมชีวิตด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือลงในพินัยกรรมชีวิต 2) ในกรณีที่ไม่มีหนังสือ หรือไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ยังสามารถพูดคุ้ยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ สามารถให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความโดยแจ้งด้วยวาจาต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิด โดยลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือของเจ้าของพินัยกรรมชีวิต และระบุ ชื่อ นามสกุล ของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ 3) การมอบอำนาจให้บุคคลอื่นตัดสินใจในกระบวนการรักษาแทนตนเองเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้อีกต่อไป (proxy nomination) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ก่อน ญาติมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Kimetal.,2011) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตหรือการตายออกไป ได้รับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ต้องสูญเสียค่ารักษาที่สูงเกินจำเป็น ผู้ป่วยเสียชีวิตไปพร้อมกับสายต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับร่างกาย ไม่ได้ใช้เวลาสุดท้ายอยู่กับครอบครัวหรือผู้เป็นที่รัก ไม่ได้บอกกล่าวก่อนจากลา บางครั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับญาติที่มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน (ปองกมล สุรัตน์, 2019) การทำพินัยกรรมชีวิตจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นมะเร็งเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลแบบ

ประคับประคอง และในกระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า ที่จะช่วยสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวทราบถึงความปรารถนาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเมื่อไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า นำไปสู่การตายดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง กรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้ จึงมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ การทำพินัยกรรมชีวิต การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็ง Advance directive, Living will, Patients with Cancer ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น เช่น Medline, Pubmed, CINAHL, Thailist ได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 32 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการหรือความแข็งแรงของร่างกาย ความเชื่อทางศาสนา ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การรับรู้ถึงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ เป็นต้น และการทบทวนการศึกษาภายในประเทศ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่อธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มคนทั่วไป พบความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ 2) ระยะของโรคมะเร็ง 3) ความรุนแรงของอาการ 4) ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต 5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรดังกล่าวเนื่องจากมีความสำคัญเพื่อทำการศึกษาในบริบทของประชากรไทยที่เป็นโรคมะเร็ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. อายุ** พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุ 18-59 ปี (OR = 17.33,  $p < 0.001$ ) (Lynn, Curtis, & Lagerwey, 2016) ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต

**2. ระยะของโรค** พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Kim, Koh, Park, & Kim, 2017) ดังนั้น ระยะของโรคมะเร็งจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

**3. ความรุนแรงของอาการ** พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 75 มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น (OR = 1.91,  $p < 0.05$ ) (Sahm, Will, & Hommel, 2005) ดังนั้น ความรุนแรงของอาการจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

**4. ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต** พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (OR = 15.06,  $p < .01$ ) (Ko and Lee, 2014) ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต จึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต

**5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย** พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความกังวลเกี่ยวกับการตายสูงมีความต้องการการรักษาที่ยืดยื้อชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย และจะทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลง (AOR = 0.49,  $p = 0.032$ ) (Rodenbach et al., 2021) ดังนั้น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จึงจะมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

**6. การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากขึ้น จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย ( $r = 1.84, p < .05$ ) (สุภาวดี วรพันธุ์, 2546) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต

### สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย

**ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่** อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม และ การทำพินัยกรรมชีวิต

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การทำพินัยกรรมชีวิต** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตัวเอง บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ มอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต วัตจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือของ Rodenbach et al. (2021) แปลค่าเป็น “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต

**อายุ** หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม เป็นแบบบันทึกที่ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลด้วยตัวเองออกแบบโดยผู้วิจัย

**ระยะของโรคมะเร็ง** หมายถึง ตัวเลขที่บ่งบอกความรุนแรงและการลุกลามของโรควิเคราะห์โดยแพทย์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4

**ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สบายหรือความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับ 9 อาการ คือ ปวด เหนื่อย/ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย และใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (Selby et al., 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, and Udomsubpayakul (2011) คะแนนมากหมายถึงความรุนแรงของอาการมาก

**ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต** หมายถึง ความจำ ความเข้าใจของผู้ที่เป็นมะเร็งเกี่ยวกับการพินัยกรรมชีวิต วัตโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตพัฒนาโดย วณิชพร พิพัฒน์ธนวศ์ (2011) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อความรู้สึกหวาดหวั่นหรือหวาดกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงการเสียชีวิต และ/หรือ ความรู้สึกหวาดกลัวถึง กระบวนการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อถึงเวลาเสียชีวิต วัตได้จากการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยแบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ของ Conte et al. (1982) ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่าง ๆ จาก บิดา มารดา คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ในด้านความหวังใจ ความมั่นคง ปลอดภัย และความต้องการการเคารพยกย่อง และเห็นความสำคัญ 2) การได้รับการสนับสนุนด้านบริการต่าง ๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ในรูปของ เวลา เงิน แรงงานหรือบริการต่าง ๆ 3) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการแนะนำวิธีป้องกันรักษาสุขภาพ อนามัยของตนเองทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย วัดโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาจะทำให้ทราบว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อสร้างความเข้าใจต่อปัจจัยเหล่านั้น และต่อยอดนำไปสู่การจัดการกระทำกับปัจจัยเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตหรือการวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้สรุปเนื้อหาสาระ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 1.1 ความหมายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 1.2 การรักษาผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 1.3 การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแบบประคับประคอง
  - 1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. การทำพินัยกรรมชีวิต
  - 2.1 ความหมายของพินัยกรรมชีวิต
  - 2.2 หลักการของมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ
  - 2.3 แนวทางการทำพินัยกรรมชีวิต
  - 2.4 ประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิต
  - 2.5 การทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 2.6 การประเมินการทำพินัยกรรมชีวิต
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต
  - 3.1 อายุ
    - 3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 3.2 ระยะของโรค
    - 3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 3.3 ความรุนแรงของอาการ
    - 3.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
  - 3.4 ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

3.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

3.5.2 องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

3.5.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.5.4 การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.6 การสนับสนุนทางสังคม

3.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

3.6.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

3.6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ในปี 2020 ที่ผ่านมามีการรณรงค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ทำการประเมินผู้ที่เป็นโรคมะเร็งทั่วโลก พบว่ามีจำนวนราว 19.3 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งในทวีปเอเชียราว 9 ล้านคน ยุโรป 4 ล้านคน อเมริกาเหนือ 2 ล้านคน อเมริกาใต้ 1.4 ล้านคน แอฟริกา 1.1 ล้านคน และโซนโอเชียเนียอีกราว 2 แสนคน นอกจากนี้ WHO ยังได้ประมาณการว่า ในปี 2040 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า ผู้ที่เป็นมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกว่า 28.9 ล้านคน ทั้งนี้ มะเร็งเต้านม ถูกบันทึกว่าเป็นโรคที่พบมากที่สุด ขณะเดียวกัน มะเร็งปอด เป็นโรคที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดในโลก รวมทั้งในทุก ๆ ปี จะพบผู้ที่เป็นมะเร็งในวัยเด็กกว่า 4 แสนรายด้วยกัน (World Health Organization, 2020) ข้อมูลจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2561 คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และข้อมูลจากสถาบันมะเร็ง

แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือประมาณ 400 คนต่อวัน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลสถิติที่ทำให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกๆปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต สะท้อนให้เห็นความสำคัญของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น และครอบคลุมในทุกมิติ

โรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ในขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็นำมาสู่การรักษาหรือช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นทำให้เกิดการรักษาที่ยาวนานยืดเยื้อ ทำให้คาดการณ์สถานการณ์ในอนาคตได้ว่าจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในอีกด้านก็เป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ระบบบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน ด้วยเหตุนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan) และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดการตายในระยะท้าย (Living will) ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงมีส่วนสำคัญต่อการรับมือความท้าทายดังกล่าว โดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสภาการพยาบาล ได้ผลักดันนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นข้างต้นแก่ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทั้ง 77 จังหวัด และเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ในการพัฒนาระบบบริการ Palliative care และ Living will ทั้งในเรื่องโครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อน การจัดบริการสุขภาพ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ การสื่อสารสังคม และการพัฒนาองค์ความรู้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะในประเทศไทย แต่เป็นสิ่งที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญ ข้อเท็จจริงที่พบคือ ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองกลับไม่ได้รับการดูแล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564) Palliative care จึงไม่ใช่เรื่องเฉพาะผู้สูงอายุหรือเฉพาะโรค แต่ต้องเป็นบริการที่จัดให้แก่ทุกช่วงวัยและทุกโรค และต้องทำให้เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชุมชนที่สุด ทีมปฐมภูมิต้องลงชุมชน ในโรงพยาบาลก็ต้องมีทีม Palliative care พยาบาลทุกคนต้องผ่าน concept training สร้างการทำงานเป็นทีม และเชื่อมโยงระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ ซึ่งเป็นนโยบายที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจะผลักดันต่อ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

**โดยสรุป** จากสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของสถานการณ์และความเป็นไปของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ยังคงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการศึกษาพัฒนาคนๆ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ทันสมัย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงเป็นส่วนหนึ่งให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง การ



วางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดการตายในระยะท้าย (Living will) ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หรือที่ในการศึกษาค้นคว้า เรียกว่า พินัยกรรมชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และการตายดี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็ง ดังต่อไปนี้

## 1.2 ความหมายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

World Health Organization (2022) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ คือ เซลล์จะแบ่งตัวและเจริญอย่างควบคุมไม่ได้ ก่อเป็นเนื้อร้าย และมีศักยภาพในการรุกรานร่างกายส่วนข้างเคียง มะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังร่างกายส่วนที่อยู่ห่างไกลได้ผ่านระบบน้ำเหลืองหรือกระแสเลือด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2555) หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคหนึ่งของโรคเรื้อรัง ที่มีลักษณะการดำเนินของโรคนาน มีการเปลี่ยนแปลงของอาการตามระยะดำเนินของโรค ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ เกิดกระบวนการกระตุ้นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ขึ้นในร่างกาย ทำให้เซลล์ปกติเกิดการเปลี่ยนแปลงเจริญเติบโต แบ่งตัว เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง หลอดเลือด และระบบน้ำเหลือง ทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติ การเรียกชื่อโรคมะเร็ง เรียกตาม อวัยวะภายในของร่างกายที่เกิดโรคมะเร็งนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น

**โดยสรุป** ผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากกระบวนการทางการแพทย์ และได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยสามารถเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย สามารถพบได้ทุกระยะของโรค ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็ง โดยที่ความผิดปกติเซลล์มะเร็งส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต้นกำเนิดและอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดอวัยวะนั้นและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติเกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ในระบบอวัยวะต่าง ๆ ตามมา

## 1.3 การรักษาผู้ที่เป็นมะเร็ง

หลังจากที่วินิจฉัยมะเร็ง (Diagnosis) แล้วต้องมีการตรวจเพิ่มเติม เพื่อทราบระยะของการดำเนินโรค (Staging) เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษาและวางแผนการรักษาต่อไป ผู้ป่วยควรมีความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษามะเร็ง เนื่องจากหากพบว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะแรก (Early Stage) หมายถึง มะเร็งอยู่เฉพาะที่ (Localized Disease) เป้าหมายการรักษาของมะเร็งระยะแรก

เพื่อหายขาด แต่ในกรณีที่มะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด (Inoperable) ได้ หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว (Advanced Stage) ส่วนใหญ่เป้าหมายของการรักษามะเร็งระยะลุกลาม จะเป็นการรักษา เพื่อควบคุม ยับยั้ง ลดจำนวนมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามก็ยังมีมะเร็งหลายชนิดที่รักษาหายขาดได้ทั้ง ๆ ที่มะเร็งนั้นได้มีการแพร่กระจาย ไปยังอวัยวะต่าง ๆ แล้ว ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยมะเร็งที่ถูกต้องและการตรวจเพิ่มเติม อย่างเหมาะสม มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอันมาก เพื่อให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยแพทย์หลายสาขา หรือสหสาขา (Multidisciplinary Approach) พิจารณาแนวทางการรักษาร่วมกัน ดังนั้นในการรักษาโรคมะเร็งจึงมีความแตกต่าง และความเหมาะสมในการรักษาแต่ละบุคคล อันเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย (สมาคมมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552) การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธีขึ้นกับชนิด ระยะ ความรุนแรงที่เป็นซึ่งวิธีการรักษามี ดังต่อไปนี้ (Cancer Council Australia, 2016)

1.3.1 วิธีการผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดสามารถขจัด เนื้องอกออกจากอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ เช่น ลำไส้หรือต่อมไทรอยด์ นอกจากนี้ยังสามารถบรรเทา ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากเนื้องอกที่กดขวางอวัยวะหรือทำให้เกิดภาวะเลือดออก เช่น การผ่าตัดท่อน้ำดีเพื่อลดอาการดีซ่าน ในมะเร็งตับอ่อน อวัยวะบางชนิดปล่อยฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโต ของเนื้องอก ดังนั้นแพทย์อาจแนะนำการผ่าตัด (Cancer Council Australia, 2016)

1.3.2 วิธีรังสีรักษา (Radiation) หรือที่เรียกว่าการฉายรังสีบำบัด รังสีรักษาจะใช้รังสี เช่น รังสีเอกซ์ (X-rays) เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งหรือทำลายเพื่อไม่ให้เกิดการขยายตัวการฉายรังสี สามารถกำหนดเป้าหมายได้อย่างแม่นยำที่ตำแหน่งมะเร็งในร่างกายโดยรอบ การฉายรังสีสามารถลดขนาดเนื้องอกหรือหยุดการแพร่กระจายได้ นอกจากนี้ยังสามารถบรรเทาอาการบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งทุติยภูมิในกระดูก (Cancer Council Australia, 2016)

1.3.3 วิธีเคมีบำบัด (Chemotherapy) เคมีบำบัดเป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดเมื่อมะเร็งแพร่กระจาย ยาจะฆ่าเซลล์มะเร็งหรือชะลอการเจริญเติบโต ยาเคมีบำบัดมีหลายประเภทซึ่งมักใช้แตกต่างกัน การรักษาโดยปกติจะใช้เวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือหลายวัน จากนั้นติดตามในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ คนส่วนใหญ่มีการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายรอบ การให้ยาเคมีบำบัดมักให้โดยการฉีดยาเข้าไปในหลอดเลือดดำหรือเป็นยาเม็ดหรือแคปซูล (รับประทานทางปาก) ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ซึมเศร้า อ่อนเพลียและผมร่วง (Cancer Council Australia, 2016)

1.3.4 วิธีการฮอร์โมนบำบัด (Hormone therapy) เป็นการให้ยาที่ช่วยในการยับยั้ง และลดฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการลุกลามของมะเร็ง มักใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การให้ยาเพื่อลดปริมาณ Estrogen ซึ่งเป็นสาเหตุการลุกลามของมะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงสำหรับ

ผู้หญิงยาฮอร์โมนบางตัวจะทำให้เกิดอาการหมดประจำเดือนก่อนวัย และอาจทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน และช่องคลอดแห้ง (Cancer Council Australia, 2016)

1.3.5 วิธีภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) การใช้ภูมิคุ้มกันนี้เป็นการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ยาเหล่านี้ทำงานโดยเข้าไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายสร้างโปรตีนที่ใช้ทำลายเซลล์มะเร็ง ผลข้างเคียงของยาภูมิคุ้มกันแตกต่างจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ยาทำให้อวัยวะเกิดการอักเสบ เกิดอาการต่างๆ เช่น หายใจเร็ว, ท้องเสีย, ระดับทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติ (Cancer Council Australia, 2016)

1.2.6 วิธีให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) สามารถใช้ยาเจาะจงเซลล์ มะเร็งแทนหรือร่วมกับเคมีบำบัดได้ การรักษาที่ใช้ยาที่ทำงานในลักษณะที่แตกต่างกับยาเคมีบำบัด ในขณะที่การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งเซลล์อย่างรวดเร็วและทำงานโดยการฆ่าเซลล์มะเร็ง (cytotoxic) การใช้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็งจะมีผลต่อโมเลกุลเฉพาะภายในเซลล์และมักทำงานโดยการปิดกั้นการเติบโตของเซลล์ (cytostatic) (Cancer Council Australia, 2016)

โดยสรุป ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนั้นมียาหลายวิธีซึ่งมีเป้าหมายเพื่อการควบคุมโรคมะเร็งและบรรเทาอาการต่างๆให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ที่กล่าวข้างต้นแล้ว ปัจจุบันยังสามารถรักษาควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ป่วยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคองในส่วนต่อไป

#### 1.4 การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแบบประคับประคอง (Palliative Care)

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปีร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การศึกษาความชุกของความ ต้องการด้านการดูแลประคับประคอง 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 โดยกลุ่มโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคองพบมีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคอง พบเพียงร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อเกิดประโยชน์สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และยังพบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตพบสูงถึงร้อยละ 45.7 (ศรี

เวียง ไปโรจน์กุล และคณะ 2563) แสดงให้เห็นถึงการที่แพทย์ไม่ได้มีความตระหนักในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly ครั้งที่ 67 ปีค.ศ. 2014 มีการสรุปข้อมติที่ 67.19 เรื่อง การสร้างความเข้มแข็ง ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต (Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course) ในปีเดียวกันนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรองประธาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและประธาน คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศไทยได้ประกาศนโยบาย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของไทยว่า ประชาชน และผู้อาศัยบนแผ่นดินไทย จะได้รับการดูแลสุขภาพระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการแบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษา และแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิ และหน้าที่ ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากที่พบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกะดับของการดูแล การดูแลในโรงพยาบาลพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 9-25 จากการลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (readmission rates) ลดการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัว จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าถึงได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การดูแลประคับประคอง (Palliative care) คือการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในอนาคต เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและคนในครอบครัวแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เตรียมความพร้อมให้ครอบครัวสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ตลอดจนผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถจากไปได้อย่างสงบ (ศรีเวียง ไปโรจน์กุล และคณะ 2563)

World Health Organization (2002) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหาการเจ็บป่วย ประเมินและให้การรักษาภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการดังนี้

- 1) ให้การบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์
- 2) คำนึงถึงการมีชีวิตและความตายให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติตามธรรมชาติ
- 3) ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- 4) เป็นการดูแลแบบผสมผสานโดยการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- 5) ช่วยให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 6) จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือ แก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาชีวิตของผู้ป่วย และช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต
- 7) จัดให้มีทีมดูแลเข้าค้นหาความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัวรวมถึงการช่วยให้คำปรึกษาชี้แนะสำหรับช่วงเวลาเศร้าโศกหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- 8) สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการป่วยใช้ร่วมกับความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา และยังรวมถึงการตรวจชนิดต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้รับความเข้าใจที่ดีขึ้นรวมถึงการบำบัดภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดความทุกข์

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานเป็นทีมโดยมีทีมงานที่ ประกอบด้วยสหวิชาชีพและมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยจะเป็นตั้งเป้าหมายและเป็นผู้ตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดรักษาในวาระสุดท้าย หลักสำคัญของการดูแลคือ ความต้องการและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ไม่ใช่สุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิรับรู้ถึงผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดการบำบัดรักษา รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์จะนำมาใช้ปฏิบัติ เว้นเสียแต่ไม่ต้องการหรือปฏิเสธ โดยครอบครัวและญาติมิตรไม่มีสิทธิ์ในการยับยั้งบุคลากรทางการแพทย์กับการนำเอาเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป่วยมาบอกกล่าวถ้าผู้ป่วยต้องการ และจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีมาตรการต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นหรือบรรเทาจะอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยสามารถขอให้ระงับหรือขอให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา

**โดยสรุป** จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้การรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นในปัจจุบันมีหลายวิธี และมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง เป้าหมายของการรักษามีทั้งการรักษาเพื่อการหวังผลเพื่อหายขาด การรักษาเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และการรักษาตามอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง ที่ถือว่าเป็นแนวทางการรักษาที่สำคัญต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อ บรรเทาอาการหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการเจ็บป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

### 1.5 ผลกระทบจากโรคมะเร็งต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง

เมื่อบุคคลเข้าสู่สถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็ง เป็นการรักษาแบบผสมผสาน ประกอบด้วย ศัลยกรรม รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอว์โมน การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกัน เพื่อรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการเลือกวิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญได้แก่ อาการและความรุนแรงของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องจัดการตนเอง ตามแนวทางการรักษา และต้องประสบกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอีกทั้งยังต้องเผชิญกับการปรับตัวเข้ากับสภาพของตนเอง นอกจากนี้โรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

**1.5.1 ด้านร่างกาย (physical)** เมื่อโรคมะเร็งลุกลามไปตามอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากขึ้นและมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง (body image alteration) โครงสร้างทางร่างกายผิดรูป การเคลื่อนไหวลำบาก บกพร่องทางด้านการมองเห็น การขับถ่ายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ท้องผูก และภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) ภาวะเกลือแร่และน้ำในร่างกายไม่สมดุล (Fluid electrolyte imbalance) เนื่องมาจากรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย อาการเบื่ออาหารเป็นต้น

**1.5.2 ด้านจิตใจ (Psychological distress)** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกไม่แน่นอน กลัว และวิตกกังวล ด้วยเกรงว่าจะเกิดการกลับเป็นซ้ำ และการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จึงเป็นเสมือนการถูกคุมคามชีวิต ทำให้บุคคลมีความทุกข์ ความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย และอาจวิตกกังวลไปตลอดการดำเนินของโรค หรือจนลมหายใจสุดท้ายของชีวิต ผู้ที่เป็นมะเร็งจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายชีวิตในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าโศก เกิดความกลัวอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น กลัวการพลัดพราก (พระไพศาล วิสาโล, 2550) การไม่เชื่อ การปฏิเสธ การโกรธ การสูญเสีย การรู้สึกผิด การวิตกกังวลการเศร้าหมอง และ

การซึมเศร้า อาการต่าง ๆ เหล่านี้ เกิดได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ และทุกราย ซึ่งเป็นเรื่องปกติ แต่ส่วนใหญ่เมื่อเวลาผ่านไปก็จะสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้มีเพียงผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่มีอาการมากจนถึงขั้นเกิดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยคือโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากจนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย (อนงนาฏ เรื่องดำ & พัชรภรณ์ ทองวัชร, 2554)

**1.5.3 ด้านสังคม (Social and Family impact: Burden)** การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังระยะเวลาดำเนินการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากความรุนแรงของโรคทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ถูกจำกัดกิจกรรมจากสภาวะของโรค บางรายเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย มีการสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ผิวหนังเปลี่ยนสี ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม

**1.5.4 ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual impact)** ผู้ที่เป็นมะเร็ง ต้องต่อสู้กับความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรค อาการข้างเคียงของยา ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียภาพลักษณ์ และการมีชีวิตอยู่กับความรู้สึกที่ไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรค และหมดพลังอำนาจทางจิตวิญญาณ ที่คำจูงใจใจให้มองเห็นคุณค่าหรือความดีของตนเองที่จะช่วยสร้างศรัทธาความเชื่อ และความหวังที่จะได้รับการรักษาจากโรค (จันทิรา จิตต์วิบูล, 2543) ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการเจ็บป่วยเกิดจากกรรมมีความเชื่อถือเป็นโชคร้าย คิดว่ามีสิ่งลึกลับบางอย่างบันดาลให้เป็นไปในด้านดีหรือเลว เป็นการไม่เชื่อตัวเอง จึงทำให้เกิดความกลัว (พระไพศาล วิสาโล, 2550) จิตวิญญาณที่เป็นทุกข์จะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตจนผู้ป่วยบางคนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้ปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไม่ได้ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตัวเองลดน้อยลง (Callaghan, 2003)

