

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสกลนคร

พิชยา ปัญญาดี พ.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิก พุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร โดยทำในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 150 คน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประสพการณ์ในอดีต ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ วิเคราะห์แบบ Uni-variate analysis โดยใช้สถิติ Simple logistic regression จากนั้นวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้ Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 77 คน (ร้อยละ 51.33) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต คือ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (Adj.OR 7.87; 95% CI = 1.11–55.62) สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Adj.OR 3.76; 95% CI = 1.39–10.82) เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน (Adj.OR 7.23; 95% CI = 12.08–25.15) มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR 6.53; 95% CI = 2.45–17.45) และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR 10.35; 95% CI = 3.38–31.70) ดังนั้นควรส่งเสริมปัจจัยด้านความรู้เพื่อเพิ่มอัตราการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง

* แพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568 รับผิดชอบบทความ: 21 เมษายน 2568

Factors in Decision–Making of Cancer Patients’ Living will in Sakonnakhon Hospital**Pitchaya Panyadee M.D.******Abstract***

This study is a cross–sectional analytical study with the objective of examining the factors that influence the decision to create an advance directive in cancer patients, as well as their level of knowledge and attitudes towards advance directives. The study was conducted at the Phuttharaksa Clinic, Sakon Nakhon Hospital, involving 150 cancer patients between September 1 and September 30, 2024. Data was collected using a questionnaire that included general information about the patients, their past experiences, and their knowledge and attitudes towards advance directives. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, including univariate analysis with simple logistic regression, followed by multivariate analysis using multiple logistic regression.

The results revealed that 77 cancer patients (51.33%) had decided to create a living will. Factors significantly associated with the decision to create a living will included prior experience of being treated in an intensive care unit (Adj. OR = 7.87; 95% CI = 1.11–55.62), the ability to discuss living wills with family members (Adj. OR = 3.76; 95% CI = 1.39–10.82), prior knowledge of living wills (Adj. OR = 7.23; 95% CI = 2.08–25.15), high levels of knowledge regarding living wills (Adj. OR = 6.53; 95% CI = 2.45–17.45), and a positive attitude toward living wills (Adj. OR = 10.35; 95% CI = 3.38–31.70).

In conclusion, promoting knowledge about living wills can help increase the rate of decision–making regarding living wills among cancer patients.

Keywords: Living will, Knowledge about living wills, Attitudes toward living wills, Cancer patients

* Resident in Family Medicine, Social Medicine Work Group, Sakonnakhon Hospital

Received: February 17, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 21, 2025

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้สถานการณ์โรคมะเร็งของไทย จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าปัจจุบันคนไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี และเสียชีวิตวันละ 221 คน หรือ 80,665 คนต่อปี¹ โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า และอาการไม่สบายอื่น ๆ² ซึ่งการดูแลบางอย่างทำไปเพียงเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยเท่านั้นและทำให้สูญเสียเวลารวมถึงค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจำนวนมาก

การแพทย์ในปัจจุบันมีการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด จึงได้คิดค้นเทคโนโลยีขึ้นเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ป่วยกลัวกระบวนการยืดความตาย จึงได้มีการผลักดันจนเกิดกฎหมายเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือ คำสั่งการรักษาล่วงหน้า (advance medical directives) เพื่อไม่ให้แพทย์ยืดความตายของตน³

ในประเทศไทยได้ผลักดันให้มีกฎหมายรองรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่ไม่จำเป็น (living will) คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1⁴ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (living will)⁵ คือ การมีความเชื่อหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในกรณีที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น การเลือกว่าจะรับการรักษาหรือไม่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือในกรณีที่สถานการณ์ทางการแพทย์ที่รุนแรงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ โดยพินัยกรรมชีวิตมักจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงของตนเองล่วงหน้าถึงการรักษาหรือไม่รับการรักษาในกรณีที่เกิดเหตุการณ์วิกฤตทางสุขภาพ เช่น การช่วยชีวิตด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่อาจ

ยืดเวลาอยู่รอดแต่ไม่สามารถรักษาคุณภาพชีวิตได้ โดย ข้อดีของการทำพินัยกรรมชีวิต คือ เคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ซึ่งเป็นการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวไม่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการตัดสินใจทางการแพทย์ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง⁶ และช่วยให้การรักษามีความชัดเจน โดยพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ทีมแพทย์และครอบครัวทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและการตัดสินใจที่ดีที่สุดที่สถานการณ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและเข้าใจถึงความสำคัญในการตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษามักจะมีทัศนคติที่ดีและเปิดรับการการทำพินัยกรรมชีวิต แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีทัศนคติที่ไม่ยอมรับหรือลังเล เนื่องจากความกลัวหรือไม่เข้าใจในเรื่องการตายและการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้⁵

ในประเทศไทยประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้า จากงานวิจัยของ กนกพร ภูทอง และคณะ⁷ ที่สอบถามถึงความรู้และทัศนคติต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 464 ราย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าเพียงร้อยละ 30.6 เท่านั้น และมีความต้องการที่จะทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าในระดับปานกลาง จากงานวิจัยของ พทิน ภิริธรรมโชติ⁸ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตในเกณฑ์สูง และทัศนคติโดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติตนเองหรือญาติเคยใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน และมุมมองต่อความตาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต และจากการศึกษาของ รุ่งทิวา กังวานสุระ⁹ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ อาชีพข้าราชการเกษียณ เคยดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย และ

การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม พบว่าประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้และทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต และบทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจ รวมถึงบริบททางสังคม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาของ Moritz Allner และคณะ¹⁰ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทำพินัยกรรมชีวิต 40 เปอร์เซ็นต์ และการศึกษาของ Pedro Grachinski Buier และคณะ¹¹ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งทำพินัยกรรมชีวิตถึง 70 เปอร์เซ็นต์

ปัจจุบันงานวิจัยเกี่ยวกับการทำ living will ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างจำกัคนผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรทำพินัยกรรมชีวิตในลำดับต้นๆ ทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องความรู้และปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ศึกษาในประชากรผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการห้องตรวจคลินิกพุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 250 ราย ในช่วงวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 คำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ เครซี่ และมอร์แกน¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามความสะดวก (Convenience Sampling)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร โครงการวิจัยเลขที่ SKHREC No. 005/2567 รับรองวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่มารับบริการห้องตรวจคลินิกพุทธรักษา โรงพยาบาลสกลนคร
2. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม (dementia)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามจำนวน 34 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรออกจากการศึกษาข้างต้นหลังคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษา ศาสนา โรคประจำตัว ประวัติการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ รู้จักพินัยกรรมชีวิต ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถพูดคุยกับครอบครัวเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นข้อคำถามแบบตัวเลือกและเติมข้อความ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต เป็นคำถามแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนจากเกณฑ์ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักของ Bloom¹³ คือ คะแนน มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ มีความรู้ในระดับสูง คะแนนระหว่าง 80-60 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด Likert scale¹⁴ ซึ่งเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเลือกตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนน

ตั้งแต่ 1–5 คะแนน โดยถ้าเลือกน้อยที่สุดจะได้ 1 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 10 ให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนมาเฉลี่ยกันในแต่ละมิติการรับรู้ การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ ซึ่งแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(คะแนนสูงสุด – ต่ำสุด)/จำนวนชั้น = $(5 - 1)/3 = 1.33$

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน คือ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา จำนวนค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งมีค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์นั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์น้อย และถ้ามีค่า

ติดลบ แสดงว่าเป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ ซึ่งงานวิจัยนี้กำหนดค่า IOC 0.5 จึงคงข้อคำถามนั้นไว้

หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งในเขตพื้นที่บริการคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม จำนวน 40 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ใช่วิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจในการทำพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 150 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 60.6 ปี (18–100 ปี, S.D. 14.84 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 82 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.3 สถานภาพสมรสร้อยละ 58 สิทธิการรักษามากเป็นสิทธิบัตรทองร้อยละ 78.6 และส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งอย่างเดียวไม่มีโรคร่วมร้อยละ 89.3 หลังจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 77 คน และผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 73 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
เพศ			0.976
ชาย	42(28)	40(26.7)	
หญิง	35(23.3)	33(22.0)	
อายุ (ปี)			0.010**
≤60 ปี	29(19.3)	43(28.7)	
> 60 ปี	48(32.0)	30(20.0)	
สถานภาพ			0.693
โสด	14(9.3)	20(13.3)	
สมรส	50(33.3)	37(24.7)	
หม้าย/หย่าร้าง	13(8.7)	16(10.7)	
ระดับการศึกษา			0.078
ประถมศึกษา	38(25.3)	36(24.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(6.0)	19(12.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9(6.0)	8(5.3)	
ปวส/อนุปริญญา	3(2.0)	4(2.7)	
ปริญญาตรี	18(12.0)	6(4.0)	
รายได้			0.129
Mean +- S.D.	10355.84 ± 13669.90	7398.63 ± 8890.01	
Median (min-max)	5000(500-70000)	5000(0-50000)	
โรคร่วม			0.055
ไม่มีโรคร่วม	65(43.3)	69(46.0)	
มีโรคร่วม	12(8.0)	4(2.7)	
อาชีพ			0.015*
เกษตรกร	16(10.7)	16(10.7)	
รับจ้าง	8(5.3)	18(12.0)	
ค้าขาย	12(8.0)	14(9.3)	
แม่บ้าน	2(1.3)	7(4.7)	
รับราชการ	13(8.7)	2(1.3)	
ว่างงาน	19(12.7)	15(10.0)	
นักบวช	7(4.7)	1(0.7)	