**โดยสรุป** การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณและสังคม ผลกระทบเหล่านี้ได้สร้างความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ความยากลำบากในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย แบบแผนการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างถาวร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต เกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การรักษา และระยะเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตที่คาดเดาไม่ได้

## 2. การทำพินัยกรรมชีวิต

แนวคิดในเรื่องพินัยกรรมชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will) มีผลในทางกฎหมายเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในปี ค.ศ.1990 โดยบุคคลสามารถทำเอกสารปฏิเสธการพุงชีพในวาระสุดท้ายของชีวิต และภายใน ค.ศ.1997 ทุกรัฐได้มีการออกกฎหมาย

ดังกล่าวและสามารถกำหนดผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน ในประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ก็เริ่มมีการออกกฎหมายให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงในการปฏิเสธการพุงชีพ ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเรียกว่า advance directive (AD) (Brow, 2003) ซึ่งสำหรับประเทศไทย คือมาตรา 12 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า advance directive ไม่ได้ได้รับความนิยมหรือการยอมรับดีเท่าที่ควรตามเป้าประสงค์ โดยมีผู้ทำ advance directive เพียงร้อยละ 5-25 เนื่องจากเป็นการเกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตและเป็นเรื่องของการปฏิเสธการรักษา ซึ่งสร้างความกังวลใจกับแพทย์ผู้รักษา การวิเคราะห์ความล้มเหลวของ advance directive พบว่าการทำ advance directive มักไม่มีการพูดคุยถึงแนวทางการดูแลในระยาะที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่มีการพูดคุยถึงการมองเห็นคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการ การพูดคุยมุ่งไปที่ปฏิเสธการรักษาพุงชีพในวาระสุดท้ายเท่านั้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำ advance directive มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (non-cancer) ซึ่งการประเมินว่าเมื่อไรผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายบางครั้งประเมินได้ลำบาก ทำให้แพทย์ลำบากในการตัดสินใจและเลือกที่จะรักษาเต็มที่ ซึ่งมักตามมาด้วยการรักษาพุงชีพในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติและบางครั้งมีการยื้ออย่างยาวนาน รวมถึงไม่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะยื้อความตายจากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดการพัฒนาการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าขึ้น (advance care planning) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ได้รับการยอมรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว และเกิดความก้าวหน้าในพัฒนาการด้านนี้ไปอย่างมาก มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ Five Wishes มีการจัดตั้งองค์กรชื่อ Respecting Choices Program ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1991 เพื่อทำการรณรงค์ในวงกว้างในเรื่องการทำแผนดูแลล่วงหน้า มีการฝึกอบรมทีมสุขภาพและทีมในชุมชนเพื่อเป็น program facilitators อย่างเป็นระบบ รวมถึงจัดทำเอกสารบันทึกแผนการดูแลล่วงหน้าและส่งเสริมการใช้อย่างกว้างขวาง ผลลัพธ์ของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มการทำ advance directive ได้ถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 98 ของแนวทางการรักษาเป็นไปตามที่ผู้ป่วยได้วางแผนตัดสินใจไว้ล่วงหน้า ในสหราชอาณาจักรก็ได้มีการขับเคลื่อนเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเช่นกันโดยมีการจัดตั้งโปรแกรมชื่อ Preferred Priorities for Care ซึ่งดัดแปลงจาก Preferred Place of Care พัฒนาโดย Lancashire and South Cambria Cancer Network เพื่อประเมินโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลชุมชนซึ่งส่งเสริมการวางแผน ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น Preferred Priorities for Care และได้รับการนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งใน NHS End of Life Programme ร่วมกับ Liver Pool Care Pathway และ Gold Standard Framework ปัจจุบัน Preferred Priorities for Care ได้รับการนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในผู้ป่วย acute organ failure,



dementia, frail elderly, non-cancer illnesses ทั้งใน acute hospital, residential home และ hospice การประเมินผลการใช้ Preferred Priorities for Care พบว่า ได้ผลน่าพอใจ ทั้งในผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ส่วนในประเทศไทยนั้น ประเด็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เป็นที่รับรู้และเป็นข้อถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง คือ กรณีของพุทธทาสภิกขุ ท่านพุทธทาส ได้ปฏิเสธการรักษา โดยยืนยันว่า “ขอให้แผ่นดินนี้เป็นโรงพยาบาล และไม่หอบสังขารหนีความตาย” จนกระทั่งท่านอาพาธอีกครั้งหนึ่งด้วยอาการเส้นเลือดในสมองแตก พ.ศ. 2536 อันทำให้ท่านมรณภาพในเวลาต่อมา แม้ท่านจะเคยแสดงเจตนาไว้แล้วในการอาพาธ ครั้งก่อนแล้ว และย้ำกับผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอว่า ไม่ให้ช่วยชีวิตท่านอย่างผิดธรรมชาติ และต้องการมรณภาพโดย ไม่มีเครื่องช่วยชีวิตใด ๆ ติดตัว แต่เมื่อท่านไม่สามารถสื่อสารได้แล้ว ทำให้ท้ายที่สุดท่านจึงถูกส่งเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลและมีชีวิต โดยต้องอยู่กับเครื่องช่วยชีวิตสารพัดอย่างไปอีก 40 กว่าวัน ก่อนจะมรณภาพ (กองสารนิยกร, 2552) ในกรณีดังกล่าวความขัดแย้ง คือ ทศนะเกี่ยวกับชีวิตและความตายที่แตกต่างกัน ของท่านพุทธทาสภิกขุและผู้ที่ต้องการเห็นท่านมีชีวิตต่อไป รวมทั้งทัศนคติของการแพทย์สมัยใหม่ที่ยึดถือมิติทางกาย คือ การรักษาสัญญาณชีพต่าง ๆ อันเป็นสัญลักษณ์ของการมีชีวิตให้คงอยู่จนถึงที่สุดมากกว่ามิติ ด้านอื่น ๆ เช่น มิติทางด้านจิตวิญญาณ จึงนำไปสู่การตัดสินใจเด็ดขาดความตายของท่านออกไป และได้จุดประกาย ให้กับสังคมไทยเริ่มมีการพูดคุยกันถึงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาที่จะไม่ได้รับการรักษาอย่างเป็นจริง เป็นจิงนับแต่นั้นมา

ในช่วงต้นที่แนวคิดเรื่อง การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance directive/Living Will) เข้ามาในประเทศไทย จะถูกเรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” เป็นคำซึ่งสังคมไทยรู้จักมากกว่า 30 ปี แปรมาจากภาษาอังกฤษคำว่า “Living will” ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกับหนังสือแสดงเจตนา ก่อนเปลี่ยนเป็น “หนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์” เพื่อให้สอดคล้องและไม่สร้างความสับสนกับกฎหมายอื่นๆ เช่น กฎหมายพินัยกรรมอันเป็นเรื่องของการจัดการทรัพย์สินเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว แต่หากพิจารณาในอีกด้านหนึ่ง คำว่า พินัยกรรมชีวิต นั้นมีความหมายที่กว้างกว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (ดวงพร เพชรคง, ม.ป.ป.) เนื่องจากโลกตะวันตกในปัจจุบันยอมรับกันว่ากระบวนการในการทำพินัยกรรมชีวิต เปิดโอกาสให้ คนในครอบครัวได้มาสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะในเรื่องความตายระหว่างกัน เอกสารแนะนำการทำพินัยกรรมชีวิต บางฉบับได้แนะนำให้พูดคุยเรื่องดังกล่าวกับลูกหลานที่ถึงวัยในการจัดทำพินัยกรรมชีวิตได้ จึงทำให้การพูดคุยถึงความตายข้ามพ้นไปจากสถานะการเป็นเรื่องต้องห้าม และสามารถนำมาพูดจากันอย่างเปิดเผยได้อีกครั้งในโลกตะวันตก (ดวงพร เพชรคง, ม.ป.ป.) แนวคิดการทำพินัยกรรมชีวิต ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ในมาตรา 12

“มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ” (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าวมุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งต้องเข้าใจว่าการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องการุณยฆาต มิใช่กรณีเร่งการตายที่เป็น Active Euthanasia แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ การเขียน Living Will ไว้จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้เดินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia โดยไม่ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ การรักษาพยาบาลที่ควรกระทำคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ

จากการทบทวนความเป็นมาของการทำพินัยกรรมชีวิต ทำให้เห็นถึงความก้าวหน้าและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในต่างประเทศ การทำพินัยกรรมชีวิตจึงเป็นที่รู้จักและเกิดประโยชน์ ส่วนในประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีการพูดถึงและการยอมรับในทางกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ถึงกระนั้นก็ยังคงไม่แพร่หลายและอาจจะยังไม่เกิดขึ้นในวงกว้างมากนัก เห็นได้จากสถิติของศูนย์การุณรักษ์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีการทำเอกสารมาตรา 12 ร้อยละ 11 ในขณะที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2560 มีแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 85 ในขณะที่มีการทำเอกสารมาตรา 12 เพียงร้อยละ 8 (ศูนย์การุณรักษ์, 2560) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นว่าประเด็นการทำพินัยกรรมชีวิตนั้น ยังคงต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เพราะถึงแม้ว่าแนวโน้มผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้นแต่การทำพินัยกรรมชีวิตนั้นยังคงเกิดขึ้นน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิตในและเรียบเรียงเพื่อให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 2.1 ความหมายของพินัยกรรมชีวิต

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2554) ในคู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้กล่าวถึง กระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรองรับสิทธิในการเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในระยะสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลบังคับใช้ได้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และที่ผ่านมาในประเทศไทยเองหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ได้มีส่วนในการผลักดัน จนทำให้การทำพินัยกรรมชีวิตแบบ

ลักษณะอักษร สามารถทำได้โดยทั่วไปและถูกต้องตามกฎหมายทั้ง ในส่วนของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตเอง และแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต

หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ คือ หนังสือที่เขียนขึ้นเพื่อแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อการตายในวาระสุดท้ายของตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ บอเจตนาของตนให้คนอื่นทราบว่าตนต้องการตายอย่างสงบ โดยขอปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่ไม่มีประโยชน์ เพื่อยืดการตายออกไป หรือขัดขวางการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

พินัยกรรมชีวิต และ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาเป็นเรื่องเดียวกับหนังสือแสดงเจตนา คือ หนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์” เพื่อให้สอดคล้องและไม่สร้างความสับสนกับกฎหมายอื่นๆ เช่น กฎหมายพินัยกรรมอันเป็นเรื่องของการจัดการทรัพย์สินเมื่อเสียชีวิตไปแล้ว แต่หากพิจารณาในอีกด้านหนึ่ง คำว่า พินัยกรรมชีวิต นั้นมีความหมายที่กว้างกว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (ดวงพร เพชรคง, ม.ป.ป.)

**โดยสรุป** พินัยกรรมชีวิต หรือ Living Will หมายถึง เอกสารหรือหนังสือที่เขียนแสดง ความปรารถนาหรือเป็นการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจถึงความ ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเลือกวิธีการรักษาในวาระท้าย การจัดงานศพ การ บอกล่าวว่าจะเสีย หรือคำขอสุดท้ายของผู้ที่ใกล้จะเสียชีวิต เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความ เจ็บป่วยหรือความตายที่จะมาถึงในอนาคต โดยทำพินัยกรรมชีวิตในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี ผู้ ที่ปฏิบัติตามความในพินัยกรรมชีวิต เป็นการเคารพสิทธิของเจ้าของชีวิตในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ของเขาเอง อันเป็นสิทธิพื้นฐานที่นานาอารยประเทศยอมรับ โดยในการศึกษาค้นคว้าจะขอเรียกแทน หนังสือเจตนาดังกล่าวว่า พินัยกรรมชีวิต เนื่องจากเป็นเรื่องเดียวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยว การรักษา ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 อีกทั้งให้ความหมายที่ครอบคลุมตาม วัตถุประสงค์ของการทำพินัยกรรมชีวิต

## 2.2 หลักการของพินัยกรรมชีวิตตามความในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2554) ได้อธิบายเกี่ยวกับหลักการของการทำพินัยกรรมชีวิต ตามความในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติดังนี้ 1) มาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติ เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อถึงวาระ สุดท้ายของชีวิตและจะต้องจากไป ขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาพันนาการร่างไว้เพื่อยืดความตายออกไป 2) มาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มิใช่บทบัญญัติที่ให้บุคคลใดสามารถเร่งการตายได้ กล่าวคือมิใช่เรื่องของการรณ ฆาต หรือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วเข้า โดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ไม่ สามารถกระทำได้ ในเรื่องนี้ มาตรา 12 จึงเป็นกรณีของ Passive euthanasia 3) มาตรา 12 ของ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะใช้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น หากเป็นกรณีที่  
ยังรักษาได้ก็ต้องรักษาตามปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ในพินัยกรรมชีวิตว่า ไม่ประสงค์  
จะให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ประสงค์ให้เจาะคอ หากวันหนึ่งประสบอุบัติเหตุ และอยู่ในภาวะไม่  
รู้สึกตัว มีผู้นำส่งยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน จำเป็นจะต้องใส่  
เครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยชีวิต จะใส่ได้หรือไม่หรือต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยที่เขียนไว้ในพินัยกรรม  
ชีวิต โดยหลักการของพินัยกรรมชีวิต ใช้เฉพาะเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตหากเป็นกรณีทั่วไปหรือ  
กรณีฉุกเฉินที่จะต้องช่วยชีวิต ก็เป็นเรื่องที่ต้องรักษาพยาบาลกันไปตามความรู้และจริยธรรมวิชาชีพ  
4) หลักกฎหมายในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหากแพทย์ทำตามพินัยกรรมชีวิต กฎหมาย  
ได้บัญญัติรองรับไว้แล้วว่าการกระทำของแพทย์ไม่มีความผิดใด ๆ 5) เมื่อพินัยกรรมชีวิตเสร็จควรจะ  
ถ่ายสำเนาและเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากนั้นให้นำสำเนาไปแนบไว้กับเวชระเบียนใน  
โรงพยาบาลที่ไปรักษาเป็นประจำแพทย์ท่านใดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเวลานั้นก็จะ  
ทราบความประสงค์ของผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่งสื่อพินัยกรรมชีวิต ฉบับจริงควรจะเก็บไว้กับตัวเอง 6) การ  
แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการดูแลต่อไป  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายแม้แพทย์จะไม่สามารถให้การรักษาให้หายจากโรคได้แต่โดยจริยธรรมแห่ง  
วิชาชีพยังคงให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบซึ่งตาม  
นิยามที่เขียนไว้

### 2.3 แนวทางในการทำพินัยกรรมชีวิต

พินัยกรรมชีวิต เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของคนในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อ  
กำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเอง ต้องการในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วย  
ตนเองได้ (loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ (Storey P. & Knight CF., 1996) 1)  
instructive Directives เอกสารแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อ  
ช่วยพยุงชีวิตใน สถานการณ์ต่าง ๆ เอกสารนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอาการหนัก สูญเสียความสามารถใน  
การตัดสินใจได้แล้ว ในที่นี้คือ พินัยกรรมชีวิต 2) Proxy Directives บุคคลที่จะตัดสินใจตามความ  
ปรารถนาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วย สูญเสียสติสัมปชัญญะ เช่น คู่สมรส บุตร ครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วย  
แต่งตั้งขึ้น พินัยกรรมชีวิต สามารถทำได้โดย 1) เขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ หรือ  
ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต 2) ในกรณีที่ไม่วินิจฉัย หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถ เขียน  
หนังสือได้ แต่ยังสามารถพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะคืออยู่ สามารถให้ผู้อื่น ช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์  
ข้อความก็สามารถทำได้ โดยแจ้งด้วยวาจาต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิด และ  
ควรระบุ ชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ 3) การมอบ  
อำนาจให้บุคคลอื่นตัดสินใจในกระบวนการรักษาแทนตนเองเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้อีกต่อไป  
(proxy nomination) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สาระสำคัญของแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 12 ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2554 มีดังนี้

**2.3.1 คุณสมบัติของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต** ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ ย่อมมีสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามสภาพ หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ มีแนวโน้มว่าอาจเสียชีวิตในเวลาไม่กี่ปี โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่จะให้ข้อมูล ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักแล้วจึงจะให้คำแนะนำในคู่มือนี้ แต่ควรพิจารณาให้ความรู้ คำแนะนำตั้งแต่ช่วงที่ ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ หรือมีอาการในเริ่มแรก เมื่อได้ทำการรักษามาระยะหนึ่งแล้วแต่อาการป่วยยังไม่ดีขึ้น

**2.3.2 แนวทางการสื่อสารและการเปิดเผยข้อมูล** และการให้คำแนะนำเบื้องต้น การสื่อสารและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยของแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นเรื่องที่ต้องใช้ทักษะและการฝึกฝน ต้องมีศิลปะและความรู้ภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย บางครั้งก็เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องอาศัยกาลเทศะที่เหมาะสม ทำนองเดียวกัน กับกรณีการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย สิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลควรตระหนักคือ ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ สนใจว่าคู่มือนี้เป็นสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกทำหรือไม่ก็ได้

**2.3.3 เนื้อหาของพินัยกรรมชีวิต** เพื่อให้พินัยกรรมชีวิตมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการ ตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวตามกฎหมายกระทรวงข้อ 3 ตาม มาตรา 12 จึงควรระบุรายละเอียดในตัวอย่างพินัยกรรมชีวิตดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำพินัยกรรมชีวิต ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อความสะดวกในการติดต่อ การทำพินัยกรรมชีวิตควรมีพยานรู้เห็นด้วยเพื่อประโยชน์ ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มีข้อสงสัย เรื่องความถูกต้องโดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติ คนใกล้ชิดหรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ แต่หากไม่มีพยาน ก็ได้ทำให้พินัยกรรมชีวิตนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด เมื่อได้ทำพินัยกรรมชีวิตแล้ว ผู้ทำพินัยกรรมชีวิตควรแจ้งให้ผู้ที่ไว้วางใจ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ เพื่อน หรือคนใกล้ชิดทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำพินัยกรรมชีวิต

2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือ มีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุดถ้ามีการทำพินัยกรรมชีวิตไว้หลายฉบับ

3) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น การรักษาที่เกินความจำเป็น (futile treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว หรือการ

รักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

4) สามารถระบุชื่อบุคคลใกล้ชิดในพินัยกรรมชีวิต เพื่อทำหน้าที่อธิบาย ความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน และมีส่วนร่วมปรึกษาหารือกับแพทย์ ผู้ที่ทำหน้าที่นี้อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติหรือคนใกล้ชิด เพื่อน หรือผู้ที่เคารพ นับถือ ไว้วางใจก็ได้ โดยควรมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์

5) ระบุความประสงค์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การขอไปเสียชีวิตที่บ้าน การเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา การเตรียมพร้อมทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้สถานบริการ สาธารณสุขจะอำนวยความสะดวกได้ตามความเหมาะสม

#### 2.4 ผลของการทำพินัยกรรมชีวิต

การที่บุคคลได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือพินัยกรรมชีวิตนั้น มีประโยชน์ต่อตัวบุคคล ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อยู่หลายประการ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.5.1 บุคคลสามารถแสดงถึงวิธีการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการไว้ล่วงหน้า เพื่อถึงวันหนึ่งที่บุคคลนั้นไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้แล้ว หรือไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว

2.5.2 บุคคลยังมีอิสระที่จะแสดงความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านหรือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิต

2.5.3 เป็นโอกาสที่บุคคลจะได้สื่อสารหรือพูดคุยสิ่งต่าง ๆ กับผู้อื่นในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ เช่น การรำลา หรือแสดงความต้องการในวาระสุดท้ายที่แท้จริงของตน อีกทั้งผู้ป่วยอาจได้รับการเยียวยาทางจิตใจในช่วงสุดท้ายนี้

2.5.4 เมื่อบุคคลอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคองจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ

2.5.5 บุคคลไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ กล่าวคือไม่ทำให้วาระการตายยืดยาวออกไปโดยไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การปฏิเสศการปั๊มหัวใจเมื่อร่างกายอ่อนแอ การไม่ขอเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

2.5.6 ช่วยลดความขัดแย้งในความคิดเห็นของญาติในเรื่องการตัดสินใจในวิธีการรักษาผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยสามารถแต่งตั้งให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนตนได้

2.5.7 ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้ด้วยตนเอง

2.6.8 ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการรักษาพยาบาลที่เกินจำเป็น และไม่ทำให้ต้องทุ่มทรัพย์สินของทั้งผู้ป่วยและญาติไปยังการรักษาครั้งนี้เป็นจำนวนมาก

2.6.9 ลดความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์จึงสามารถกระทำการรักษาตามผู้ป่วยได้แสดงความจำนงไว้ซึ่งไม่ถือว่าผิดกฎหมาย ดังคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด กรณีฎกกระทรวงตามมาตรา 12 วันที่ 18 มิถุนายน 2558 ซึ่งได้ระบุว่าผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงมิได้ทอดทิ้งผู้ป่วย แต่ยังให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา

2.6.10 ลดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกินจำเป็นในระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลสามารถใช้ทรัพยากรต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ยังมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ เพราะมีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ

## 2.5 การทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ได้มีการผลักดันให้เกิดการทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร สามารถทำได้โดยทั่วไปและถูกต้องตามกฎหมายทั้ง ในส่วนของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตเอง และแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตอย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ถึงแม้จะมีกฎหมายรองรับแล้ว แต่การใช้พินัยกรรมชีวิตก็ยังไม่แพร่หลายอาจเพราะเป็นเรื่องใหม่อีกทั้งศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ในประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และประชาชนจำนวนมากอาจยังไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิต มาก่อน (พศิน ภูริธรรมโชติ, 2559)

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยมีน้อย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในต่างประเทศที่ พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ดังต่อไปนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา Hanson LC. and Rodgman E. (1996) พบว่า มีปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ คนผิวขาว ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีประกันบุคคล รายได้สูงและการศึกษาสูง (ระดับวิทยาลัยขึ้นไป) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นทางด้านสุขภาพที่ส่งผลให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง/โรคทางเดินหายใจ, ผู้ป่วยที่มี ประวัติมาพบแพทย์บ่อย ๆ ส่วนกลุ่มที่มีการทำพินัยกรรมชีวิตน้อย ได้แก่ กลุ่มคนผิวดำ ระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีประกันชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะ cognitive impaired

ประเทศญี่ปุ่น Masuda et al. (2001) ศึกษาเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของพินัยกรรมชีวิตที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งแตกต่างจากสหรัฐอเมริกาที่ยังที่ไม่ยอมรับพินัยกรรมชีวิตอย่างถูกกฎหมาย ผลการศึกษาพบว่าความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นตัว

ทำนายที่ดีที่สุดของการทำพินัยกรรมชีวิต การวิจัยดังกล่าวสามารถให้ความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับขอบเขตของการตัดสินใจด้วยตนเองและการเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยในญี่ปุ่น

การศึกษาในประเทศเยอรมนี Lang and Wagner (2007) พบว่า ประชาชนในกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วย (pre-clinical) ในประเทศเยอรมนี มีผู้ทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50 ที่วางแผนว่าจะทำ จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่จะทำให้มีการยอมรับการทำพินัยกรรมชีวิตของประชากร คือ อายุที่ยาวนานขึ้นโดยตั้งเป้าที่ มากกว่า 50 ปี และประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของญาติหรือคนรู้จักในปีที่ผ่านมา

Brown et al. (2016) ศึกษาโดยสำรวจผู้ที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชจำนวน 110 ราย เกี่ยวกับความรู้และความสมบูรณ์ของพินัยกรรมชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการทำพินัยกรรมชีวิตสำเร็จ ( $p < 0.01$ ) ความวิตกกังวลในการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทำพินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือมอบอำนาจทางการแพทย์น้อยลง ( $p = 0.03$ ) ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต มีการทำพินัยกรรมชีวิต มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต และระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะอาการของโรคเพิ่มขึ้น มีโอกาสน้อยที่จะปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต

สำหรับรูปแบบของการทำพินัยกรรมชีวิต การวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และมีผู้ที่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไปแล้วจำนวนร้อยละ 43 โดยแบ่งเป็นหนังสือมอบอำนาจ (Power Of Attorney) ร้อยละ 8 พินัยกรรมชีวิต (Living will) ร้อยละ 31 และทั้งสองแบบ คือ หนังสือมอบอำนาจและพินัยกรรมชีวิตจำนวนร้อยละ 61 (Douglas & Brown, 2002; Salmond & David, 2005)

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย โรงพยาบาลรามาริบัติ ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 16 คน เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต พบว่า 12 คนใน 16 คน มีแนวคิดที่จะสั่งการไว้ล่วงหน้าแต่มีเพียง 6 รายเท่านั้น ที่พร้อมจะทำพินัยกรรมชีวิต โดยส่วนใหญ่ที่ทำเพราะได้เห็นการรักษาหรือผลการรักษาช่วยชีวิตที่ตนไม่ชอบ ซึ่งผลสรุปจากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้าแต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะทำขณะนี้ ขอรอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อน เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง เช่น โรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและกลัวการทรมานจากการหัตถการยื้อชีวิตมากกว่า (มณฑล ศรียศชาติ & สายพิณ หัตถิรัตน์, 2554)

การศึกษาของ สุภาวดี วรพันธุ์ (2546) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวน 155 คน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา และความสัมพันธ์ในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



การศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2559) ศึกษาทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 280 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต อยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด เขียนพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 57.1 และเมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้ต่อการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตในเกณฑ์สูง และทัศนคติโดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง

**โดยสรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งโดยการศึกษาในประเทศที่ผ่านมานั้น ยังมีการศึกษาน้อย และยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง ต่างจากที่พบการศึกษาหลาย ๆ ชิ้นในต่างประเทศ ซึ่งภายใต้บริบทของความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งอาจทำให้พบผลการศึกษา องค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อไป

## 2.6 การประเมินการทำพินัยกรรมชีวิต

การประเมินการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย โดยได้จากการสอบถามจากผู้ป่วย และข้อมูลในเวชระเบียน ว่าผู้ป่วยได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้หรือไม่ โดยวิธีการทำพินัยกรรมชีวิตตามแนวทางปฏิบัติของกฎกระทรวง สามารถทำได้ 2 วิธีคือ (ไพศาล ฐัมสถิตย์, 2554)

- 1) ผู้ทำพินัยกรรมชีวิตที่มีสุขภาพแข็งแรงหรือผู้ป่วย เขียนหรือพิมพ์พินัยกรรมชีวิตด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำพินัยกรรมชีวิต
- 2) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถ เขียนหนังสือได้ แต่ยังสามารถพูดคุยนได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่น ช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยแจ้งด้วย วาจาต่อแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษา ญาติหรือผู้ใกล้ชิด และควรระบุ ชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้

การศึกษาของ Rodenbach et al. (2021) ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการทำพินัยกรรมชีวิตโดย เป็นข้อคำถาม 3 ข้อ รูปแบบใช่/ไม่ใช่ ได้แก่ 1) คุณได้พูดคุยถึงความปรารถนาเฉพาะเจาะจงที่คุณมีเกี่ยวกับการดูแลที่คุณต้องการรับหากคุณกำลังจะเสียชีวิตหรือไม่ 2) คุณทำหนังสือแสดงเจตจำนงดำรงชีวิตหรือส่งล่วงหน้าสำเร็จหรือไม่ และสุ 3) คุณได้เลือกสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเพื่อตัดสินใจแทนคุณแล้วหรือยัง หากคุณไม่สามารถตัดสินใจเองได้อีกต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้แบบประเมินการทำพินัยกรรมชีวิต ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นลักษณะข้อความคำถามเกี่ยวกับการรูปแบบการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยแสดงเครื่องหมายถูกหน้าข้อความ “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิต ได้แก่ 1) ท่านได้ทำพินัยกรรมชีวิต

ไว้แล้ว 1.1) ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง 1.2) บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร 1.3) ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต

ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้คำสืบค้น ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า/พินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง/ผู้ที่เป็นมะเร็ง Factor related to Advance directive/living will, Patiens with Cancer ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น เช่น Medline, Pubmed, CINAHL, Thailist ได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 32 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ ความเชื่อทางศาสนา ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ เป็นต้น และการทบทวนการศึกษาภายในประเทศ ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสำคัญเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยและผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ 1) อายุ 2) ระยะของโรคมะเร็ง 3) ความรุนแรงของอาการ 4) ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต 5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ 6) การสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.1 อายุ

##### 3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

Alano et al. (2010) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 85 ปีจะมีการทำพินัยกรรมชีวิต มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 59-75 ปี ประมาณ 6.3 เท่า (OR, 6.3; 95% CI, 1.2-32.3,  $p < 0.0263$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 76-85 ปีจะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 59-75 ปี ประมาณ 3.4 เท่า (OR, 3.4; 95% CI, 1.0-11.5,  $P < 0.0543$ )

Lynn et al. (2016) ให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน งานวิจัยนี้ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. 18-59 ปี และ 2. 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้สอบถามเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต กลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า นอกจากนี้ ในส่วนของการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตได้มากกว่ากลุ่มแรก 17.33 เท่า (OR, 17.33; 95%CI, 4.99-60.12,  $p < 0.001$ )

ในส่วนของงานวิจัยของ Sahm et al. (2005) ซึ่งศึกษาในกลุ่มของผู้ที่เป็นมะเร็งก็พบเช่นกันว่าอายุที่มากขึ้นนั้นสามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตได้ ทั้งนี้งานวิจัยไทยของ Srinonprasert et al. (2014) ที่ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเฉลี่ยอายุ 75.9 ปี (SD = 8.2 ได้ให้ผลการศึกษาว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี ไม่ต้องการยื้อชีวิตเมื่อโอกาสรอดมีน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี (OR, 9.88; 95% CI, 1.20-81.57, P = 0.03) กล่าวคือผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มแสดงความจำนงไม่ขอยื้อชีวิตในระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามงานวิจัยของ Alano et al. (2010) และ Lynn et al. (2016) ที่ผ่านมาในส่วนของงานวิจัยของ Morrison and Meier (2004) และ Kim (2011) ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป โดยพบว่าอายุไม่สามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิต

**โดยสรุป** ทิศทางของผลการศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีความหลากหลาย จึงต้องทำการศึกษาของปัจจัยนี้ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

### 3.2 ระยะเวลาของโรค

#### 3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของโรคกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

Brown et al. (2016) ศึกษาโดยสำรวจผู้ที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชจำนวน 110 รายในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 52 รายที่โรคกำเริบและอยู่ในระยะแพร่กระจาย ซึ่งได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ ในบรรดาผู้ป่วยที่โรคแพร่กระจายมากขึ้น ที่กล่าวว่าเคยทำพินัยกรรมชีวิตหรือหนังสือมอบอำนาจทางการแพทย์ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 32 เท่านั้นที่มีสำเนาเอกสารในเวชระเบียน โดยสรุปผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของโรค ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคเพิ่มขึ้น มีโอกาสน้อยที่จะทำพินัยกรรมชีวิต

Kim et al. (2017) ศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็ง 81 ราย พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้น ระยะเวลาของโรคมะเร็งน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต

**โดยสรุป** แม้ผลการศึกษาที่ผ่านในปัจจัยความสัมพันธ์ของระยะเวลาของโรคมะเร็งต่อการทำพินัยกรรมชีวิตยังมีน้อย อีกทั้งทิศทางของผลการศึกษาทั้งสองเรื่องทีกล่าวมาข้างต้นนั้นมีทั้งทางบวกและทางลบ ปัจจัยดังกล่าวจึงยังน่าสนใจที่จะทำการศึกษาในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งมีหลายระยะที่ต่างกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยระยะเวลาของโรคต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

### 3.3 ความรุนแรงของอาการ

ความรุนแรงของอาการเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ที่เป็นมะเร็ง อาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสนซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต (กิตติกร นิลมานันต์, 2555; Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991; National Comprehensive Cancer Network, 2003) โดยสามารถกล่าวถึงรายละเอียดได้ ดังนี้ 1) อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 34-96 2) อาการหายใจลำบาก พบได้ประมาณร้อยละ 39-61 3) อาการเบื่ออาหาร พบได้ประมาณร้อยละ 34 4)อาการท้องผูก พบได้ประมาณร้อยละ 32 5) อาการผิดปกติในการนอน 6) อาการสับสน พบได้ประมาณร้อยละ 28-83 7) อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต ทั้งนี้เมื่อใจเป็นทุกข์ย่อมทำให้ร่างกายเสื่อมทรุดลง และฟื้นตัวได้ช้า (พระไพศาล วิสาโล, 2552)

**โดยสรุป** ความรุนแรงของอาการ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นผลกระทบจากโรคมะเร็งที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ ได้แก่ เจ็บปวด เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบ อาการเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิต และทำให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ร่างกายทรุดลงมากขึ้น

### 3.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

Sahm et al. (2005) ได้ทำการศึกษาความต้องการแนวทางการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่แยกลงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดี โดยกลุ่มที่มีสุขภาพดีที่ต้องการ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและการรักษาที่เต็มที่ เช่น เคมีบำบัดและการล้างไต อย่างมีนัยสำคัญ (  $p < 0.01$  )

Morrison and Meier (2004) และ Carr and Khodyakov (2007) ได้ทำการศึกษาที่คล้ายกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเอง ณ ปัจจุบัน โดยมีระดับดังนี้ ดีมาก (excellent) ดี (good) ปานกลาง (fair) และแย (poor) โดยการวิเคราะห์จะให้ระดับดีมาก (excellent) หรือดี (good) เป็นกลุ่มอ้างอิง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (fair) และแย (poor) ไม่สามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตได้ กล่าวคือ ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ว่าคุณภาพตนเองอยู่ในระดับแยก็ไม่ได้หมายความว่า จะทำให้บุคคลนั้นทำพินัยกรรมชีวิตเสมอไป

Srinonprasert et al. (2014) ได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ พิจารณาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยให้เลือกตอบแค่ว่าดีหรือแย ผลการวิจัยนี้สนับสนุนผลการศึกษาข้างต้น

คือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพของตนเองกับการแสดงความจำนงในการยื้อชีวิตในระยะสุดท้าย

Kim (2011) ได้ให้ผลการศึกษาที่แตกต่าง งานวิจัยนี้ได้ให้กลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไปประเมินสุขภาพของตนเองตั้งแต่ 1 (แย่มาก) ถึง 4 (ดีมาก) ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายที่ตนได้ประเมินนั้นสามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตได้ โดยเมื่อบุคคลยังมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี ยิ่งมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น (OR, 1.91; 95%CI, 1.24-2.95, p < 0.05)

**โดยสรุป** จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาข้างต้นทำให้เห็นได้ว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตที่แตกต่างกันในทั้งทางบวกและทางลบ และมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีการศึกษามากพอในกลุ่มของผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยความรุนแรงของอาการ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

### 3.3.2 การประเมินความรุนแรงของอาการของโรค

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยพบว่า ในทางการแพทย์และการพยาบาลมักนิยมประเมินในเรื่องของความปวดโดยใช้ pain scale เป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วย ทุกประเภท แต่ในผู้ที่เป็นมะเร็ง และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นมักมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายหลายประการ จึงมีผู้สร้างแบบประเมินอาการต่าง ๆ ขึ้นคือ แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย แปลโดย Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, and Udomsubpayakul (2011) ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการคือ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ว่างซิม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย และใจ เหนื่อย หอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น ๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรง มากที่สุด ซึ่งเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง 1-3 หมายถึง ระดับต่ำ 4-6 หมายถึง ระดับปานกลาง 7-10 หมายถึง ระดับสูง ได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha = .86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ที่เป็นมะเร็ง (Chinda et al., 2011)

**โดยสรุป** การศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda et al. (2011) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นฉบับภาษาไทยง่ายต่อการทำแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยและ ผ่านการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้

### 3.4 ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

#### 3.4.1 ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

Morrison and Meier (2004) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจในผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 700 คนในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สอบถามกลุ่มตัวอย่างว่ารู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตหรือไม่ และ 2) ถ้าตอบว่า รู้จัก ให้ตอบคำถาม 6 คำถามซึ่งอยู่บนฐานของ New York State Proxy Law ผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า กลุ่มผู้ที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตแล้ว ได้คะแนนเกือบถูกต้องทั้งหมด (มากกว่า 4 ใน 6 คำถาม) มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ได้ตอบถูกน้อยกว่า อยู่ 2 เท่า (OR, 2.0; 95% CI, 1.4-2.9,  $P < 0.001$ ) กล่าวคือผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ามีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้ดังกล่าว น้อยกว่า

นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงสำรวจของ Ko and Lee (2014) ได้พบผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรายได้ต่ำ จำนวน 256 คนใน รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าเคยได้ยินเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตหรือไม่ และ 2) ถ้าตอบว่าเคย ให้อธิบายการทำพินัยกรรมชีวิต ในแบบที่ตนเองเข้าใจ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างนั้นได้กล่าวถึงลักษณะการนำไปใช้หลัก ๆ ของพินัยกรรมชีวิตได้ถูกต้อง (เช่น เป็นหนังสือแสดงความต้องการของตนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การมอบหมายให้คนที่เราไว้ใจหรือรู้ใจได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทนตนเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นมาถึง เป็นต้น ให้พิจารณาได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลด้วย Hierarchical Logistic Regression พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถอธิบายการทำพินัยกรรมชีวิตได้ (OR, 15.06; 95% CI, 5.38-42.16,  $P < 0.01$ ) ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต อยู่ 15.06 เท่า

อีกงานวิจัยหนึ่งที่ทำให้ผลสนับสนุนว่าความรู้มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต คืองานวิจัยของ Alano et al. (2010) ซึ่งได้ทำการวิจัยแบบสำรวจในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 200 คนในนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา แล้วได้ทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่มีการทำพินัยกรรมชีวิตและกลุ่มที่ไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิต จากการตอบแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ผู้วิจัยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มดังนี้ ผู้ที่มีการทำพินัยกรรมชีวิต มีแนวโน้มที่เคยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของพินัยกรรมชีวิตหรือเคยได้พบเห็นข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต จากทางสื่อต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิต ( $P < 0.0001$ ) ในขณะที่เดียวกันผู้ที่ไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิต มีแนวโน้มที่จะไม่มีใครเคยพูดคุยเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ให้ฟังหรือไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมา

ก่อน รวมถึงกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มากกว่ากลุ่มที่มีการทำพินัยกรรมชีวิตแล้ว ( $p < 0.0001$ ) นอกจากนี้ในส่วนของภาวะวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า ผู้ที่ถูกร้องขอให้ทำการทำพินัยกรรมชีวิตเคยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต มีแนวโน้มที่จะทำพินัยกรรมชีวิตเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอยู่ 55.2 เท่า (OR, 55.2; 95% CI, 11.4-266.7,  $P < 0.0001$ ) และผู้ที่ไม่เคยมีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต/ผู้ที่ไม่เคยการทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อน มีแนวโน้มที่จะไม่ทำการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เคยมีผู้ให้ข้อมูล/ผู้ที่ไม่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม/ผู้ที่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อน อยู่ 0.2 เท่า (OR, 0.2; 95% CI, 0.1-0.7,  $P < 0.0082$ )

**โดยสรุป** การมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิต โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า จะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในงานวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจตอบในเบื้องต้นว่าตนรู้จักการทำพินัยกรรมชีวิต ในงานวิจัยนี้จะประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตด้วยการทำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้จะเป็นผู้ต้องที่เข้าใจสาระสำคัญเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตด้วย

### 3.4.2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม วณิชพร พิพัฒน์ธนวงศ์ (2011) ได้สร้างแบบประเมินเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต โดยอ้างอิงข้อมูลจาก American Cancer Society (2016), Annadurai et al. (2014), National Institute on Aging (2016), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559), แสง บุญเฉลิมวิภาส (2550), และอภิชาติ รอดสม และคณะ (2558) แบบประเมินเป็นประโยคบอกเล่าที่กล่าวถึงประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต 8 ประโยค จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าแต่ละประโยคนั้นกล่าวถูกต้องหรือผิด โดยให้ใส่ เครื่องหมายถูก หน้าประโยคที่เห็นว่าถูกต้อง และเครื่องหมายผิด หน้าประโยคที่เห็นว่าผิด ประโยคที่ถูกต้องมีทั้งหมด 4 ข้อ และประโยคที่ผิด มีทั้งหมด 4 ข้อ การคิดคะแนนคือประโยคละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนน และช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 - 8 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงคือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมาก จากการวิเคราะห์สถิติ independent-samples t - test พบว่า โดยรวมแล้วแต่ละข้อมีอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ดี ( $P < .05$ )

**โดยสรุป** เนื่องจากเครื่องมือการประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยนั้นยังมีน้อยมาก การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่พัฒนาขึ้นโดย วณิชพร พิพัฒน์ธนวงศ์ (2011) เป็นแบบประเมินเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับ

พินัยกรรมชีวิต โดยผู้วิจัยจะนำแบบประเมินดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่จะทำการรักษาและจะทำการตรวจสอบความตรง ความเที่ยงของเครื่องมือต่อไป

### 3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

#### 3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

Conte, Weiner, and Plutchik (1982) กล่าวถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายว่าเป็นความรู้สึกกังวล หวาดกลัว เมื่อนึกถึงความตาย โดยแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรमान 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียวดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต

Seneca (1979) กล่าวว่า โดยปกติคนจะกลัวความตาย คนกลัวความตายเพราะความตายเป็นสิ่งที่เราไม่รู้จักรั ความตายเป็นความแน่นอนที่ไม่แน่นอน เพราะคนเรารู้ว่าความตายต้องเกิดขึ้นกับทุกคนแต่ไม่ทราบว่าจะเมื่อตายไปแล้ว ชีวิตตนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และจะตายเมื่อไรแต่โดยสรุปการกลัวตายของคนมีพื้นฐานมาจากความกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักและกลัวการเข้าไปสู่อาณาจักรที่ตนเองไม่รู้จักรั และจากผลการศึกษาของโรงพยาบาล Royal Victory hospital สรุปว่าความกลัวความตายของคนประกอบด้วย กลัวทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้ กลัวหายใจไม่ออก กลัวการเสื่อมของจิตใจ และกลัวสูญเสียการควบคุมตัวเองและกลัวการอยู่อย่างเดียวดายขณะตาย

Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, and Chan (2017) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความตื่นตระหนกที่เกิดจากความกลัวในความตาย และ/หรือ กระบวนการตาย

ขจรศรี แสนปัญญา (2553) ให้ความหมาย ความวิตกกังวลต่อความตาย คือ ภาวะขุ่นมัวทางจิตใจ ความรู้สึกกังวล หวาดหวั่น เครียด ไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ จิตใจฟุ้งซ่าน เป็นทุกข์ รู้สึกกลัวเมื่อจินตนาการหรือนึกถึงการสิ้นสุดลงของชีวิต

วริทธิ์ตา จารุจินดา (2561) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่เห็นชัดเจน เป็นนามธรรมบางครั้งเกิดความกังวลล่วงหน้าก่อนสิ่งนั้นจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางธรรมชาติที่บุคคลตั้งใจ หรือคาดการณ์ต่อความตายของตนเอง ความคิดเรื่องการไม่มีชีวิตอยู่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประกอบด้วยความกลัวหลาย ๆ เช่น กลัวความไม่สุขสบาย กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่มีตัวตนอยู่ กลัวผลลัพธ์ของความตาย กลัวการพลัดพรากและการสูญเสียคนรัก ตรงภาษาอังกฤษกับคำว่า UNKNOWN สภาพจิตสังคมที่ปรากฏในกระบวนการภาวะใกล้ตาย นั้นจึงเรียกว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (death anxiety)



**โดยสรุป** ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง เป็นปฏิกิริยาของบุคคลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่มีความรู้สึกทางจิตใจ เกิดความเครียด ความกังวล ที่มีต่อเรื่องความตายที่ยังไม่เกิด หรือความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นผลมาจากการเป็นมะเร็ง

### 3.5.2 องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

แนวคิดเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมักมีองค์ประกอบของการถูกทำลายล้าง ความกลัวการพลัดพราก องค์ประกอบความกลัวตายของมนุษย์ 4 ประการ โดยมีหลักพิจารณาที่กระบวนการใกล้ตาย ความตายที่แท้จริงของตนเอง ความคิดเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายและการถูกห้อมล้อมด้วยบรรยากาศของความตาย สามารถแยกองค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้ 4 ด้าน ดังนี้ (Lonetto & Templer, 1986: 42-43)

1) ด้านความคิด ความรู้สึก (cognitive affective) การมีความคิดและความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะใกล้ตาย ความรู้สึกหวาดกลัว เมื่อมีการพูดถึงการตาย กลัวความตาย และผลของความตายเกิดความหวั่นวิตก เมื่อคิดถึงชีวิตภายหลังความตายและอนาคต

2) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (physical alterations) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะใกล้ตาย และการตาย เช่นการผ่าตัด ภาพศพ กลัวการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากอาการเจ็บหนัก หรือ การเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย

3) ด้านการตระหนักรู้เรื่องเวลา (awareness of time) การตระหนักรู้เรื่องเวลาที่ผ่านไป ของช่วงระหว่างที่เกิดจนกระทั่งเข้าสู่ความตาย กลัวเวลาจะผ่านไปอย่างรวดเร็ว กลัวอายุสั้น

4) ด้านสภาพการณ์ก่อให้เกิดความเครียด และความเจ็บปวด (stressors and pain) ความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากความเจ็บปวด และสภาพที่ถูกบีบคั้นที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิด เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง กลัวจะมีอาการหัวใจวายกะทันหัน รู้สึก หวาดกลัว สยดสยองต่อสงคราม ต่อเหตุการณ์ที่มีผู้คนล้มตายจำนวนมาก

### 3.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

เมื่อก้าวถึงโรคมะเร็ง สิ่งที่คุณป่วยนึกถึงอยู่เสมอคือเรื่องความตายส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวั่นไหว ไม่มั่นคงในชีวิต ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสูญเสียและการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักที่กำลังใกล้เข้ามา เป็นความคับข้องใจ ความสิ้นหวัง ที่ไม่สามารถยืดเวลาหรือหลีกเลี่ยงความตายได้ เกิดความคิดที่ทว่าทวนไม่สามารถสลัดได้พ้น จึงกลายเป็นความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (death anxiety)

Rodenbach et al. (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความเข้าใจในความเจ็บป่วย ความต้องการเกี่ยวกับการรักษา และ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากผู้ป่วย 672 ราย พบว่า ผู้ที่มีความกังวลในระดับสูงมักจะอธิบายตนเองว่าป่วยระยะสุดท้าย (adjusted odds ratio [AOR] = 1.98; 95% CI = 1.10–3.54; P = 0.021) และต้องการการรักษาแบบยืดอายุมากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง (AOR = 2.61; 95% CI = 1.30–5.22; P = 0.007) และจะทำพินัยกรรมชีวิตน้อย (AOR = 0.49; 95% CI = 0.25–0.94; P = 0.032)

Tang et al. (2018) ศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายชาวไต้หวัน 256 ราย พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในระดับสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย ความสนใจของผู้ป่วยในการปรึกษาพูดคุยร่วมกันในการวางแผนการดูแลในระยะท้ายไม่ประสบความสำเร็จ