ตารางที่1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
สิทธิการรักษา			0.080
บัตรทอง	59(39.3)	59(39.3)	
ประกันสังคม	7(4.7)	13(8.7)	
จ่ายตรง	10(6.7)	1(0.7)	
เงินสด	1(0.7)	0	
ศาสนา			0.381
พุทธ	67(44.7)	68(45.3)	
คริสต์	10(6.7)	4(2.7)	
อิสลาม	0	1(0.7)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านประสบการณ์ในอดีต ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ พินัยกรรมชีวิตได้ร้อยละ 33.3 และผู้เข้าร่วมวิจัยเคยรู้จัก เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักและ ไม่เคยถูกใส่ท่อ การทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อนเพียงร้อยละ 26.7 รายละเอียด ดังตารางที่ 2 ช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ที่ตัดสินใจทำ พินัยกรรมชีวิตสามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำ

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ในอดีต

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77) (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (n = 73) (ร้อยละ)	
เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก			0.010**
เคย	19(12.7)	6(4.0)	
ไม่เคย	58(38.7)	67(44.7)	
เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย			0.049*
เคย	18(12.0)	8(5.3)	
ไม่เคย	59(39.3)	65(43.3)	
สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
ใช่	50(33.3)	23(15.3)	
ไม่ใช่	27(18.0)	50(33.3)	
รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน			< 0.001**
ใช่	33(22.0)	7(4.7)	
ไม่ใช่	44(29.3)	66(44.0)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คะแนนความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการทำพินัยกรรม สำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 3
ชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัย

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต

ตัวแปร	ความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต		P -value
	ต้องการ (n = 77)	ไม่ต้องการ (n = 73)	
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
มีความรู้ระดับต่ำ	20(13.3)	41(27.3)	
มีความรู้ระดับปานกลาง	9(6.0)	14(9.3)	
มีความรู้ระดับสูง	48(32.0)	18(12.0)	
ทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต			< 0.001**
มีทัศนคติระดับต่ำ	10(6.7)	33(22.0)	
มีทัศนคติระดับปานกลาง	22(14.7)	32(21.3)	
มีทัศนคติระดับสูง	45(30.0)	8(5.3)	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยนำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (multivariate analysis) พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (adjust OR 7.87, 95%CI; 1.11–55.62, $p = 0.039$) สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (adjust OR 3.76, 95%CI; 1.39–10.82, $p = 0.014$) เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน (adjust OR 7.23, 95%CI; 12.08–25.15, $p = 0.002$) มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (adjust 6.53, 95%CI; 2.45–17.45), $p < 0.001$) และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (adjust OR 10.35, 95%CI; 3.38–31.70), $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (วิเคราะห์หลายตัวแปร)

ปัจจัย	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n = 77) (%)	ไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n = 73) (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ					
≤ 60 ปี	29(19.3)	43(28.7)	1	1	
> 60 ปี	48(32.0)	30(20.0)	2.37(1.23–4.57)	1.62(0.61–4.29)	0.331
อาชีพ					
อื่นๆ	64(42.7)	71(47.3)	1	1	
ข้าราชการ	13(8.7)	2(1.3)	7.21(1.57–33.18)	5.88(0.60–57.53)	0.128
เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจจากการเจ็บป่วย					
ไม่เคย	59(39.3)	65(43.3)	1	1	
เคย	19(12.7)	6(4.0)	2.48(1.00–6.12)	0.24(0.034–1.67)	0.149

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (วิเคราะห์หลายตัวแปร) (ต่อ)

ปัจจัย	ต้องการทำ พินัยกรรมชีวิต (n = 77) (%)	ไม่ต้องการทำ พินัยกรรมชีวิต (n = 73) (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก					
ไม่เคย	58(38.7)	67(44.7)	1	1	
เคย	19(12.7)	6(4.0)	3.66(1.37–9.77)	7.87(1.11–55.62)	0.039*
สามารถพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต					
ไม่ใช่	27(18.0)	50(33.3)	1	1	
ใช่	50(33.3)	23(15.3)	4.03(2.04–7.95)	3.76(1.39–10.82)	0.014*
รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน					
ไม่ใช่	44(29.3)	66(44.0)	1	1	
ใช่	33(22.0)	7(4.7)	7.07(2.87–17.40)	7.23(2.08–25.15)	0.002**
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต					
ต่ำ-ปานกลาง	29(19.3)	55(36.7)	1	1	
สูง	48(32.0)	18(12.0)	5.06(2.50–10.23)	6.53(2.45–17.45)	< 0.001**
มีทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต					
ต่ำ-ปานกลาง	32(21.3)	65(43.3)	1	1	