การศึกษาของ Brown et al. (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อการอภิปรายการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากพินัยกรรมชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า การแจ้งความต้องการในการไม่ยื้อชีวิตไว้กับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่ลดลง (P = 0.008 และ P = 0.001)

**โดยสรุป** จากการทบทวนวรรณกรรม ระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิต โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลต่อความตายที่สูง จะเป็นอุปสรรคต่อการพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการทำพินัยกรรมชีวิตด้วย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความวิตกกังวลต่อความตายสูง ทำพินัยกรรมชีวิตน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยความวิตกกังวลต่อความตายต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

### 3.5.4 การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

การประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

1) Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (Templer, 1970) เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่ถูกนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย รวมถึง ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามดั้งเดิมมีลักษณะมาตรวัดแบบ จริง-ไม่จริง (True-False) ต่อมาได้ถูกพัฒนาเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน (1=ไม่เห็นด้วย ไปถึง 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) รวมมีค่าคะแนน 15 - 75 คะแนน คะแนนในระดับต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตายในระดับ

ต่ำ Templer (1970) รายงานความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้โดยการทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาในวิทยาลัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 Yang, Zhang, Lu et al. (2016) ได้นำแบบสอบถามชุดนี้มาแปลเป็นภาษาจีนและนำไปใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 50 คนและได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามนี้โดยรายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 81 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Validity) พบว่าอยู่ในระดับสูง

2) The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) (Conte et al., 1982) แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหวาดกลัวความไม่รู้ 2) ด้านความหวาดกลัวความทรนาค 3) ด้านความหวาดกลัวความเดียดาย และ 4) ด้านความหวาดกลัวการดับสิ้นชีวิต มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน กังวลน้อย (1) กังวลปานกลาง (2) กังวลมาก (3) รวมมีค่าคะแนน 15-45 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในระยะแรกเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 100 คน โดยรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธี Split-half เท่ากับ .76 และในระยะที่ 2 ศึกษาความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาของวิทยาลัยจำนวน 230 คนรายงานความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .83 และได้ทำการหาความเที่ยงด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .87 แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำไปใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามโดย Sherman, Norman, and McSherry (2010) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 38 คน และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .82

**โดยสรุป** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และถูกนำมาใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะที่คล้ายกันกับการศึกษาครั้งนี้ คือกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งอีกทั้ง Sherman et al. (2010) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามแล้วพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือชุดนี้เท่ากับ 82 ซึ่งแปลว่าเครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (DeVellis & Thorpe, 2021) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อพบว่าเข้าใจง่าย โดยผู้วิจัยใช้ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) ฉบับภาษาไทย แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

รายชื่อ (Content Validity Index for item: I-CVI) แต่ละข้อคำถามมีค่า I-CVI  $\geq$  .8 ทุกข้อคำถาม ข้อคำถามทั้งหมดได้ ค่า CVI = .96

### 3.6 การสนับสนุนทางสังคม

#### 3.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมและเอื้อให้บุคคลมีความสุขความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Cassel (1974) นิยาม การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นมวลประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งส่งเสริมความสุขทางใจมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ 1) เป็นแหล่งของการเกิดปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวนายจ้างหรือแม้แต่บุคคลอื่นใด 2) เป็นการเกิดขึ้นของปฏิสัมพันธ์หรือเป็นมวลประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ และ 3) เป็นผลที่ได้จากการนึกถึงการมีปฏิสัมพันธ์หรือประสบการณ์นั้น จะทำให้บุคคลเพิ่มความเคารพและเห็นคุณค่าในตนเองรวมถึงสามารถเพิ่มพูนความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับบุคคลนั้นได้อีกด้วย

Cobb (1976) อธิบายการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลรวมถึงการได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของต่าง ๆ จากกลุ่มบุคคลทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทำให้ได้รู้ว่าได้รับความรักใคร่ผูกพัน ได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ทำให้รู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Walston et al. (1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสุขสบาย ความช่วยเหลือ และ/หรือ ข่าวสารข้อมูลที่คุณจะได้รับจากบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่นที่ตนเองมีการติดต่อสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

Cohen et al. (2000) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการรับรู้ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือแหล่งการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจริงหรือที่ปรากฏขึ้นในการตอบสนองต่อการรับรู้ซึ่งบุคคลต้องการความช่วยเหลือบุคคลจะมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมในหนึ่งกลุ่มหรือมากกว่าหนึ่งกลุ่มสังคมที่แตกต่างกันโดยไม่มี ความตั้งใจที่จะแลกเปลี่ยนหรือการสนับสนุนใด ๆ

**โดยสรุป** การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ หรือหน่วยงานสังคมอื่น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและสามารถตัดสินคุณค่าในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือการดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติรวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลได้รับเหล่านั้นได้

### 3.6.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยพอจะสรุปประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้ดังต่อไปนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ ความรู้สึกของความรักและห่วงใย การทำให้ไว้วางใจรวมถึงความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของให้กับบุคคล เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีเรื่องต่าง ๆ มีคนรับฟังและให้คุณค่า เขาก็จะพัฒนาการตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ดูแลตัวเองและเกิดความมีคุณค่าในตัวเองเพราะการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งและคงที่กับสภาวะสุขภาพที่ดี (Haber, 2003)

2) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมและการให้บริการซึ่งได้ช่วยบุคคลที่มีความต้องการโดยตรง ยกตัวอย่างเช่น การให้ความช่วยเหลือทางการเงินและการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ การสนับสนุนทางด้านความเป็นเครื่องช่วยที่ตีมีความสัมพันธ์กับการช่วยลดอาการของโรคเครียด (Psychosomatic) รวมถึงความทุกข์และความเจ็บป่วยทางอารมณ์ ขณะเดียวกันยังสามารถทำให้เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตให้มากขึ้น (Haber, 2003) บางตำราเรียกการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้ว่า Tangible support คือการสนับสนุนทางด้านสิ่งของที่จับต้องได้ (สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2551)

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง การให้ผลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อช่วยให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ของปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (Haber, 2003)

4) การสนับสนุนทางด้านศักดิ์ศรี (Esteem support) เป็นลักษณะของการสนับสนุนซึ่งทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติ หรือการแสดงออกในเชิงสร้างสรรค์ในลักษณะที่เห็นด้วยกับความคิดหรือความรู้สึกหรือให้กำลังใจจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า มีความหมาย และพร้อมจะต่อสู้กับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น การสนับสนุนในลักษณะนี้จึงช่วยให้บุคคลมองตนเองในแง่ดี และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น (สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2551)

### 3.6.3 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นมะเร็ง

สิ่งที่ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญ ได้แก่ อาการและความรุนแรงของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาผู้ป่วยต้องจัดการตนเอง ตามแนวทางการรักษา และต้องประสบกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อีกทั้งยังต้องเผชิญกับการปรับตัวเข้ากับสภาพของตนเอง (ชุมพร รุ่งเรือง, 2542) นอกจากนี้โรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาท สำคัญต่อการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย การศึกษาที่ ผ่านมาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะ

สามารถเผชิญความเครียดหรือ ปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุภรณ์ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) โดยทั่วไปเมื่อบุคคลเจ็บป่วยมักเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน และญาติ ๆ จึงถือว่าเป็นบุคคลสำคัญ (สุรัชย์ มณีเนตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2557) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง จนสามารถปรับตัวเข้ากับ สถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังประสบอยู่ได้

### 3.6.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) (Scafer et al, 1981)มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านการสนับสนุน การประเมินค่า ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนทางสิ่งของเครื่องใช้ โดย นวลจันทร์ ธานินสุรัตน์ และคณะ (2002) ได้นำมาแปลและดัดแปลงใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วัดการได้รับการสนับสนุนจาก แหล่งประโยชน์ 5 แหล่ง คือ 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่สมรส บุตรบิดามารดา ญาติที่ใกล้ชิดและคนรับ ใช้ 2) บุคคลที่ผู้ป่วยมาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับยาเคมีบำบัด 3) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4) เพื่อน รวมทั้ง เพื่อนบ้านและ 5) หัวหน้าและผู้ร่วมงาน ส่วนที่ 2 เป็นการวัดปริมาณการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของและ บริการ จำนวน 7 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จากไม่ได้รับความ ช่วยเหลือเลยให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน นำ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละข้อรวมกัน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 28 คะแนน คะแนน มาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากซึ่งแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของอาจารย์สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988).ได้นำไปใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 112 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .97 ต่อมา เกษรา แก้วนิล และคณะ (2558) ได้นำ ไปใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 131 คน คำนวณได้ค่าความตรงทางเนื้อหาเท่ากับ .81 มีค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟาเท่ากับ .91

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Schaefer และคณะ (1981) (Social Support Questionnaire: SSQ) ที่ Hanucharunkul (1988) แปลเป็นภาษาไทย และนิตยา ฤทธิเพชร (2554) ระดับมาตราส่วนประเมินค่า 5 ข้อคำถามมีความ กระชับ และมีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ เป็นเครื่องมือที่เคยใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งยังมี ความเที่ยงและความตรงทางเนื้อหา

### 3.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

Xing et al. (2017) ศึกษาเพื่อตรวจสอบการยอมรับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งชาวจีนและครอบครัว และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 412 ราย พบว่า ผู้ป่วย 246 รายและสมาชิกในครอบครัวของพวกเขาปฏิเสธการอภิปรายอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยที่เหลือ 166 รายและครอบครัวของพวกเขายอมรับแนวความคิดของพินัยกรรมชีวิตและลงนามในเอกสารที่ตกลงที่จะไม่รับรักษาเพื่อยืดชีวิตและไม่เกิดประโยชน์ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียง 24 รายที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การศึกษานี้สรุปไว้ว่า การทำพินัยกรรมชีวิตไม่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในผู้ที่เป็นมะเร็งจีน ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีส่วนตัดสินใจหลักในการเลือกแนวทางการรักษา ชาวจีนมักหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงความตาย ส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อและวัฒนธรรมจีน เนื่องจากความเชื่อเรื่องโชคลางที่พูดเรื่องความตายจะทำให้โชคร้าย

Boerner, Carr, and Moorman (2013) ศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการทำพินัยกรรมชีวิต กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 293 คน พบว่าระดับการสนับสนุนจากครอบครัวที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและในทางบวกกับโอกาสที่จะมีการอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าและการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น ( $p < .05$ ) และการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรสจะเพิ่มโอกาสในการพูดคุย ( $OR = 4.34, p < .05$ ) สามารถสรุปจากการศึกษานี้ได้ว่า การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากคนในครอบครัวหรือคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพูดคุยอภิปรายในการทำพินัยกรรมชีวิต

**โดยสรุป** การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวและบุคคลที่ตนรัก และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและรับทราบเกี่ยวกับโรค การรักษา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิต ที่ถูกต้องและเพียงพอ จากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ที่เป็มะเร็งมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมี ความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรในบริบทของสังคมไทย ที่มีความสัมพันธ์ของครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องและถือเป็นสถาบันหลักที่สำคัญของคนไทย

## 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดหรืออาการของโรค นอกจากด้านร่างกายแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดในบทบาท

อิสระของการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ พยาบาลสามารถสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อผู้ป่วยสามารถเผชิญกระบวนการดำเนินของโรค (มะลิวรรณ กระโพธิ์, 2561) สำหรับบทบาทในการส่งเสริมการทำพันธกรรมชีวิตนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง สามารถทำได้โดยการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการทำพันธกรรมชีวิต มีบทบาทในกระบวนการพูดคุยที่เรียกว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยใช้กระบวนการสนทนาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์ เป็นกระบวนการสำคัญที่จะพูดถึงเรื่องของการทำพันธกรรมชีวิตซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักและใช้เป็นเครื่องมือหรือตัวแทนในการสื่อสารถึงการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ยังรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยด้านอื่นๆ ที่ได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า พยาบาลสามารถใช้กระบวนการนี้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่ภาวะวิกฤติจะมาถึง อีกทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และ สื่อสารเพื่อวางแผนเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบาย ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตามจริง เข้าใจว่ามีทางเลือกและแต่ละทางเลือกมีข้อดีข้อเสีย อย่างไร หลังจากได้ข้อสรุปแล้วการบันทึกผลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียน และสื่อสารกันในทีมเพื่อที่จะได้ปฏิบัติให้เป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554) บทบาทพยาบาลในการทำพันธกรรมชีวิต สามารถอธิบายได้ดังนี้

4.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมประกอบด้วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายได้แก่ การจัดการความปวด การหายใจลำบากอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูกนอนไม่หลับ หรือกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะสับสน เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ด้านจิตใจมีการให้กำลังใจ พร้อมทั้งมีการปลอบโยนเมื่อเสียใจให้ความหวังตามความเป็นจริง รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร มีการสอบถามปัญหาและความต้องการของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งให้ความมั่นใจในคุณภาพการบริการพยาบาล ด้านจิตวิญญาณสามารถกระทำได้โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก (จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปสานิกร. 2555) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เนื่องจากการปฏิบัติตามความเชื่อและความศรัทธาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสบายใจ มีความหวังและกำลังใจพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตก็สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณอย่างดีแล้วนั้นจะก่อให้เกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในบริการของทีมสุขภาพพร้อมทั้งจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตนเองล่วงหน้าต่อไป



4.2 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย พยากรณ์โรค แผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา มีการสอบถามความต้องการข้อมูลของญาติโดยคำนึงถึงความพร้อมของผู้รับข้อมูล มีเทคนิคในการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจนและมีความต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ (ปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา, 2554) เพื่อลดความเครียด วิตกกังวล และความกลัวของญาติ

4.3 ทำหน้าที่คอยอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำประชุมครอบครัวเพื่อหาข้อสรุปแผนการเลือกแนวทางการรักษาตนเองล่วงหน้า การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มีส่วนร่วมด้วยในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว

4.4 บทบาทในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และพัฒนาทักษะในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อตอบสนองต่อความต้องการสูงสุดของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าความตระหนักรู้ตนเองของพยาบาลวิชาชีพ และทัศนคติของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อีกทั้งยังพบว่าอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการมีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต, 2557)

โดยสรุป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้พันธกรรมชีวิต เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยการให้ความรู้ แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักการทำพันธกรรมชีวิตอย่างถูกต้อง และให้รับทราบถึงประโยชน์ของการทำพันธกรรมชีวิต อันเป็นสิทธิทางกฎหมายที่ผู้ป่วยมี อีกทั้งพยาบาลยังมีบทบาทการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ในเรื่องของการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คอยให้คำแนะนำในทางเลือกที่ผู้ป่วยตัดสินใจยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และปฏิบัติการพยาบาลตามที่ผู้ป่วยได้เลือกไว้ในพันธกรรมชีวิต อีกทั้งยังเป็นตัวแทนในการสื่อสารถึงความต้องการของผู้ป่วยกับ ญาติ และแพทย์ผู้รักษาอีกด้วย ซึ่งการที่จะสามารถให้การพยาบาลเพื่อให้มีการวางแผนการรักษาล่วงหน้า รวมถึงการทำพันธกรรมชีวิตสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ดังนั้นพยาบาลควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านความรู้ ทักษะประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการรักษาล่วงหน้า และการทำพันธกรรมชีวิต มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้เกิดประโยชน์สูงสุด

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ค่านิยมทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์เป็นปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความการตัดสินใจของคน ในการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าและต่อการทำพินัยกรรมชีวิต สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจปัจจัยทาง วัฒนธรรม ชาติพันธุ์ ศาสนา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการรักษาเมื่อระยะท้ายของ ชีวิต ความเข้าใจดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้ให้บริการเข้าใจคตของตนเองและคตที่อาจเกิดขึ้นของ ผู้ป่วย Eleazer et al. (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์และความปรารถนาในการดูแล สุขภาพ รวมทั้งการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า คนอเมริกันผิวขาว ผิวดำ เชื้อสายฮิสแปนิค และชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านความปรารถนาในการ ดูแลสุขภาพและวิธีการรักษาที่พวกเขาเลือก คนผิวดำมีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาเชิงรุกอย่างมี นัยสำคัญ และมีโอกาสน้อยกว่าคนผิวขาวที่ไม่ใช่ชาวสเปนและฮิสแปนิคที่จะทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อ แสดงความปรารถนาในการดูแลสุขภาพ คนผิวขาวมีแนวโน้มที่จะทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่คนเอเชียมีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาเชิงรุกน้อยกว่า และน่าจะทำพินัยกรรมชีวิตสูง

Pautex, Herrmann, and Zulian (2008) ศึกษาความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิต ในผู้ ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 228 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ พินัยกรรมชีวิต และตัดสินใจว่าจะทำพินัยกรรมชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายที่มีโรคที่ ลูกหลานควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และได้รับการสนับสนุนให้ทำพินัยกรรมชีวิต โดย มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความกลัวความวิตกกังวล อีกทั้งเพื่อปรับปรุงการสื่อสารระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์เกี่ยวกับทางเลือกการรักษาที่ต้องการ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังทำพินัยกรรมชีวิต หนึ่งสัปดาห์ ( $P = 0.030$ ) มีระดับความพึงพอใจที่สูงขึ้น ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลระยะ สุดท้ายของชีวิตตามพินัยกรรมชีวิต ( $P = 0.878$ )

Bernal, Marco, Parkins, Buderer, and Thum (2007) ทำการศึกษาภาคตัดขวาง ใน ประชากรรัฐโอไฮโอ เพื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการ ทำพินัยกรรมชีวิต ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นครอบครัวของผู้ป่วยที่ผู้เสียชีวิต จำนวน 165 คน พบว่า ร้อยละ 86 เห็นด้วยว่าครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมในการทำพินัยกรรมชีวิต และ ร้อยละ 91 ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตที่ได้เขียนไว้ ของสมาชิกในครอบครัว และอีกประเด็นที่ น่าสนใจคือ ร้อยละ 93 เห็นด้วยว่าพยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลและตอบคำถามทำให้เข้าใจ การทำพินัยกรรมชีวิต และแพทย์สามารถสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวได้ดี ร้อยละ 83

Parsons et al. (2010) ประเมินผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 2,538 รายที่เข้ารับการ รักษาใน Palliative Care Unit ของศูนย์มะเร็ง โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการไม่ ช่วยชีวิต พบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นปฏิเสธคำสั่งไม่ช่วยชีวิตร้อยละ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนี้ คือ

การควบคุมยาแก้ปวดที่ไม่ดี ( $p = 0.0005$ ) มีอาการคลื่นไส้ ( $p = 0.05$ ) และหายใจลำบาก ( $p = 0.002$ ) หลังจากการวิเคราะห์หลายตัวแปร ความสัมพันธ์มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง (OR 3.19,  $p = 0.002$ ) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัจจัยร่วมต่าง ๆ ในระดับผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาการอย่างเพียงพอและการจัดการกับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

Keating et al. (2010) ศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามีแพทย์เพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่พูดถึงสถานการณ์ห้ามช่วยชีวิต (DNR) ทันที เทียบกับร้อยละ 26 ที่รายงานว่าจะไม่มีการรักษาแบบ Active อีกต่อไป เมื่อพิจารณาถึงการสนทนาเกี่ยวกับการลงทะเบียนการดูแลแบบประคับประคอง เปอร์เซ็นต์ของแพทย์ที่เลื่อนการอภิปรายนี้ออกไปจนกว่าจะไม่มีการรักษาใด ๆ เพิ่มเติมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 49 ปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเป็นพูดถึงการพยากรณ์โรค แต่ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ใช่ด้านมะเร็งมีหน้าที่รับผิดชอบในการอภิปรายส่วนใหญ่ในช่วงแรกๆ เกี่ยวกับ DNR ( $p < 0.001$ )

**โดยสรุป** การทำพินัยกรรมชีวิต มีส่วนในการบรรเทาความทุกข์ ของผู้ป่วยและครอบครัว และความวิตกกังวล เพิ่มความเป็นอิสระ การบรรเทาจิตใจ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ระบบสุขภาพก็ได้รับประโยชน์เช่นกัน โดยลดต้นทุนที่ไม่จำเป็น แม้จะมีประโยชน์ที่กล่าวถึงข้างต้น แต่อัตราการนำไปใช้ของพินัยกรรมชีวิตนั้นแตกต่างกันอย่างมาก การศึกษาในต่างประเทศทำให้เห็นถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของกระบวนการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของผู้ป่วย และการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างแพร่หลาย แต่ก็ต้องยอมรับว่ายังมีอุปสรรคหลายอย่างที่ทำให้การทำพินัยกรรมชีวิตนั้นไม่ประสบความสำเร็จถึงแม้ผู้ป่วยจะทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้วก็ตาม

## 5.2 งานวิจัยในประเทศ

สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง แต่พบว่ามีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในเรื่องการตัดสินใจในการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มคนทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

สุภาวดี วรพันธุ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวน 155 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุกสถานการณ์ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความทรมานแม้ว่าอาจทำให้ติดยาหรือถึงแก่กรรมเร็วขึ้น และเห็นด้วยต่อการใช้สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 58.7 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบและปัจจัยเกี่ยวพันทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่ต้องเสีย

ไปในการตายอย่างสงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่จะต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกัน ทำนายการแสดงจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 22.6

วนัชพร พิพัฒน์ธนวรงค์ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ หนังสือเจตนา การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย ตามองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจาก ปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยนะของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยนะของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การนำครุเวลา ชีวิตที่เหลืออยู่ แล้ว ปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษาที่มีต่อการตัดสินใจ ทำหนังสือแสดงเจตนาอย่างมากเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ บุคคลที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล เพราะรู้จัก การทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 204 คน ช่วง อายุ 18-74 ปี ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้งหมดอธิบายการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ได้ร้อยละ 11 โดยการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตาย ( $\beta = -0.203, p = .005$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ( $\beta = .267, p = .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

พศิน ภูริธรรมโชติ (2560) ศึกษาทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผล ต่อการตัดสินใจจะทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย 280 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต อยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีเพียงร้อยละ 1.4 จากผู้เข้าร่วม วิจัยทั้งหมด การตัดสินใจที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตในอนาคต ร้อยละ 57.1 และเมื่อนำมาวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจที่จะทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตในเกณฑ์สูง และทัศนคติ โดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติตนเองหรือญาติเคยใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนและมุมมองต่อ ความตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

**โดยสรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิตทั้งในกลุ่ม บุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง มีปัจจัยมากมายที่อาจส่งผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ทั้งใน ทางบวกและทางลบ ปัจจัยเหล่านั้นมีทั้งที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ ระยะ ของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้จากการ ทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ถูกทำการศึกษาในต่างประเทศ โดยใน

ประเทศไทยนั้นยังมีการศึกษาจำนวนน้อย ทำให้องค์ความรู้เรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตนั้นไม่ครอบคลุม การศึกษาที่พบในประเทศศึกษาปัจจัยการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่ผลการศึกษาอาจต่างออกไป อีกทั้งยังมีเรื่องความแตกต่างของพื้นฐานความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง กับการทำพินัยกรรมชีวิตในบริบทของสังคมไทยกับต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าประเด็นดังกล่าวยังเป็นช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นจึงควรจะมีการศึกษาในประเด็นนี้ เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบสำคัญๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติด้วยพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องหยุดงานหรือลาออกจากการงานเพื่อรักษาตัว จึงทำให้สูญเสียรายได้ ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลได้สูง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) จากผลกระทบบางอย่าง ดังกล่าว ผู้ป่วยจึงควรค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น พร้อมต่อสู้กับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต (O'Brain, 2008) การทำพินัยกรรมชีวิต จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะช่วยสื่อสารถึงความต้องการของตนเองให้บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวทราบถึงความปรารถนาที่แท้จริงเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง ซึ่งในปัจจุบันพินัยกรรมชีวิตเป็นแนวคิดที่ถูกพูดถึงอย่างแพร่หลายมากขึ้น เป็นที่ยอมรับและมีกฎหมายรองรับในหลาย ๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทยที่มีบัญญัติไว้ในมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ แต่การศึกษาก่อนหน้านั้นยังมีน้อยซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง กรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้จึงมาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ **1) อายุ** Lynn et al. (2016) พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุ 18-59 ปี 17.33 เท่า ดังนั้น อายุอาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต **2) ระยะของโรค** จากการศึกษาของ Kim et al. (2017) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้น ระยะของโรคมะเร็งจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต **3) ความรุนแรงของอาการ** ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 75 มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น (Sahm et al., 2005) ดังนั้น ความรุนแรงของอาการจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต **4) ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต** ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ 15.06 เท่า (Ko and Lee, 2014) ดังนั้น ความรู้จึงมี

ความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต 5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตาย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีกังวลเกี่ยวกับการตายสูงจะทำพินัยกรรมชีวิตน้อย (Rodenbach et al., 2021) ดังนั้น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต 6) การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นตามไปด้วย (สุภาวดี วรรณธุ์, 2546) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต

ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเสนอในแผนภาพที่ 1 ดังต่อไปนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในวิจัย

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเองด้วย MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4
3. รับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
4. สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบมากขึ้น
6. รับทราบถึงความเสี่ยง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และรับทราบข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## วิธีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 1. การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการสนับสนุนทางสังคม รวมตัวแปรที่อยู่ในโมเดลทั้งสิ้น 6 ตัวแปร การวิเคราะห์โดยสถิติการถดถอยโลจิสติก ต้องใช้ขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรที่ต้องการศึกษาซึ่งเพียงพอในการตอบคำถามการวิจัย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย

$$N = 30 (\text{จำนวนปัจจัยที่ศึกษา}) = 30(6) = 180 \text{ ราย}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 180 ราย

### 2. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1. ผู้วิจัยเลือกสังกัดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของหน่วยงานรัฐในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจำนวนมาก ประชากรมีขนาดใหญ่ซึ่งจะได้ตัวแทนที่ดีของประชากร โดยมีจำนวน 6 สังกัด คือ

2.1.1 สังกัดองค์กรอิสระ

2.1.2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 สังกัดกรุงเทพมหานคร

2.1.4 สังกัดกระทรวงกลาโหม

2.1.5 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

2.1.6 สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

2.2 จากนั้นสุ่มมา 3 สังกัดจาก 6 สังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบ ไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ผู้วิจัยสุ่มได้ดังนี้ 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 2) สังกัดองค์กรอิสระ และ 3) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

2.3 ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ดังนี้ 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 3) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์



2.4 จำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนของผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่มารับบริการ ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มได้ โดยจากข้อมูลจากสถิติปี พ.ศ.2564 พบว่า มีผู้ที่เป็นมะเร็งเข้ารับบริการในสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 1,996 คน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 4,207 คน และ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 1,658 คน เมื่อกำหนดตามสัดส่วนทำให้ได้จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	46 คน
2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	96 คน
3. โรงพยาบาลจุฬารัตน์	38 คน

2.5 จากนั้นการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง สํารวจข้อมูลจากเวชระเบียน เป็นผู้ที่เป็น มะเร็งที่เข้ารับบริการในวันที่เก็บข้อมูลวิจัย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่าง สอบถามความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงจะเริ่มกระบวนการขอเก็บข้อมูลจน รวบรวมได้ครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของ อาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความ ตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อ คำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของ โรคมะเร็ง ระยะของโรค และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

- 1) การแบ่งช่วงอายุ ผู้วิจัยยึดตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถทำพินัยกรรมชีวิตหรือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา ได้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้าน สุขภาพ ในมาตรา 12 และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้แบ่งช่วงอายุเป็น 2

ช่วงอายุ (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น 0,1) คือ วันผู้ใหญ่ (18-59 ปี) และ วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (Lynn et al., 2016)

- 2) ระยะของโรคมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้แบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็น ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 และระยะที่ 2) และ ระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น 0,1) (Kim et al., 2017)

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต** ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ Rodenbach et al. (2021) โดยเป็นลักษณะข้อความคำถามเลือกตอบเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง มีสเกลการวัดเป็นนามบัญญัติ 2 ระดับ คือ “ทำ” และ “ไม่ทำ” พินัยกรรมชีวิตจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้ว 1.1) ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง 1.2) บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร 1.3) ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ** ใช้แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda et al. (2011) แบบประเมินประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการคือ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย และใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha = .86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ที่เป็นมะเร็ง (Chinda et al., 2011)

**เกณฑ์ในการให้คะแนน** ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น ๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด

**การแปลผลคะแนน** แบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่มี ความรุนแรงของอาการ 1-3 หมายถึง ระดับต่ำ 4-6 หมายถึง ระดับปานกลาง 7-10 หมายถึง ระดับสูง (Chinda et al., 2011)

#### การแปลผลระดับความรุนแรงของอาการ

ช่วงคะแนน	ระดับความรุนแรงของอาการ
0 คะแนน	ไม่มีความรุนแรงของอาการ
1-3 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการต่ำ
4-6 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการปานกลาง
7-10 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการสูง

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต** แบบวัดนี้สร้างโดย วนัชพร พิพัฒน์ธนวนรงค์ (2011) เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต โดยอ้างอิงข้อมูลจาก American Cancer Society (2016), Annadurai et al. (2014), National Institute on Aging (2016), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559), แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2550), และอภิชาติ รอดสม และคณะ (2558) ข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าที่กล่าวถึงประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต จำนวน 8 ข้อ ข้อจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าแต่ละประโยคนั้นกล่าวถูกต้องหรือผิด โดยให้ใส่ เครื่องหมาย / หน้าประโยคที่เห็นว่าถูกต้อง และเครื่องหมาย X หน้าประโยคที่เห็นว่าผิด ผ่านการศึกษานำร่อง และวิเคราะห์สถิติ independent-samples t-test พบว่า โดยรวมแล้วแต่ละข้อมีอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ดี ( $p < .05$ ) (วนัชพร พิพัฒน์ธนวนรงค์, 2011)

**เกณฑ์การให้คะแนน** โดยการคิดเป็นคะแนนดิบหากตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนน

**การแปลผล** โดยการนำค่าคะแนนรวมทั้งหมด ที่เป็นไปได้คือ 0-8 คะแนน แล้วแบ่งช่วงระดับความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหาร ด้วยจำนวนชั้น (ระยอง กรรณสูต, 2542) จึงสามารถแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตได้ดังนี้

**การแปลผลแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต**

ช่วงคะแนน	ระดับความรุนแรงของอาการ
0-2 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตต่ำ
3-5 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตปานกลาง
6-8 คะแนน	มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตสูง

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) สร้างโดย Conte et al. (1982) ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทย ฉบับภาษาไทย แปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) CVI เท่ากับ .96 และมีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

**เกณฑ์การให้คะแนน** แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 3 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง กังวลเล็กน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง กังวลปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง กังวลมาก

**การแปลผลคะแนน** คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 15–45 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 10 จึงสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้ดังนี้

**การแปลผลระดับความวิตกกังวลต่อความตาย**

ช่วงคะแนน	ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย
15-25 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ
26-35 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง
36-45 คะแนน	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** (Social Support Questionnaire: SSQ part 2) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามทางด้านบวกทั้งหมดจำนวน 7 ข้อ โดยข้อคำถามด้านการให้ข้อมูล จำนวน 1 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ ด้านสิ่งของ จำนวน 2 ข้อ ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านการบริการหรือสิ่งของ นำไปใช้ศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้อยู่ในช่วง 0.76-0.97 ต่อมา เกษรา แก้วนิล (2556) ได้นำ ไปใช้ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 131 คน คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และมีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับดี

**เกณฑ์การให้คะแนน** ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามชุดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 คะแนน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
- 1 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนเล็กน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนค่อนข้างมาก
- 4 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** นำคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละข้อรวมกันโดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 28 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ (จิตติยา สมบูรณ์, 2545) โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แล้วหาร ด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) จึงสามารถแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

#### การแปลผลระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ช่วงคะแนน	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม
0-9 คะแนน	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
10-19 คะแนน	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
20-28 คะแนน	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

##### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

**ขั้นที่ 1** ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากเจ้าของหรือผู้พัฒนาเครื่องมือการวิจัย

**ขั้นที่ 2** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปริญญาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

**ขั้นที่ 3** นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน ขอความอนุเคราะห์ในการพิจารณาแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามส่วนที่ 1-7 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในการนำแบบสอบถามไปประเมินกับกลุ่มตัวอย่าง

วิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อความกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ
- 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการน้อย
- 3 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมาก

**ขั้นที่ 4** นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีการปรับภาษา เพื่อความเหมาะสม รวมทั้งปรับเพิ่มข้อคำถาม เพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มีการปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้เกิดความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมากขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามที่ 9 เพิ่มข้อคำถาม: ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต ได้มีการปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้เกิดความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมากขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 “ท่านได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้แล้ว”

ปรับเป็น “ท่านทำพินัยกรรมชีวิตหรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว”

ข้อคำถามที่ 1.1 “ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง”

ปรับเป็น “ท่านทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง”

ข้อคำถามที่ 1.2 “บอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร”

ปรับเป็น “ท่านทำพินัยกรรมชีวิตโดยบอกกล่าว ให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร”

ข้อคำถามที่ 1.3 “ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต”

ปรับเป็น “ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใด บุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนกรณีที่โรครักษาไม่หายและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต”

ข้อคำถามที่ 2 “ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต” โดยปรับเพิ่มการระบุเหตุผลที่ไม่ทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อสามารถอธิบายในข้อคำถามนี้ได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

ปรับเป็น “ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า”

เพิ่มข้อคำถามย่อย คือ กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า

ท่านไม่รู้จัก พินัยกรรมชีวิต

ไม่จำเป็น เพราะมีคนดูแล

ยังไม่อยากคิดถึงเรื่องนี้

อื่นๆ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ปรับการแปลผลระดับความรุนแรงของอาการเป็นภาพรวม โดยการนำค่าคะแนนของอาการทั้งหมดรวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-90 แบ่งระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรมสูตร, 2542) แบ่งเป็นช่วง 3 ระดับขึ้น ดังนี้

#### การแปลผลระดับความรุนแรงของอาการ

ช่วงคะแนน	ระดับความรุนแรงของอาการ
0-30 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ
31-60 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง
61-90 คะแนน	มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ได้มีการปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้เกิดความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมากขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 “พินัยกรรมชีวิต คือ หนังสือที่เขียนไว้ล่วงหน้าเพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่แพทย์ได้ลงความเห็นว่าเป็นเจ้าของชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว”

ปรับเป็น “พินัยกรรมชีวิต คือ หนังสือที่เขียนไว้ล่วงหน้าเพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่แพทย์ได้ลงความเห็นว่าเป็นเจ้าของชีวิตเจ็บป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว”

ข้อคำถามที่ 3 “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ จะได้รับการดูแลตามที่แสดงเจตนาไว้ในพินัยกรรมชีวิต โดยในกรณีที่ไม่ต้องการรักษาบางชนิด เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ จะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทรมานจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ”

ปรับเป็น “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ จะได้รับการสอบถามความต้องการเพื่อยืนยันเจตนาที่เคยบอกไว้ ก่อนจะได้รับการดูแลตามที่แสดงเจตนาไว้ในพินัยกรรมชีวิต”

ข้อคำถามที่ 4 “เจ้าของชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้พินัยกรรมชีวิตได้”

ปรับเป็น “ผู้ป่วยผู้เป็นเจ้าของชีวิต สามารถเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้พินัยกรรมชีวิตได้”

ข้อคำถามที่ 5 “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ว่าไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด”

ปรับเป็น “ผู้ที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ว่าไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด เช่น การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น”



- ข้อคำถามที่ 6 “เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหมดความหวังในการรักษา แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต”  
 ปรับเป็น “เมื่อแพทย์เห็นว่า การรักษาไม่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต”
- ข้อคำถามที่ 8 “การทำพินัยกรรมชีวิต ยังไม่มีผลบังคับใช้ในเมืองไทย” ปรับเป็น “การทำพินัยกรรมชีวิต ยังไม่มีผลบังคับใช้ทางกฎหมายในประเทศไทย”

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้มีการปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้ เกิดความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้พบทวนวรรณกรรมมากขึ้น ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 1 ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย  
 ปรับเป็น “ท่านรู้สึกกังวลเมื่อนึกถึงความตาย”
- ข้อคำถามที่ 2 ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านจะชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่ยากทำ  
 ปรับเป็น “ท่านรู้สึกไม่สบายใจหากท่านเสียชีวิตก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่ยากทำ”
- ข้อคำถามที่ 4 ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าก่อนที่จะท่านจะเสียชีวิต อาจมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน”
- ข้อคำถามที่ 7 ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากตลอดกาล  
 ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากจากคนที่รักไปตลอดกาล”
- ข้อคำถามที่ 9 ท่านคิดว่าการที่ท่านเสียชีวิตจะเป็นการทิ้งคนรักไว้เบื้องหลัง  
 ปรับเป็น “ท่านคิดว่าการจากไปของท่านจะเป็นการทิ้งคนที่ท่านรักไว้เบื้องหลัง”

- ข้อคำถามที่ 10 ท่านกังวลว่าคนใกล้ชิดของท่านจะไม่ใช่อยู่เคียงข้าง  
ท่านขณะท่านกำลังจะเสียชีวิต  
ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าในขณะที่ท่านกำลังจะ  
เสียชีวิต อาจไม่มีใครอยู่เคียงข้าง
- ข้อคำถามที่ 11 ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่อง  
ของการจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือพินัยกรรม  
ปรับเป็น “ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมี  
ปัญหาในเรื่อง การจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือ  
พินัยกรรม”

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้มีการปรับเพิ่มข้อคำถามเพื่อให้เกิด  
ความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมากขึ้น ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 1 ให้คำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็น  
ประโยชน์  
ปรับเป็น “ท่านได้รับแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็น  
ประโยชน์”
- ข้อคำถามที่ 2 ให้ความมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่าน  
ต้องการ  
ปรับเป็น “ท่านมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อ  
ท่านต้องการ”
- ข้อคำถามที่ 3 เชื่อมั่นและไว้วางใจ สามารถปรับทุกข์และบอก  
ความในใจ  
ปรับเป็น “ท่านเชื่อมั่นและไว้วางใจ สามารถปรับ  
ทุกข์ และบอกความในใจได้
- ข้อคำถามที่ 4 ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจ เมื่อท้อแท้  
ปรับเป็น “ท่านได้รับช่วยเหลือและกำลังใจในยามที่  
ท่านท้อแท้”
- ข้อคำถามที่ 5 เอาใจใส่ในทุกข์สุข  
ปรับเป็น “ท่านได้รับการเอาใจใส่ในทุกข์สุข”
- ข้อคำถามที่ 6 ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์  
ปรับเป็น “ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์”
- ข้อคำถามที่ 7 ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ปรับเป็น “ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำ  
กิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพ”

**ขั้นที่ 5** คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยคำนวณจากจำนวนข้อคำถามที่ได้คะแนน 3 หรือ 4 หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดของแบบสอบถามนั้น ๆ ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาโดยรวมควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.8 (Polit et al., 2007) จึงถือว่ามี ความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

แบบสอบถาม	จำนวนข้อ	CVI
แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต	2	1.0
แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	9	1.0
แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต	8	1.0
แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	15	1.0
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	7	1.0

## 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยทดลองใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีที่เหมาะสมกับเครื่องมือการวัดดังนี้

**2.1** แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) หรือ KR 20 เนื่องจากเป็นแบบวัดความรู้อะไรก็ตามแต่ละข้ออยู่ในลักษณะที่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้ (เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2545)

$$\text{KR-20: } r_{tt} = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( \frac{\sigma_t^2 - \sum pq}{\sigma_t^2} \right)$$

เมื่อ  $r_{tt}$  หมายถึง สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

$k$  หมายถึง จำนวนข้อของเครื่องมือวิจัย

$p$  หมายถึง สัดส่วนของคนที่ตอบถูก

$q$  หมายถึง สัดส่วนของคนที่ไม่ตอบผิดในแต่ละข้อคำถาม ( $q=1-p$ )

$\sigma_t^2$  หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนสอบทั้งหมด

แทนค่าจากสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{KR-20: } r_{tt} &= \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( \frac{\sigma_t^2 - \sum pq}{\sigma_t^2} \right) \\ &= \frac{8}{8-1} \left( 1 - \frac{1.01}{3.44} \right) \\ &= (1.42)(0.71) \\ r_{tt} &= .81 \end{aligned}$$

เมื่อแทนค่าตามสูตร KR- 20 แล้ว ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการทำพินัยกรรมชีวิต เท่ากับ .81 ซึ่งค่าที่อยู่ระหว่าง .80 - .90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 2012)

2.2 แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าแอลฟา ระหว่าง .70 -.80 ถือว่ายอมรับได้และถ้าอยู่ระหว่าง .80-.90 จึงจะถือว่าค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 2012) จากการคำนวณ พบว่าแบบสอบถามแต่ละชุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 2** ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	Cronbach's alpha coefficient
แบบสอบถามความรุนแรงของอาการ	.88
แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	.90
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬารามณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารามณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย ที่หอผู้ป่วยนอก โรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่กำหนด เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยจึงเข้าเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 – มิถุนายน พ.ศ. 2566 ในเวลาราชการ วันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยก่อนเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานที่จะเก็บข้อมูล เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย โดยมีวิธีการและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อพยาบาลประจำแผนก เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และแจ้งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการหรือเกณฑ์คัดเข้าแก่พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องกับ การดูแลรักษา เพื่อช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้ให้รายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่จะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรคมะเร็งในแต่ละวัน แก่ผู้วิจัยในช่วงเช้าโดยในแต่ละวันผู้วิจัยได้รายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากพยาบาลประจำแผนกของแต่ละโรงพยาบาลประมาณ 20-30 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอเรียกชื่อพบแพทย์

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติตามรายชื่อที่พยาบาลประจำแผนกมอบให้ จากนั้นผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัว ขออนุญาตอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอม และทำการเก็บข้อมูลวิจัย ในกรณีญาติผู้ป่วยไม่อนุญาตให้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวขอขอบคุณและจบสัมพันธภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการปฏิเสธจากญาติไม่ให้นำเข้าพบผู้ป่วยประมาณ 5-10 รายต่อวัน

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติมาด้วยผู้วิจัยใช้วิธีการสอบถามจากพยาบาลประจำแผนกที่ดูแลและรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยประจำพยาบาลประจำแผนกเคยให้คำปรึกษาและ พูดคุยกับผู้ป่วยมาบ้าง จึงทราบว่าผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยและมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามการวิจัยหรือไม่

3. หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง แต่หากไม่สะดวกผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังจำนวน 56 คน และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 25-30 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ

5. ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกกลุ่มตัวอย่างแสดงผิดปกติ ที่ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปได้ และให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์

6. เมื่อกกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และมอบสมุดเบาใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง

7. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดหรือแสดงอาการเศร้าโศก ในขณะที่ตอบแบบสอบถาม และภายหลังจากตอบแบบสอบถามจนต้องยุติการตอบแบบสอบถาม แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาและอาการของโรค ผู้วิจัยจึงให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้ข้อมูลและการดูแลต่อไป

8. ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาลจนครบ รวมทั้งหมด 180 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งเครื่องมือในการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ และได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล เลขที่ COA No. 1732/2022 IRB No. 0673/65 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2565, เลขที่ COA. MURAMA2022/756 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 และ เลขที่ EC 083/2565 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566

ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงหรือผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล

ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด แต่ผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยในอนาคต ผู้วิจัยให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกรักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด และลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน และมีกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีขั้นตอน ผู้วิจัย หยุดการเก็บข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ พุดในลักษณะบ่นเบี่ยงและหากกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยหอบหรือปวด ผู้วิจัยช่วยเหลือตามอาการโดยประสานกับพยาบาลประจำแผนกให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานแพทย์หากพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เกิดความไม่สบายใจ เครียด วิตกกังวล ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาหรือความในใจด้วยความเต็มใจโดยไม่เร่งเร้าให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและใช้เวลาในการปรับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก และซักถามถึงข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลาเพื่อประเมินอารมณ์ที่เปลี่ยนของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังจำนวน 56 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้อธิบายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลตัวแปรปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และการทำพินัยกรรมชีวิต โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตาม ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา เพื่อ ป้องกันการเกิด Multicollinearity คือ การมีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัว ซึ่งการที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันในระดับที่สูง อาจส่งผลให้สมการตัวแบบที่ใช้ในการพยากรณ์ตัวแปรตามมีความคลาดเคลื่อน โดยพบว่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง -0.02 ถึง 0.258 ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 6 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.05) จึงไม่เกิดปัญหา multicollinearity (อโนทัย ตรีวานิช, 2552)

2.2 ทำการเลือกปัจจัยอิสระเพื่อเข้าตัวแบบสมการถดถอยโลจิสติก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariable analysis) ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทีละหนึ่งตัวแปรกับการทำพินัยกรรมชีวิต ทำการวิเคราะห์ทั้งหมด 6 ปัจจัย พบว่า ทุกปัจจัยมีค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.5 อีกทั้งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและผู้วิจัยสนใจศึกษา จะถูกนำไปวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนต่อไป (อรุณ จิรวินน์กุล, 2559)

2.3 ทำการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariable analysis) ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) โดยทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการ ใช้วิธีนำเข้าสมการแบบพร้อมกัน (Enter) เพื่อหาโมเดลที่เหมาะสมที่จะนำมาทำนายว่าปัจจัยบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง นำเสนอด้วย adjusted odd ratio (ORadj) และ ช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $< .05$



2.4 หลังจากนั้นทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วย goodness of fit จากสถิติ Chi-square ของ Hosmer and Lemeshow test ได้ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.894 ซึ่งมีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 แสดงว่าสมการโลจิสติกมีความเหมาะสม ประกอบกับการทดสอบ Omnibus test มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรที่นำเข้ามาในสมการมีความเหมาะสม ตรวจสอบความเหมาะสมของสมการ พบว่าสมการโลจิสติกมีความเหมาะสม และสมการมีค่า pseudo R-square ของ Nagelkerke เท่ากับ .625 แปลว่าตัวแปรในสมการสามารถอธิบายโอกาสการทำป็นยกรรมชีวิตได้ร้อยละ 62 โดยสามารถพยากรณ์ได้ถูกต้อง (percentage correct) ร้อยละ 74.6



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬารณณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารณณ์ จำนวน 180 คน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2566 ถึงเดือน มิถุนายน ปี พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** การทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 3** การทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งแยกรายละเอียดตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต

**ส่วนที่ 4** ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น 180 คน มีลักษณะทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=180)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	57	31.7
หญิง	123	68.3
<b>อายุ</b>		
วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี)	101	56.1
วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	79	43.9
Min=23, Max= 79, Mean= 57, S.D. = 12.47		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	38	21.1
คู่	107	59.4
แยกกันอยู่	11	6.1
หย่า	10	5.6
หม้าย	14	7.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	2.2
ประถมศึกษา	24	13.3
มัธยมศึกษา	45	25
อนุปริญญา	18	9.7
ปริญญาตรี	74	42.2
สูงกว่าปริญญาตรี	13	7.2
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	34	18.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	41	22.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	50	27.8
เกษตรกรกรรม	8	4.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	26.1

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ (แม่บ้าน)		
<b>รายได้</b>		
ต่ำกว่า 5,000	31	17.2
5,001-10,000	11	6.1
10,001-15,000	7	3.9
15,001- 20,000	19	10.6
มากกว่า 20,000	112	62.2
<b>ชนิดของโรคมะเร็ง (5อันดับแรก)</b>		
มะเร็งปอด	53	29.4
มะเร็งเต้านม	37	20.6
มะเร็งลำไส้	30	16.7
มะเร็งปากมดลูก	30	16.7
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	11	6.1
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>		
ระยะที่ 1	25	13.9
ระยะที่ 2	20	11.1
ระยะที่ 3	42	23.3
ระยะที่ 4	93	51.7
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>		
น้อยกว่า 6 เดือน	60	33.3
6 เดือน - 1 ปี	9	5.0
มากกว่า 1 ปี	111	61.7

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น 180 คน ส่วนมาก อยู่ในช่วง 18-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 56 ปี (S.D.= 12.47) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 42 และมีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 27.8 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด สามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 28.4 ร้อยละ 20.5 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า เจ็บป่วยในระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 51.7 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วง มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 61.4

## ส่วนที่ 2 การทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็ง

การศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวน 180 คน มีการทำพินัยกรรมชีวิต และรูปแบบการทำพินัยกรรมชีวิต ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของการทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

การทำพินัยกรรมชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ทำ</b>	<b>67</b>	<b>37.2</b>
- ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียน หรือพิมพ์เป็นลาย ลักษณะอักษรด้วยตนเอง	15	22.38
- ทำพินัยกรรมชีวิตโดยบอกกล่าว ให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็น ลายลักษณะอักษร	33	49.25
- ได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ ตัดสินใจแทนกรณีโรครักษาไม่หายและอยู่ในวาระ สุดท้ายของชีวิต	19	28.36
<b>ไม่ทำ</b>	<b>113</b>	<b>62.8</b>
- ไม่รู้จัก พินัยกรรมชีวิต	83	73.45
- ไม่จำเป็น เพราะมีผู้ดูแล	6	5.31
- ยังไม่อยากคิดถึงเรื่องนี้	24	21.24

จากตารางที่ 4 พบว่าในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 ราย มีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียง ร้อยละ 37.2 ด้วยวิธีการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณะอักษร เป็นจำนวนร้อยละ 49.25 ทำพินัยกรรมชีวิตโดยได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 28.36 และ ทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์เป็นลายลักษณะอักษรด้วยตนเองร้อยละ 22.38 ส่วนผู้ที่ยังไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต มีมากถึง ร้อยละ 62.8 ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุดร้อยละ 73.45 ยังไม่อยากคิดถึงเรื่องนี้ ร้อยละ 21.24 และ ไม่จำเป็นเพราะมีผู้ดูแล ร้อยละ 5.31 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 3 การทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งแยกรายละเอียดตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต**

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวน 180 คน มีการทำพินัยกรรมชีวิตโดยแยกรายละเอียดตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ตารางแสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลการทำพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งแยกรายละเอียดตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต (n=180)

ตัวแปรต้น	จำนวน (ร้อยละ) (n=180)	การทำพินัยกรรมชีวิต	
		ไม่ทำ (n=113) จำนวน (ร้อยละ)	ทำ (n=67) จำนวน (ร้อยละ)
<b>อายุ</b> ( $\bar{X} = 57, S.D. = 12.47$ )			
วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี)	101 (56.1)	77 (68.1)	24 (35.8)
วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	79 (43.9)	36 (31.9)	43 (64.2)
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>			
ระยะเริ่มต้น	45 (25.0)	38 (33.6)	7 (10.4)
ระยะลุกลาม	135 (75.0)	75 (66.4)	60 (89.6)
<b>ความรุนแรงของอาการ</b> ( $\bar{X} = 40.4, S.D. = 17.8$ )			
ระดับน้อย	74 (41.1)	59 (52.2)	15 (22.4)
ระดับปานกลาง	43 (23.9)	29 (25.7)	14 (20.9)
ระดับมาก	63 (35.0)	25 (22.1)	38 (56.7)
<b>ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต</b> ( $\bar{X} = 4.7, S.D. = 2.06$ )			
ระดับน้อย	39 (21.7)	33 (29.2)	6 (9.0)
ระดับปานกลาง	61 (33.9)	52 (46.0)	9 (13.4)
ระดับมาก	80 (44.4)	28 (24.8)	52 (77.6)
<b>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย</b> ( $\bar{X} = 27, S.D. = 9.11$ )			
ระดับน้อย	77 (42.8)	30 (26.5)	47 (70.1)
ระดับปานกลาง	51 (28.3)	33 (29.2)	18 (26.9)
ระดับมาก	52 (28.9)	50 (44.2)	2 (3.0)

ตัวแปรต้น	จำนวน (ร้อยละ) (n=180)	การทำพินัยกรรมชีวิต	
		ไม่ทำ (n=113) จำนวน (ร้อยละ)	ทำ (n=67) จำนวน (ร้อยละ)
การสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X}$ = 24.6, S.D. = 4.13)			
ระดับน้อย	21 (11.7)	17 (15.0)	4 (6.0)
ระดับปานกลาง	16 (8.9)	15 (13.3)	1 (1.5)
ระดับมาก	143 (79.4)	81 (71.7)	62 (92.5)

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวน 180 คน มีการทำพินัยกรรมชีวิตตามปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังต่อไปนี้

1. **อายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี) จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 และพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-59 ปี) ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ในขณะที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 77 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 68.1 และ ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ส่วนใหญ่ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 36 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.9

2. **ระยะของโรคมะเร็ง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน อยู่ในโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 75 และพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุดจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4

3. **ความรุนแรงของอาการ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการต่ำ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 และพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการสูง มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุดจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการต่ำ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4 และ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการปานกลาง ทำพินัยกรรมชีวิตน้อยที่สุดจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9

4. **ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตสูง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตสูง มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุดจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 77.6 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรม

ชีวิตปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4 และผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตต่ำ มีการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยที่สุด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9

**5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 และพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำ มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 และผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง ทำพินัยกรรมชีวิตน้อยที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3

**6. การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งหมด 180 คน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากที่สุด จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6 และ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5



#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (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  $R^2 = .625$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตมีดังต่อไปนี้

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

ระยะของโรคมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น 2.63 เท่า (95% CI = 2.31-24.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรุนแรงของอาการ กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 5 (OR=1.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 79 (OR= 1.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กล่าวคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลงร้อยละ 13 (OR= 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (OR = 0.97,  $p > .56$ )



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

#### สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกหอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในวิจัย

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประเมินด้วยตนเองด้วย MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4
3. รับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
4. สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกลดลง เหนื่อยหอบมากขึ้น
6. รับผิดชอบต่อความเสี่ยง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และรับผิดชอบต่อผลการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์โดยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ต้องใช้ขนาดตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 เท่าของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ซึ่งเพียงพอในการตอบคำถามการวิจัย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 180 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2566 ถึงเดือน มิถุนายน ปี พ.ศ. 2566

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) พบว่าแบบสอบถามทั้งหมด ได้ค่าเท่ากับ 1.0 จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าเท่ากับ .88, .90, .89 ตามลำดับ และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ค่า KR-20 = .81 แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งใน 3 โรงพยาบาลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 – มิถุนายน พ.ศ. 2566 ในเวลาราชการ วันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) ตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอเรียกชื่อพบแพทย์

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติตามรายชื่อที่พยาบาลประจำแผนกมอบให้ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ขอความยินยอม และทำการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง แต่หากไม่สะดวกผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังจำนวน 56 คน และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 25-30 นาที

ผู้วิจัยยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงผิดปกติ ที่ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไปได้ และให้การช่วยเหลือตามอาการ โดยผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำแผนก ให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 180 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำปณิกรรมชีวิต ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และการทำปณิกรรมชีวิต โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยและตัวแปรตามระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) นำเสนอ adjusted odd ratio (OR<sub>adj</sub>) ในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็ง 180 คน มีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียง ร้อยละ 37.2 ด้วยวิธีการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยเขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นจำนวนร้อยละ 18.3 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งมีดังนี้

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

ระยะของโรคมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น 2.63 เท่า (95% CI = 2.31-24.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรุนแรงของอาการ กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 5 (OR=1.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 79 (OR= 1.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กล่าวคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลงร้อยละ 13 (OR= 0.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (OR = 0.97,  $p > .56$ )

## การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งครั้งนี้สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและประเด็นที่พบได้ดังนี้

### 1. การศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็ง มีการทำพินัยกรรมชีวิตเพียง ร้อยละ 37.2 โดยที่รูปแบบการทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ยังคงทำโดยการบอกกล่าวให้บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 49.25 และรองลงมา คือ การมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนในวาระสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 28.36 ในขณะที่การทำพินัยกรรมชีวิตโดยการเขียนหรือพิมพ์ด้วยตนเองยังเกิดขึ้นน้อย ข้อมูลส่วนนี้ทำให้เห็นว่า การทำพินัยกรรมชีวิตในบริบทของสังคมไทยนั้นมีอิทธิพลของบุคคลรอบข้างเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการพึ่งพิง พึ่งพาอาศัยกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยบุคคลจึงต้องการการดูแลจากครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษา ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ พบว่า ไม่ทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 62.8 เหตุผลเนื่องจากไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 73.4 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อาจยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างเพียงพอ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นแล้วว่าปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตนั้นส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องส่งเสริมให้การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นที่รู้จักมากขึ้นต่อไป นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นมะเร็งยังไม่อยากคิดถึงเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 21.2 และเนื่องจากการที่มีผู้ดูแลอยู่แล้วอีก ร้อยละ 5.3 เนื่องมาจากวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทยส่วนใหญ่ที่ยังไม่พร้อมจะทำพินัยกรรมชีวิต ขอรอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อน เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง เช่น โรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและกลัวการทรมานจากการหัตถการยื้อชีวิตมากกว่า (มณฑล ศรียศชาติ และสายพิณ หัตถิรัตน์, 2554) ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2559) ที่พบว่าในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 280 ราย ทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 57.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความแตกต่างออกไปจากผู้ป่วยโรคอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต อีกทั้งการใช้พินัยกรรมชีวิตก็ยังไม่แพร่หลายอาจเพราะเป็นเรื่องใหม่ อีกทั้งศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ในประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และประชาชนจำนวนมากอาจยังไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน (พศิน ภูริธรรมโชติ, 2559)

**2.การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง**

### **2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง**

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-59 ปี กล่าวคือ หากผู้ที่เป็นมะเร็งยังมีอายุมากขึ้น ผู้ที่เป็นมะเร็งมีแนวโน้มที่ทำการพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย อธิบายได้ว่าอายุที่มากขึ้นสะท้อนถึงการที่วัยสูงอายุได้ผ่านประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและบุคคลรอบข้างมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้วัยสูงอายุสามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ และเผชิญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดีกว่า อีกทั้งวัยสูงอายุมีการรับรู้ถึงเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าค่อยๆ น้อยลงในทุกๆ ปี ทำให้ช่วงวัยนี้เริ่มวางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายหรือช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมถึงเรื่องความตายในอนาคต สอดคล้องกับทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ที่บุคคลที่ผ่านประสบการณ์บางอย่างที่ทำให้ตนเองได้รับรู้เวลาชีวิตว่าจำกัดนั้น ซึ่งมักจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก มีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมบางอย่างทันทีเพื่อให้ตนบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ นอกจากนี้วัยสูงอายุมักจะไม่ต้องต้องการการรักษาที่ยืดชีวิตเพราะไม่อยากเป็นภาระกับลูกหลาน และต้องการอยู่ที่บ้านกับลูกหลานในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้วัยสูงอายุตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พบว่า อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ซึ่งทำการพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่า อธิบายได้ว่า ส่วนหนึ่งมาจากปัจจุบันสามารถพบโรคมะเร็งในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยลงและมีการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น โดยกลุ่มอายุนี้เป็นช่วงวัยของการทำงาน เป็นช่วงชีวิตที่ยังมีภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงเป็นเหตุให้ต้องการรักษาที่เต็มที่และหวังผลการรักษาที่หายขาด จึงทำให้ยังไม่ได้คิดถึงเรื่องของความตายและทำการพินัยกรรมชีวิตน้อยลง

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sahm et al. (2005) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอายุมากขึ้น จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า และผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของ Lynn et al. (2016) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 18-59 ปี กล่าวคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอายุมากขึ้นจะทำการพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

### **2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับการทำพินัยกรรมชีวิต**

ผลการศึกษาพบว่า ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม หรือ ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จะมีโอกาสการทำ



พินัยกรรมชีวิตมากกว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น หรือ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น ยังมีโอกาสที่จะรักษามากกว่าระยะลุกลามเพราะเซลล์มะเร็งยังไม่แพร่กระจาย ยังจำกัดอยู่ในอวัยวะนั้นๆ ยิ่งถ้าตรวจพบโรคได้เร็วแล้วนั้น ก็มีแนวทางการรักษาที่หวังผลการรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้นมักมีความคาดหวังสูงที่จะหายจากโรค จึงทำให้แสดงออกโดยการแสวงหาแนวทางการรักษา พร้อมทั้งจะยอมรับการรักษาทุกรูปแบบ จึงเป็นเหตุผลให้ไม่อยากนึกถึงเรื่องของการทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามส่วนมากได้มีประสบการณ์ในการรักษาที่อาจต้องเผชิญกับความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งระยะแรก รวมถึงในปัจจุบันการดูแลรักษาแบบประคับประคองถูกนำมาใช้ร่วมกับการรักษามากขึ้นในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งที่วินิจฉัยว่าโรครอยู่ในระยะลุกลามและไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคได้ วิธีการรักษาแบบประคับประคองจึงเป็นประโยชน์และเป็นวิธีการรักษาหลัก จึงอาจทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย เป็นไปได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัว หากผู้ป่วยตอบสนองต่อโรคในด้านเผชิญหน้าต่อสู้มากขึ้น จะมีการปรับตัวได้ดี จะยอมรับการเป็นโรค มองในแง่ดีว่าจะสามารถจัดการได้ จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของการแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนทั้งจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและบุคคลในครอบครัว ทำให้มีผลลัพธ์ต่อการปรับตัวที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล จารุวรรณ กฤตย์ประชา และวรชัย รัตนธรราร, 2540)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2017) ที่พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 เป็นมะเร็งระยะลุกลาม แม้ผลการศึกษาที่ผ่านมาในปัจจุบันระยะของโรคมะเร็งกับการทำพินัยกรรมชีวิตยังมีน้อยก็ตาม แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็พอที่จะอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยระยะของโรคกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งได้

### 2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต จากตารางที่ 4 เมื่อความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการรุนแรงมาก ต้องเผชิญกับอาการต่างๆที่เป็นผลมาจากโรคมะเร็ง รวมถึงบางอาการที่เป็นผลมาจากบางการรักษาเช่น การได้รับเคมีบำบัด การฉายแสง การผ่าตัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่ว่าจะอาการปวด อาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หอบ คลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นสอดคล้องไปกับระยะของโรคที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนมากอยู่ในมะเร็งระยะลุกลาม

ด้วยเหตุผลเหล่านี้จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจหรือยอมรับการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตที่ดี ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งไม่จำเป็นต้องรอให้ความรุนแรงของโรคมามากขึ้น หรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้วเท่านั้น

ผลการศึกษานี้คล้ายกับการศึกษาของ Sahm et al. (2005) ที่พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่แย่ลงหรืออาการรุนแรงมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดี ทั้งนี้ไม่เป็นไปตามการศึกษาของ Kim (2011) ที่พบว่าบุคคลยิ่งมีภาวะสุขภาพดี ยิ่งมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี ถึงแม้ผลการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้นทำให้เห็นได้ว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิตที่แตกต่างกันในทั้งทางบวกและทางลบ และมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อาจเพราะเป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความแตกต่างออกไปจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรไทย

#### 2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังในตารางที่ 4 เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.6 และในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ในระดับปานกลางร้อยละ 46 และระดับต่ำร้อยละ 29.2 ซึ่งทำให้เห็นความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์อย่างชัดเจน อธิบายได้ว่า เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ในขณะเดียวกันถ้ามีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมีน้อย ก็จะมีโอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยลงด้วยเช่นกัน กล่าวคือ หากผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการรักษานั้นจะต้องรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค แนวทางการรักษาก่อนเสมอ และรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในปัจจุบัน จึงสามารถพิจารณาเลือกหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้ ในขณะเดียวกันถ้าผู้ที่เป็นมะเร็งมีความรู้และเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ว่าคืออะไร การทำพินัยกรรมชีวิตจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่ทำอย่างไร ก็จะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ของ Morrison and Meier (2004), Alano et al. (2010) และ Ko and Lee (2014) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า มีการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่า ซึ่งผลการศึกษาทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อทราบสถิติ

ของผู้ที่ทำพินัยกรรมชีวิตที่ยังมีจำนวนน้อย และเหตุผลหลักคือยังไม่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิต สะท้อนให้เห็นแนวทางการสนับสนุนให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็งมากขึ้นในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยจัดกระทำในปัจจุบันจ่ายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต

## 2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ในตารางที่ 4 พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้น จะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตลดลงร้อยละ 13 (OR= 0.87, 95% CI = 0.82-0.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำ ก็จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ในทางกลับกันหากมีความวิตกกังวลต่อความตายเพิ่มขึ้น โอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งก็จะลดลงเช่นกัน ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.7 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับสูง เป็นไปได้ว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำนั้น มาจากการที่ในปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของอาการให้คงที่ได้ นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษามากกว่า 1 ปี ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับข้อมูลโรคและการรักษามาแล้วในระยะเวลาหนึ่งส่งผลให้สามารถปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญกับความกลัวหรือแม้แต่เรื่องของความตายที่อาจจะใกล้เข้ามาได้ดี อีกทั้งการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน นั่นคือการได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณควบคู่กันไปในลักษณะประคับประคอง (Palliative care) ที่ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาโรคร้ายแรงอย่างมะเร็งให้หายขาดได้ แต่สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เจ็บปวดทุกข์ทรมานน้อยลง ผู้ที่เป็นมะเร็งจึงสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับกับสภาพความจริงของการเจ็บป่วยได้ ไม่เกิดความวิตกกังวลหรือหมกมุ่นกับความกลัวความตายที่อาจเข้ามาใกล้ (วรรณชน บวรณรัช, 2556) เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่อาจจะเกิดขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจความหมายของการเกิด การมีชีวิต และการตายของตนเองได้ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีทัศนคติต่อความตายในทางที่ดี การเรียนรู้เกี่ยวกับความตายที่ดีขึ้นทำให้สามารถยอมรับกับความตายที่อาจเกิดขึ้นได้ (สารภี รังสีโกศัย และคณะ, 2556) ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการยอมรับและทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้นด้วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodenbach et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ที่มีความกังวลในระดับสูงต้องการการรักษาแบบยืดอายุมากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง และ ทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่อความตายต่ำกว่า ความวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในระดับสูง เป็นอุปสรรคขัดขวางในการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งความสนใจของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลในระยะท้ายไม่ประสบความสำเร็จ

## 2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 79.4 โดยผู้ที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีการสนับสนุนทางสังคมสูงร้อยละ 71.7 ในขณะที่ผู้ที่ทำพินัยกรรมชีวิตก็มีการสนับสนุนทางสังคมสูงเช่นเดียวกัน ร้อยละ 92.5 ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างกันของระดับการสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้ผลการศึกษานี้ พบว่าระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษานี้ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง การศึกษานี้ไม่เป็นไปตามผลการศึกษาของ Boerner, Carr, and Moorman (2013) ที่พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและในทางบวกกับโอกาสที่จะมีการอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าและการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีความเป็นไปได้ว่าเนื่องจากลักษณะประชากรไทยกับต่างชาติที่มีความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน จึงอาจจะต้องมีการศึกษาในประเด็นนี้เพิ่มเติมในอนาคต ซึ่งอาจจะทำให้ได้ผลการศึกษาที่สามารถอธิบายได้มากขึ้น

### ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งมีการสอบถามที่เกี่ยวกับความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว เป็นเรื่องนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความกังวลและเสียดายที่จะเข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งวัฒนธรรมความเชื่อของคนไทย ที่เมื่อกล่าวหรือถาถึงเรื่องความตายหรือการวางแผนเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องไม่มงคล ไม่ควรพูดถึง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้นการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในบางครั้งต้องได้รับการยินยอมและการตัดสินใจของญาติเข้ามาเกี่ยวข้องและพบว่าญาติขอปฏิเสธไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากมีความไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม จึงเห็นได้ว่าการที่จะได้ข้อมูลที่ดีในเรื่องนี้ควรได้รับความยินยอมของผู้ป่วยโดยที่ญาติต้องเห็นชอบด้วย ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงแค่ว่า ปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม อาจมีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และมีอิทธิพลต่อการ

ทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งน่าสนใจในการทำการศึกษาต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยนี้อาจสร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้ รวมถึงเป็นองค์ความรู้ต่อยอดในการศึกษาเนื่องการทำพินัยกรรมชีวิต หรือการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา และการแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิต คือ ความวิตกกังวลต่อความตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่อความตายสูงจะมีโอกาสที่จะไม่ทำพินัยกรรมชีวิต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการนำปัจจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการพูดคุยเกี่ยวกับความตายได้อย่างไม่ทุกขใจ และพร้อมที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อทำพินัยกรรมชีวิต โดยการพัฒนาแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นในเรื่องของการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดก่อนการตาย เนื่องจากพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในเรื่องของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดก่อนการตายมากที่สุด เพื่อนำไปสู่การเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่ตามมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตที่อาจมาถึงในอนาคตได้ด้วยจิตใจที่สงบ

2. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ และความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต หมายถึง ผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ หรือมีอายุมากขึ้น เป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม มีความรุนแรงของอาการมากขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตสูง จะมีแนวโน้มในการทำพินัยกรรมชีวิตสูง

ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการส่งเสริมให้มีการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ หรือผู้ที่มีอายุน้อย โดยให้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตที่สามารถทำได้ตั้งแต่อายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เกิดประโยชน์ ไม่ใช่เป็นการยุติการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการยอมรับเกี่ยวกับการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำพินัยกรรมชีวิต

ส่งเสริมผู้ป่วยได้มีโอกาสได้เข้าสู่กระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าตั้งแต่พบว่าเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ทำพินัยกรรมชีวิตในระยะลุกลามหรือระยะท้าย การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีการพูดคุยการดูแลล่วงหน้าและทำพินัยกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีโอกาส และมีเวลาในการเตรียมตัวและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาและการใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการรักษาและการดูแลที่มาจากความต้องการมากที่สุด พร้อมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

ช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการพยาบาลเพื่อลดและบรรเทาความรุนแรงของอาการ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการมากขึ้นมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตสูง ทำให้เห็นว่าผู้ที่เป็นมะเร็งต้องการการดูแลที่ลดและบรรเทาอาการ การเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เพื่อดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุขให้ได้มากที่สุด ดังนั้นหากผู้ที่เป็นมะเร็งได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและทำพินัยกรรมชีวิต ตั้งแต่ที่อาการของโรคมะเร็งยังไม่รุนแรง ก็จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการรักษาที่เหมาะสมและเป็นไปตามต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งมากที่สุด

ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นมะเร็ง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ก็มีโอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตสูงขึ้นด้วย จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการให้ความรู้เพิ่มช่องทางการเผยแพร่ แก่ผู้ที่เป็นมะเร็งและประชาชนทั่วไปในเชิงรุกให้เป็นที่รู้จักมากขึ้น และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นกระบวนการที่จะได้แนวทางร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลการรักษาที่ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องการมากที่สุด สุดท้ายแล้วจะทำให้การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนดูแลล่วงหน้าและการทำพินัยกรรมชีวิต มีประสิทธิภาพเกิดเป็นรูปธรรมและเกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

จากผลการวิจัยที่พบว่า อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต ของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อไป เช่น ความเชื่อทางศาสนา การยอมรับความตาย ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น รวมถึงศึกษาประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น แนวโน้มการวางแผนในการทำพินัยกรรมชีวิตในอนาคต เหตุผลในการตัดสินใจในการทำพินัยกรรมชีวิต ศึกษาผลของพัฒนารูปแบบแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และผลของการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็ง

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย* (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสารนิเทศ. (2552). *พินัยกรรมชีวิต สู่การจากไปด้วยใจสงบ*. Retrieved from สืบค้นจาก <http://budnet.org/sunset/node/163>
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for windows*. พิมพ์ครั้งที่ 5. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล, และปรียกมล รัชชนกุล. (2558). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ที่ เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 42(3), 52-60.
- ขจรศรี แสสนปัญญา. (2553). *ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ดวงพร เพชรคง, (ม.ป.ป.). *ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will)*. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. กรุงเทพฯ.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางพยาบาล. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(1). Retrieved from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/53720>
- ชุมพร รุ่งเรือง. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองคาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2554). *การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)*. Retrieved from สืบค้นจาก <http://www.budnet.org/sunset/node/213>

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี.พี. (1991) จำกัด.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารกิจการุณย์*, 23(2), 199-216
- ปฐมวดี สิงห์ทอง และชนกพร จิตปัญญา. (2554). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(3), 404-417. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8899>
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปองกมล สุรัตน์. (2019). *ถอดบทเรียนการประชุม Advance care planning 2019*. Retrieved from <https://peacefuldeath.co/advance-care-planning-2019>
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ ใน ประเสริฐ เลิศสงวนรัตน์ชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉัตรชายสิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีแบบพุทธ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท เอมี เนเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- พศิน ภูริธรรมโชติ. (2559). ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรปือ. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 1(1), 39-49.
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2554). แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12



- และตัวอย่างแนวปฏิบัติต่างประเทศ ใน ก่อนวันผลัดใบ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2545). *การวัดผลและการสร้างแบบสอบถามผลสัมฤทธิ์* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชพร พิพัฒน์ธนวศ์. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 1-12
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-12.
- มณฑล ศรียศชาติ, & สายพิน หัตถ์รัตน์. (2554). การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทย ต่อพินัยกรรมชีวิต. Retrieved from สืบค้นจาก [http://www.thaifp.com/fm\\_lc/docs/research\\_rfm/poster\\_monton.pdf](http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_monton.pdf)
- มะลิวรรณ กระโพธิ์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ศูนย์การณรักษ์. (2560) *สถิติศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2555-2560*. ขอนแก่น: ศูนย์การณรักษ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตะวันออก.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2554). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพะผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วประเทศ*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สุภาวดี วรพันธุ์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งตับ และท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(2). 24-35. Retrieved from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/53842>
- สุริพร ธนศิลป์. การพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายแบบองค์รวม (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2551). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต ใน *ก่อนวันผลัดใบ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2009). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- อนงนาฏ เรื่องคำ และ พัชราภรณ์ ทองวัชร. (2554). Retrieved from <http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/knowledge/8august2011.pdf>
- อินทัย ตริวาณิช. (2552). สถิติธุรกิจ. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ ขอนแก่นการพิมพ์.
- อภิชาติ รอดสม จุริรัตน์ กิจสมพร และจุฬารัตน์ ท้าวหาญ. (2558). ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต และการนำความรู้ไปใช้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(3), 468-478.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2559). Odds Ratio ของปัจจัยที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง. *Journal of Health Science*, 25(2), 160-161.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2552). *ปฏิเสธรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will & Palliative Care)*. Retrieved from [http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=108](http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=108)

### ภาษาอังกฤษ

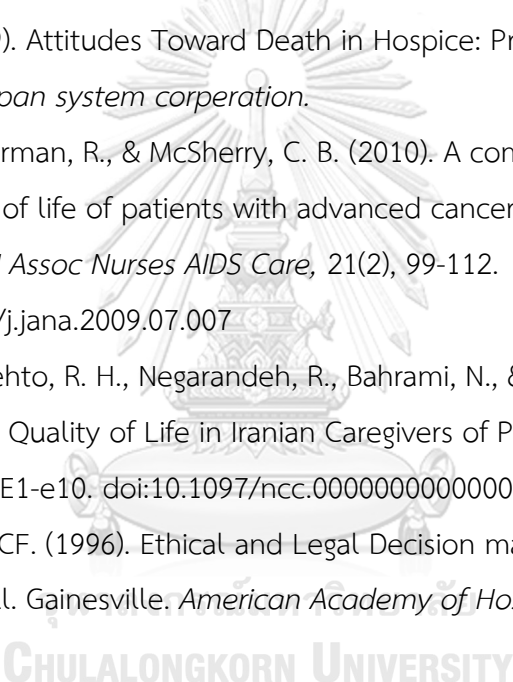
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., . . . Lesser, M. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care*, 8(3), 267-275.

- Bernal, E. W., Marco, C. A., Parkins, S., Buderer, N., & Thum, S. D. (2007). End-of-Life Decisions: Family Views on Advance Directives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(4), 300-307. doi:10.1177/1049909107302296
- Boerner, K., Carr, D., & Moorman, S. (2013). Family relationships and advance care planning: do supportive and critical relations encourage or hinder planning? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 68(2), 246-256. doi:10.1093/geronb/gbs161
- Brown B. A. (2003). The history of advance directives. A literature review. *Journal of gerontological nursing*, 29(9), 4-14. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20030901-04>
- Brown, A. J., Shen, M. J., Ramondetta, L. M., Bodurka, D. C., Giuntoli, R. L., 2nd, & Diaz-Montes, T. (2014). Does death anxiety affect end-of-life care discussions? *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 24(8), 1521-1526. doi:10.1097/IGC.0000000000000250
- Brown, A. J., Shen, M. J., Urbauer, D., Taylor, J., Parker, P. A., Carmack, C., . . . Bodurka, D. C. (2016). Room for improvement: An examination of advance care planning documentation among gynecologic oncology patients. *Gynecologic oncology*, 142(3), 525-530. doi:10.1016/j.ygyno.2016.07.010
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7(2), 6-9.
- Cardona-Morrell, M., Kim, J., Turner, R. M., Anstey, M., Mitchell, I. A., & Hillman, K. (2016). Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*, 28(4), 456-469. doi:10.1093/intqhc/mzw060
- Carr, D., & Khodyakov, D. (2007). End-of-life health care planning among young-old adults: An assessment of psychosocial influences. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S135- S141.

- Cassel, J. (1974) Psychosocial Processes and “Stress”: Theoretical Formulation. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.  
<http://dx.doi.org/10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2>
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage*, 42(6), 954-960.  
 doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
- Cobb, S. (1979). *Social Support and Health through the Life Course. In Aging from Birth To Death*. New York : Westvies press.
- Cohen, Sheldon, Gottlieb, Benjamin H., and Underwood Lynn G. (2000). 'Social Relationships and Health', in Sheldon Cohen, Lynn G. Underwood, and Benjamin H. Gottlieb (eds), *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press. pp. 3-25.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol*, 43(4), 775-785.  
 doi:10.1037//0022-3514.43.4.775
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*: Sage publications.
- Douglas, R., & Brown, H. (2002). Patients' Attitudes Toward Advance Directives. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 34, 61-65. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00061.x
- Eleazer, G. P., Hornung, C. A., Egbert, C. B., Egbert, J. R., Eng, C., Hedgepeth, J., . . . Wilson, M. (1996). The relationship between ethnicity and advance directives in a frail older population. *J Am Geriatr Soc*, 44(8), 938-943. doi:10.1111/j.1532-5415.1996.tb01864.x
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). In. Boston: Allyn & Bacon.
- Haber, David. (2003). *Health Promotion and Aging*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company.

- Hanson LC., & Rodgman E. (1996). The use of living wills at the end of life. *Archives of Internal Medicine*, 156(9), 1018-1022.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social Support, Self-care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*: Wayne State University.
- Keating, N. L., Landrum, M. B., Rogers, S. O., Jr., Baum, S. K., Virnig, B. A., Huskamp, H. A., . . . Kahn, K. L. (2010). Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*, 116(4), 998-1006. doi:10.1002/cncr.24761
- Kim, S. H. (2011). Factors influencing preferences of Korean people toward advance directives. *Nursing ethics*, 18(4), 505-513.
- Kim, S., Koh, S., Park, K., & Kim, J. (2017). End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient–caregiver dyads. *Palliative and Supportive Care*, 15(1), 77-87. doi:10.1017/S1478951516000808
- Ko, E., & Lee, J. (2014). Completion of advance directives among low-income older adults: Does race/ethnicity matter?. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 31(3), 247-253.
- Kubler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Simon & Schuster.
- Lang, F. R., & Wagner, G. G. (2007). [Patient living wills in Germany: conditions for their increase and reasons for refusal]. *Dtsch Med Wochenschr*, 132(48), 2558-2562. doi:10.1055/s-2007-993097
- Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). *Death anxiety*. Hemisphere Publishing Corp.
- Lynn, T., Curtis, A., & Lagerwey, M. D. (2016). Association Between Attitude Toward Death and Completion of Advance Directives. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(2), 193-211.
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2004). High rates of advance care planning in New York City's elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 164(22), 2421-2426.
- Masuda, Y., Fetters, M., Shimokata, H., Muto, E., Mogi, N., Iguchi, A., & Uemura, K. (2001). Outcomes of written living wills in Japan--a survey of the deceased ones' families. *Bioethics Forum*, 17(1), 41-52.

- National Comprehensive Cancer Network. (2003). *Advanced cancer and palliative care treatment guidelines for patients*. Retrieved from Retrieved from <http://www.chulacancer.net/patient-list.php?gid=48>
- Nuanchan, T., Pan-ngarm, P., Chongruk, E., & Wilawan, P. (2002). Factor influencing adaptation of postoperative cholangiocarcinoma patient. *Journal of Faculty of Nursing Khon Kaen University*, 25(2), 70-81.
- O'Brain, M. E. (2008). Spiritual well being and psychological adjustment to Chronic illness. *Issues Mental Health Nursing*. 17, 217-231.
- Pairojkul, S. (2017). Training of the Trainers in Palliative Care: Goal Setting and Advance Care Planning Module 9, Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).
- Parsons, H. A., de la Cruz, M. J., Zhukovsky, D. S., Hui, D., Delgado-Guay, M. O., Akitoye, A. E., . . . Bruera, E. (2010). Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Cancer*, 116(12), 3061-3070. doi:10.1002/cncr.25045
- Pautex, S., Herrmann, F. R., & Zulian, G. B. (2008). Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. *Palliat Med*, 22(7), 835-841. doi:10.1177/0269216308094336
- Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373-9.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing research : principles and methods*. 3rd ed. In Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*: Lippincott.
- Quinn, K., Stukel, T., Stall, N., Huang, A., Isenberg, S., Tanuseputro, P., . . . Bell, C. (2020). Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: population based matched cohort study. *The British Medical Journal* 1-10. doi:10.1136/bmj.m2257
- Rodenbach, R. A., Althouse, A. D., Schenker, Y., Smith, T. J., Chu, E., White, D. B., . . . Arnold, R. M. (2021). Relationships Between Advanced Cancer Patients' Worry About Dying and Illness Understanding, Treatment Preferences, and Advance

- Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 723-731.e721.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004>
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Supportive Care in Cancer*, 13(4), 206-214.
- Salmond, S. W., & David, E. (2005). Attitudes toward advance directives and advance directive completion rates. *Orthop Nurs*, 24(2), 117-127; quiz 128-119.  
doi:10.1097/00006416-200503000-00007
- Seneca, H. O. (1979). Attitudes Toward Death in Hospice: Prescription for Terminal Care. *German: Aspan system cooperation*.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 21(2), 99-112.  
doi:10.1016/j.jana.2009.07.007
- Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrami, N., & Chan, Y. H. (2017). Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nurs*, 40(1), E1-e10. doi:10.1097/ncc.0000000000000355
- Storey P., & Knight CF. (1996). Ethical and Legal Decision making when caring for the terminally ill. Gainesville. *American Academy of Hospice and Palliative Medicine*. 
- Tang, S. T., Chen, C. H., Wen, F.-H., Chen, J.-S., Chang, W.-C., Hsieh, C.-H., . . . Hou, M.-M. (2018). Accurate Prognostic Awareness Facilitates, Whereas Better Quality of Life and More Anxiety Symptoms Hinder End-of-Life Care Discussions: A Longitudinal Survey Study in Terminally Ill Cancer Patients' Last Six Months of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1068-1076.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.485>
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*, 82(2d Half), 165-177. doi:10.1080/00221309.1970.9920634
- The Respecting Choices Program. [cited 2020 July 28]. Available from:  
<http://www.learnrc.org/default.asp>.

- Thompson, T. D., Barbour, R. S., & Schwartz, L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med*, 17(5), 403-409. doi:10.1191/0269216303pm784oa
- Tran, M., Grant, M., Clayton, J., & Rhee, J. (2018). Advance care decision making and planning. *Aust J Gen Pract*, 47(11), 753-757. doi:10.31128/ajgp-06-18-4613
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & Smith, S. (1987). Perceived control and health. *Current Psychology*, 6, 5-25. <https://doi.org/10.1007/BF02686633>
- World Health Organization. (2022). cancer. Retrieved from สืบค้นจาก <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Xing, Y.-F., Lin, J.-X., Li, X., Lin, Q., Ma, X.-K., Chen, J., . . . Wu, X.-Y. (2017). Advance directives: cancer patients' preferences and family-based decision making. *Oncotarget*, 8(28), 45391-45398. doi:10.18632/oncotarget.17525
- Yang, H., Zhang, J., Lu, Y., & Li, M. (2016). A Chinese version of a Likert-type death anxiety scale for colorectal cancer patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), 337-341.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 10/2564 ประจำปีการศึกษา 2564

## นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370007436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจินตนา สะตะ
สาขาวิชา	การบริหารทางการพยาบาล
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลเด็กในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 EXPERIENCES OF PEDIATRIC NURSES WORKING WITH CORONAVIRUS 2019 INFECTON PATIENTS
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

## นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6370008036
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจิรารัตน์ ชันติยะบุตร
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. ปิ่นททัย ศุภเมธพร
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโคโรนาไวรัส 2019 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF CORONAVIRUS 2019 PATIENTS AFTER DISCHARGE
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

22 เม.ย. 65

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370014836
ชื่อ-นามสกุล	พ.ต.ต.หญิง นิรัชพร เกิดสุข
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษากลุ่มอาการภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคนไทย A STUDY OF LONG COVID 19 SYMPTOM CLUSTERS AMONG THAIS POST CORONAVIRUS 2019 INFECTION
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370017736
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวปริยาภรณ์ หงส์พิมลมาศ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการบำบัด SELECTED FACTORS RELATED TO FEBRILE NEUTROPENIA OF LYMPHOMA PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370024036
ชื่อ-นามสกุล	นายอติพงศ์ มณีโน
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชารักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพันธกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง SELECTED FACTORS RELATED TO LIVING WILL IN PATIENTS WITH CANCER
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท



22 เม.ย. 65

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370028636
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจุฑาทิพย์ คະชะวะโร
สาขาวิชา	การบริหารทางการแพทย์
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 LIVED EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES INFECTED WITH CORONAVIRUS 2019
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370031436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวเบญจมาศ แสงสว่าง
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชาธิรักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขขณะพักของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม SELECTED FACTORS RELATED TO RESTLESS LEG SYNDROME IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS RECEIVING HEMODIALYSIS
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370036636
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพัฒนิตา แสงขำ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. อีระ สินเดชาธิรักษ์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 SELECTED FACTORS RELATED TO FATIGUE AMONG PATIENTS POST CORONAVIRUS 2019 INFECTION
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท



22 เม.ย. 65

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6372008436
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวปรีฉัตร อยู่คง
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวตามวิถีใหม่ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลที่เป็นจิตเภทในชุมชน THE EFFECT OF NEW NORMAL SELF AND FAMILY MANAGEMENT PROGRAM ON RELAPSE PREVENTIVE BEHAVIOR OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIC IN COMMUNITY
ครั้งที่อนุมัติ	10/2564
ระดับ	ปริญญาโท



จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 7/2565 วันที่ 12 เมษายน 2565

ประกาศ ณ วันที่ 22 เมษายน 2565



(ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
รศ.ดร.จอนผจง เฟื่องจาด	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย
รศ.ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม	อาจารย์พยาบาล ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายแพทย์อดิศร ไหวหาร	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ประจำคลินิก ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจุฬารกรณ์
นางสาวรัตติยา ไชยชมภู	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าพยาบาล หน่วยพยาบาลคลินิกการแพทย์ผสมผสาน โรงพยาบาลจุฬารกรณ์
นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล	พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้าน มะเร็ง โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสานด้านมะเร็ง (อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร)



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดี สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอิพิงค์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕  
อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘  
นายอิพิงค์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๕๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอิทธิพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

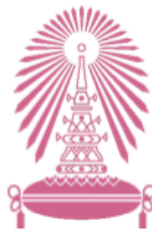
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นายอิทธิพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารณ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ อติศร โวหาร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ประจำคลินิกดูแลแบบประคับประคอง
2. นางสาวรัตติยา ไชยชมภู หัวหน้าพยาบาล หน่วยพยาบาลคลินิกการแพทย์ผสมผสาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ อติศร โวหาร และ นางสาวรัตติยา ไชยชมภู  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕  
อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘ -๑๓๖๘  
นายอติพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙ -๗๔๔๒ -๕๔๕๓

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง  
(อโรคยาศาล วัดคำประมง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอิทธิพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรภัทร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕  
อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘  
นายอิทธิพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นายอิพงษ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัยเรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) แปลโดย แพทย์หญิง มณฑรัตน์ จินดา และคณะ ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นายอิพงษ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นายอิพิงค์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แพลและปรับปรุงภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล (อ้างถึงใน พรพรม รุจิไพโรจน์, ๒๕๕๐) สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๐) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ต.สกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นายอิพิงค์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail:fonbox@chula.ac.th

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๖

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของ นางสาวนันทพร พิพัฒน์ธนวนศ์ สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๖๐) โดยมี อาจารย์ ดร.นิพัทธ์ พิชญโยธิน เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นายอติพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓





## บันทึกข้อความ

คณะจิตวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เลขรับที่: 1020  
วันที่: 10 มิถุนายน 2565 เวลา 10:43

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๖

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายอิทธิพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของ นางสาวนันทพร พิพัฒน์ธนะวงศ์ สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๖๐) โดยมี อาจารย์ ดร.นิปัทม์ พิชญโยธิน เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผอ.ฝ่ายวิชาการ  
เพื่อโปรดพิจารณา

*วสันต์ กลุมนต์*  
10 มิถุนายน 2565

*[Signature]*  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อนุมัติ

เรียน คุณบุญยาพร

เพื่อโปรดดำเนินการ

*[Signature]*  
วันที่ 10 มิ.ย. 2565 เวลา 10:51

ตรวจสอบและดำเนินการ

*[Signature]*  
วันที่ 10 มิ.ย. 2565 เวลา 11:35

*[Signature]*  
วันที่ 14 มิ.ย. 2565 เวลา 10:31

อนุมัติ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

ชื่อนิสิต

นายอิทธิพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓

*[Signature]*  
วันที่ 19 มิ.ย. 2565 เวลา 14:26



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
25/25 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา  
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ที่ อว 78.02/ 06896  
วันที่ 13 กรกฎาคม 2565  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือที่ อว 64.11/00644 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2565

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

**ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย :** นายอธิพงศ์ มุณีโน นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**งานวิจัยของผู้ใช้เครื่องมือ :** “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

**เครื่องมือวิจัยที่ใช้ :** แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย

**เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย :** ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” (พ.ศ.2550) สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ต.สกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร ภูมณสกุล เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ว่าไม่ขัดข้องยินยอมอนุญาตให้ นายอธิพงศ์ มุณีโน ใช้เครื่องมือวิจัยตามที่ขอ ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย บพร.15-17 พร้อมชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี “กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี” เลขที่บัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์ และส่งเอกสารฉบับจริงไปที่

หน่วยวิจัยและนวัตกรรม โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร 10400  
โทร. 02-2012018

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

*อรุณศรี อัครปฐมวงศ์*

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารุภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

คณะจิตวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เลขรับที่: 1020  
วันที่: 10 มิถุนายน 2565 เวลา 10:43

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail:fonbox@chula.ac.th  
ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๖ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕  
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายอิทธิพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของ นางสาววันชพร ทิพัฒน์ธนะวงศ์ สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (๒๕๖๐) โดยมี อาจารย์ ดร.นิปีทม พิชญโยธิน เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา โอกาสนี้

เรียน ผอ.ฝ่ายวิชาการ  
เพื่อโปรดพิจารณา

*วสันต์ กุญชร*  
10 มิถุนายน 2565

เรียน คุณบุญผะยพร  
เพื่อโปรดดำเนินการ

*บุญผะยพร*  
วันที่ 10 มิ.ย. 2565 เวลา 10:51

ตรวจสอบและดำเนินการ

*บุญผะยพร*

วันที่ 10 มิ.ย. 2565 เวลา 11:35

*บุญผะยพร*  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)  
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
อนุมัติ

อนุมัติ

*บุญผะยพร*

วันที่ 14 มิ.ย. 2565 เวลา 10:31

อนุมัติ

*บุญผะยพร*

วันที่ 19 มิ.ย. 2565 เวลา 14:26

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘  
ชื่อนิสิต นายอิทธิพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
 โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๑๔๘๖

ที่ อว ๗๘.๐๖๑๐/๕๕๖  
 วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๔๓ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ แจ้งว่า นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบประเมิน Edmonton symptom assessment scale: ESAS ฉบับภาษาไทย ของ อาจารย์ แพทย์หญิงมนตร์ธม เจนทวีพรกุล (จินดา) ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ได้พิจารณาแล้ว ขอเรียนให้ทราบว่า อาจารย์ แพทย์หญิงมนตร์ธม เจนทวีพรกุล (จินดา) ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ESAS ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิน หัตถิรัตน์)

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประสานงาน น.ส.ไพจิตร อินปัญญา  
 ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
 โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๑๔๘๖

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๖๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัยเรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) แปลโดย แพทย์หญิง มณฑรัตน์ จินดา และคณะ ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

รับทราบ และ ยินดี ให้ใช้ แบบประเมิน ESAS- Thai

ในงานวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มี

ความสัมพันธ์กับกรทำ พินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” ค่ะ

มรท. เฟก  
พญ. มณฑรัตน์ เณกวัชรกุล

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาหลักอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นายอติพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓

เลขที่รับ 0751

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565

เวลา 06.49 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นายอธิพงศ์ มุณีโน รหัสนิสิต 6 3 7 0 0 2 4 0 3 6

โทรศัพท์มือถือ	0	9	7	4	4	2	5	4	5	3	ประกาศหัวข้อ ฉบับที่	1	0	/	2	5	6	4	หน้าที่	0	2
E-MAIL: 6370024036@student.chula.ac.th																					

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ)) ฉบับภาษาไทย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ มะลิวรรณ กระโพธิ์
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์
- ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ.2561

เรียน รองคณบดี

ลงนาม ..... *อธิพงศ์ มุณีโน* ..... ผู้ยื่นคำร้อง

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

(..... *นายอธิพงศ์ มุณีโน* .....) )

ของนางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ ซึ่งมี รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา / ..... 08 ..... / ..... 05 ..... / ..... 25 ๖๕ .....

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป 20 พฤษภาคม 2565 เวลา 11:58</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... <i>สุรพร ธนศิลป์</i> .....</p> <p>(..... รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ .....) )</p> <p>..... 11 / 05 ..... / ..... 2565 .....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ยินดีให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... <i>สุรพร ธนศิลป์</i> .....</p> <p>(..... รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ .....) )</p> <p>..... 11 / 05 ..... / ..... 2565 .....</p>
--	--

*อธิพงศ์ มุณีโน*  
20 พฤษภาคม 2565 เวลา 14:28

อนุญาต

ลงนาม ..... *สุรพร* .....

(.....) )

รองคณบดี

..... / ..... / .....

\* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณรัชชกฤต ยูพากิ่ง โทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

\*\* ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th





ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๓๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬารณณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารณณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. CLRC- ๐๑ แบบสรุปข้อเสนอโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๒. ใบอนุมัติการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการหลักสูตร จำนวน ๑ ชุด
  ๓. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
  ๔. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จำนวน ๑ ชุด
  ๕. ECF-CRA ๑๓ แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๖. แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ จำนวน ๑ ชุด
  ๗. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๘. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอติพงศ์ มุณีโน เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นายอติพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๓๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬารณณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารณณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. CLRC- ๐๑ แบบสรุปข้อเสนอโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๒. ใบอนุมัติการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการหลักสูตร จำนวน ๑ ชุด
  ๓. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
  ๔. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จำนวน ๑ ชุด
  ๕. ECF-CRA ๑๓ แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๖. แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ จำนวน ๑ ชุด
  ๗. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
  ๘. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอติพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอติพงศ์ มุณีโน เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นายอติพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๒๓๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบเสนอโครงการวิจัยฯ จำนวน ๑ ชุด  
๒. โครงร่างการวิจัยฯ จำนวน ๑ ชุด  
๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลอาสาสมัคร และหนังสือยินยอม จำนวน ๑ ชุด  
๔. ใบรับรองการเป็นที่ปรึกษา/ผู้ร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๑ ชุด  
๕. ประวัติผู้วิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายอิทธิพงศ์ มุณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอิทธิพงศ์ มุณีโน เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๖๘

นายอิทธิพงศ์ มุณีโน โทร. ๐๙-๗๔๔๒-๕๔๕๓



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรมการ  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑ ๑๖๑๑

ที่ อว ๗๔.๐๖/ ๒๗๕๓  
วันที่ ๗/ มีนาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง อนุญาตให้ทดลองเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๑๔๗ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๖

ตามที่ นายอิพิงค์ มณีโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะทดลองใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ที่เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ความละเอียดแล้ว นั้น

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องยินยอมอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้นิสิตประสานงานแจ้งวัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

สำเนาเรียน : ประธานคณะกรรมการองค์การบริหารพยาบาล

**มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม**



สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society

ที่ จพ.ล 1056 / 2566

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
1873 ถนนพระรามที่ 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330

16 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ยินดีให้ นาย อธิพงศ์ มณีโน เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า นาย อธิพงศ์ มณีโน สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

รพ.จุฬาลงกรณ์ พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 60280 อนึ่ง สำหรับบุคลากรภายนอก รพ.จุฬาลงกรณ์หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้นำบัตรนิสิต/นักศึกษา หรือบัตรประชาชนพร้อมหนังสือฉบับนี้มาติดต่อ ขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการประสานงาน ตึกรัตนวิทยาพัฒนา ชั้น 4 โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูลภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดที่ทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

( รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัฐชัย ศรีสวัสดิ์ )

ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านวิจัยและนวัตกรรม

ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ตรวจสอบ.....

ติดต่อประสานงาน : น.ส.สุภาวดี ศรีสำราญ งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย โทรศัพท์ : 02-256-4645

E-mail : excellence.cu@gmail.com



COA No. 1732/2022

IRB No. 0673/65

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเต็มชุด

(COA No. 1732/2022)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพิษยกรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
- เลขที่โครงการวิจัย : -
- ผู้วิจัยหลัก : นายอธิพงศ์ มุณีโน
- สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 3 Date 7 ธ.ค. 2565
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version: 1. Date 12/กันยายน/2565
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 3 Date 7 ธันวาคม 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 3 Date 7 ธันวาคม 2565
5. แบบสอบถาม Version: 1. Date 12 กันยายน 2565
6. Curriculum Vitae and GCP Training  
 - Mr. Athipong Muneeno

ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย



- Assoc.Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
- Asst.Prof. Dr. Noppamat Pudtong

ลงนาม ..... *Dr. Sureeporn Thanasilp* .....  
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)  
 ประธาน  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... *Dr. Noppamat Pudtong* .....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงอรอนงค์ กุละพัฒน์)  
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 27 ธันวาคม 2565  
 วันหมดอายุ : 26 ธันวาคม 2566



Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University  
 270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388  
 Website: <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>  
 E-mail: [raec.mahidol@gmail.com](mailto:raec.mahidol@gmail.com)

COA. MURA2022/756

Title of Project (English)	Selected Factors Related to Living will in Patients with Cancer
Title of Project (Thai)	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
Type of Review	Expedited
Principal Investigator	Athipong Muneeno
Education Institute	Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Co-investigator (s)	1. Sureeporn Thanasilp 2. Noppamat Pudtong 3. Panida Tukhin
Approval includes	1. Submission form protocol version 2 date 22/11/2022 2. Information sheet and consent form version 1 date 12/9/2022 3. Questionnaire version 1 date 12/9/2022 4. Curriculum vitae 5. Certificate in ethics training
<p>Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>	
Date of Approval	December 13, 2022
Date of Expiration	December 12, 2023

Signature of Chair.....

(Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D., Ph.D.)

This certificate is subject to the following conditions:

- 1) Approval is granted only for the project with details described in submitted proposal
- 2) Submission of modification to the approved project is needed before implementation
- 3) A yearly progress report is required for renewing of approval
- 4) Written notification is required when the project is complete or terminated







แบบเอกสารที่ ECF-CRA 19

ใบอนุมัติโครงการวิจัย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

ชื่อโครงการ (ไทย) (English)	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพันธกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง SELECTED FACTORS RELATED TO LIVING WILL OF CANCER PATIENTS
รหัสโครงการวิจัย	EC 083/2565
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	นายอริพงศ์ มุณีโน
สังกัด	โรงพยาบาลจุฬารักษ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	12 พฤษภาคม 2566
ระยะเวลาที่อนุมัติ	1 ปี 3 เดือน
วันที่หมดอายุ	11 สิงหาคม 2567

(ลงนาม)  .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์



เอกสารประกอบ 4ง



COA. NO. MURA2022/756

วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2565

### เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับการวิจัยทั่วไป

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยหลัก : นายอิพงษ์ มุณีโน

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แหล่งทุนวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย : ทุนส่วนตัว

บทนำส่วนต้นสรุปสาระสำคัญของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง และเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคแต่อย่างใด หรือผลเสียใด ๆ ต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลรามิบัติทั้งสิ้น มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 1 ปี ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตัวเอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอบแพทย์ที่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 6 ชุด ใช้เวลาในการตอบ 25-30 นาที หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้ว เท่านั้น **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** การศึกษาทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็ง และนำมากำหนดนโยบายการใช้สิทธิผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น **ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมวิจัยที่อาจเกิดขึ้น** ในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัย หากต้องการยกเลิกการให้ความยินยอม สามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายอิพงษ์ มุณีโน หอผู้ป่วยวิกฤต ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬารามิบัติ 906 ถนน กำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 หากขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

หน้า 1

เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับการวิจัยทั่วไป

เวอร์ชัน [1] วันที่ [12-9-65]

### ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย

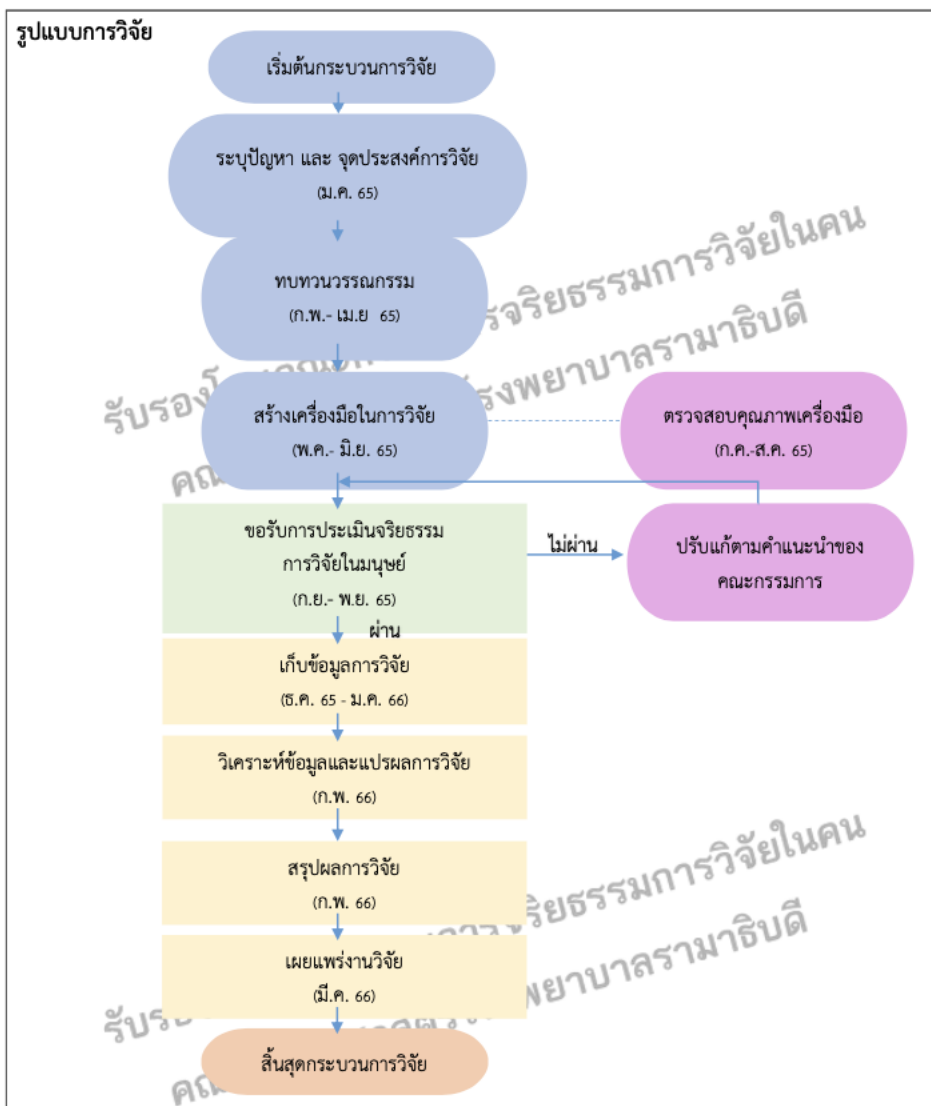
ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านรับทราบสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่ท่านพึงมี

#### การเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ

- ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้
- ท่านสามารถปรึกษาครอบครัวหรือแพทย์ผู้รักษาก่อนตัดสินใจ และสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมแก่ท่านและตอบข้อซักถามจนท่านเข้าใจ
- หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ท่านยังคงสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ

ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรคที่ไม่อาจควบคุมได้ รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นระยะเวลานานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ พินัยกรรมชีวิต หรือ การแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาการทำพินัยกรรมชีวิตให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความรู้ความเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ไคสแควร์ และ หาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทุกชนิด ทุกระยะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 160 คน โดยมีคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ทุกชนิด และทุกระยะ 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุ ระยะของโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การสนับสนุนทางสังคม กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง



### ขั้นตอนการวิจัย

อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 1 ครั้ง โดยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุดให้ครบถ้วน โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัคร กล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้อาสาสมัครอ่านรายละเอียดข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจนเข้าใจ แล้วจึงให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. อาสาสมัครไม่ต้องระบุชื่อ-สกุล ลงในแบบสอบถาม แต่ผู้วิจัยจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อจริงของอาสาสมัคร
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร ครั้งละ 1 คน โดยให้อาสาสมัครนั่งในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้ครอบคลุมทั้ง 6 ชุด และรับรองว่าข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่เปิดเผยตัวตนของอาสาสมัคร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามทุกข้อให้อาสาสมัครฟังทีละข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบตามที่อาสาสมัครเลือก
5. เมื่ออาสาสมัครทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำตอบ หากอาสาสมัครตอบไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและสอบถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
6. ถ้าหากอาสาสมัครมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะขอยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับความเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น
7. อาสาสมัครไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยได้สรุปความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยไว้ ดังนี้

### ความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมวิจัย อาจจะเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม บางคำถามอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจเล็กน้อย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่ไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบาย เป็นต้น ผู้วิจัยจะประเมินสัญญาณชีพและดูแลช่วยเหลือ ถ้าพบว่าอาการดีขึ้นและสมัครใจให้ข้อมูลต่อจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่หากอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่พร้อมที่จะทำแบบสอบถามต่อไป จะยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลให้ทราบ

ทันที เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาต่อไป หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่ นายอิพิงศ์ มณีโน หมายเลขโทรศัพท์ 097-4425453

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาพัฒนาแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง และนำมากำหนดนโยบายการใช้สิทธิผู้ป่วยและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น

ทั้งนี้ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านยังคงมีทางเลือกอื่นในการดูแลรักษา ดังนี้

#### ทางเลือกอื่นในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อหรือผลเสียใดๆ ต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลรามธิบดีทั้งสิ้น ท่านจะได้รับการบริการตามปกติ ตลอดจนสามารถปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลถึงแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมได้

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ ดังนี้

#### สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนตัวระหว่างการวิจัย	ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบความต้องการ
หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือความปลอดภัยของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว และท่านสามารถตัดสินใจได้ว่าท่านจะร่วมอยู่ในการวิจัยนี้ต่อหรือไม่
หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ใจเวียนศีรษะ เป็นต้น	ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบ และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต และผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การวิจัยทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งได้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยต่อไป

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากลและพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่ผลการวิจัยในการประชุม

วิชาการหรือในวารสารวิชาการจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ หากข้อมูลบางส่วนจะมีการนำไปลงในระบบฐานข้อมูลที่วารสารวิชาการกำหนด เพื่อแบ่งปันให้นักวิจัยอื่นได้ทราบ ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และลบไฟล์ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล

ไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะด้รับผิดชอบกรณีที่ท่านเกิดผลข้างเคียงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขหรือรักษา และรายงานให้แพทย์ผู้ดูแลท่านรับทราบ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามธิบดี

**บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม แจ้งผลข้างเคียงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์**

1. นายอิพงษ์ มณีโน หมายเลขโทรศัพท์ 097-4425453
2. นางสาวพนิดา ตึกหิน หมายเลขโทรศัพท์ 064-1199749

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี โทรศัพท์ 02-2011544 เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากล

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี



### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว และได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลในเอกสารให้ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ารับทราบที่ข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยอิสระ และระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ายังสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา หรือสิทธิที่ข้าพเจ้าพึงมี

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย และหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมไว้จำนวน 1 ชุด

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

.....(กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่ฟังเข้าใจ).....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้เข้าร่วมการวิจัย \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

.....(กรณีขอคำยินยอมของผู้มีอำนาจกระทำการแทน\*ผู้เข้าร่วมการวิจัย).....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน\*  
 นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ..... ในฐานะ.....  
 ได้ทราบรายละเอียดของโครงการการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย  
 จากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจนไม่สิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ  
 ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่ให้  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับ  
 นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่  
 เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้  
 เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้มีอำนาจกระทำการแทน \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

\*ผู้มีอำนาจกระทำการแทนซึ่งชอบด้วยกฎหมาย หมายถึง

- บิดาหรือมารดา ตามสูติบัตรหรือทะเบียนบ้าน
- บิดา/มารดาบุญธรรม หรือผู้ปกครอง ที่จดทะเบียนตามกฎหมายหรือตามคำสั่งศาล
- คู่สมรส ตามทะเบียนสมรส
- บุตร ตามสูติบัตรหรือทะเบียนบ้าน

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

คำรับรองของพยานผู้ไม่มีส่วนได้เสียกับการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อยู่ร่วมในกระบวนการขอความยินยอมและยืนยันว่า ผู้ขอความยินยอมได้อ่าน/อธิบายเอกสาร  
 ข้อมูลให้แก่ \_\_\_\_\_ ซึ่งผู้มีชื่อข้างต้นมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และได้ให้ความ  
 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ หลังจากรับทราบข้อมูลที่มีอยู่ตรงตามที่ปรากฏในเอกสารนี้แล้ว

ลายมือชื่อพยาน \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )



1

เลขที่แบบสอบถาม   

วันที่.....

## แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

## คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ” ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต
3. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ
4. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต
5. แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ))
6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ part 2)

นายอิพิงศ์ มณีโน



คณะกรรมการพิจารณาวิทยานิพนธ์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0673/65
วันที่รับรอง: 27 ธ.ค. 2565

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย  ลงใน  และเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ  ชาย  หญิง
  2. อายุ ..... ปี
  3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่
  4. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา/ ปวช.  อนุปริญญา/ ปวส.  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
  5. อาชีพ  เกษตรกรรม  รับจ้าง  
 ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว  รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  อื่นๆ ระบุ .....
  6. รายได้ของครอบครัว  ต่ำกว่า 5,000 บาท  5,001 – 10,000 บาท  
 10,001 – 15,000 บาท  15,001 – 20,000 บาท  
 มากกว่า 20,000 บาท
  7. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ.....  
(หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทราบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน)
  8. ระยะของโรค.....  
(หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทราบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน)
  9. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย .....
- (หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทราบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0693 / 65
วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565

ส่วนที่2 แบบสอบถามการทำพินัยกรรมชีวิต

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  และเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

- ท่านทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว
- กรุณาระบุรูปแบบของพินัยกรรมชีวิตของท่าน
- ท่านทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า โดยการเขียน หรือพิมพ์ เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเอง
- ท่านทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า โดยบอกกล่าว ให้บุคคล ในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เขียนหรือพิมพ์ให้เป็นลายลักษณ์อักษร
- ท่านได้เลือกและมอบอำนาจให้บุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นผู้ตัดสินใจแทนกรณีที่โรครักษาไม่หายและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต
- ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า
- กรุณาระบุเหตุผลที่ท่านไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิต หรือ วางแผนการรักษาสุขภาพล่วงหน้า
- ท่านไม่รู้จัก พินัยกรรมชีวิต
- ไม่จำเป็น เพราะมีคนดูแล
- ยังไม่ยักคิดถึงเรื่องนี้
- อื่นๆ \_\_\_\_\_



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0693 165
วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

คำชี้แจง โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้ โดยแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

1. ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. ไม่วิดกกังวล มีวิตกกังวลมากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/หิว มีอาการง่วงซึม/สับสน/หิวมากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. อาการอื่น ๆ (ระบุ)..... (ถ้าอาการดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0673/65
วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565

Version: 1. Date 12 กันยายน 2565

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการเลือก

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. พินัยกรรมชีวิต คือ หนังสือที่เขียนไว้ล่วงหน้าเพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่ไม่หายดีแล้ว		
2. ท่านสามารถทำพินัยกรรมชีวิต เมื่อยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน		
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ จะได้รับการสอบถามความต้องการเพื่อยืนยันเจตนาที่เคยบอกไว้ ก่อนจะได้รับการดูแลตามที่แสดงเจตนาไว้ในพินัยกรรมชีวิต		
4. ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของชีวิต สามารถเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้พินัยกรรมชีวิตได้		
5. ผู้ที่เคยทำพินัยกรรมชีวิตไว้ว่าไม่ต้องการบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อชีวิตไว้ให้นานที่สุด เช่น การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น		
6. เมื่อแพทย์เห็นว่า การรักษาไม่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้ และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต		
7. พินัยกรรมชีวิต คือ การขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยาจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของร่างกาย (การุณยฆาต)		
8. การทำพินัยกรรมชีวิต ยังไม่มีผลบังคับใช้ทางกฎหมายในประเทศไทย		



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 หมายเลขโครงการ 0673/65  
 วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565



## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง กังวลเล็กน้อย
- 2 หมายถึง กังวลปานกลาง
- 3 หมายถึง กังวลมาก

ข้อความ	1	2	3
1. ท่านรู้สึกกังวลเมื่อนึกถึงความตาย			
2. ท่านไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิต ก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ			
3. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก			
4. ท่านกังวลว่าทุกขุทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต			
5. ท่านกังวลว่าก่อนที่จะเสียชีวิต อาจมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน			
6. ท่านกังวลว่าจะเป็นภาระแก่ผู้อื่นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของท่าน			
7. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตทำให้พลัดพรากจากคนที่รักไปตลอดกาล			
8. ท่านกังวลว่าท่านจะไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้ก่อนเสียชีวิต			
9. ท่านคิดว่าการจากไปของท่านจะเป็นการทิ้งคนที่ท่านรักไว้เบื้องหลัง			
10. ท่านกังวลว่าในขณะที่ท่านกำลังจะเสียชีวิต อาจไม่มีใครอยู่เคียงข้าง			
11. ท่านกังวลว่าหากท่านเสียชีวิตอาจมีปัญหาในเรื่อง การจัดการทรัพย์สินสมบัติหรือพินัยกรรม			
12. ท่านกังวลว่าท่านจะเสียชีวิตอย่างเดียวดาย			
13. ท่านกังวลว่าคนรอบข้างจะลืมท่านเมื่อท่านเสียชีวิต			
14. ท่านกลัวว่าจะได้รับการฉกฉวยสิ่งที่ไม่ได้เสียชีวิตจริง ๆ			
15. ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้ภายหลังการเสียชีวิต			



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0673/65

วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัวของท่าน ได้แก่ คู่ชีวิต บิด มารดา บุตรหลานญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข) โปรดพิจารณา แต่ละข้อคำถามโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

- |                        |         |  |
|------------------------|---------|--|
| (0) ไม่ได้เลย          | หมายถึง | ผู้ตอบรับรู้ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย        |
| (1) ได้รับเล็กน้อย     | หมายถึง | ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย      |
| (2) ได้รับบ้างบางครั้ง | หมายถึง | ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว |
| (3) ได้รับค่อนข้างมาก  | หมายถึง | ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก   |
| (4) ได้รับมากที่สุด    | หมายถึง | ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด     |

ข้อความ	ไม่ได้เลย (0)	ได้รับเล็กน้อย (1)	ได้รับบ้างบางครั้ง (2)	ได้รับค่อนข้างมาก (3)	ได้รับมากที่สุด (4)
1. ท่านได้รับแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านมั่นใจว่าเขาจะอยู่ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ					
3. ท่านเชื่อมั่นและไว้วางใจ สามารถปรึกษา และบอกความในใจได้					
4. ท่านได้รับขวัญและกำลังใจในยามที่ท่านท้อแท้					
5. ท่านได้รับการเอาใจใส่ในทุกข์สุข					
6. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์					
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันและการดูแลสุขภาพ					



คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
หมายเลขโครงการ 0673/65  
วันที่รับรอง : 27 ธ.ค. 2565

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายอริพงศ์ มุณีโน
วัน เดือน ปี เกิด	29 มกราคม 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ.2558
ที่อยู่ปัจจุบัน	906 ถนน กำแพงเพชร 6 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10210



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY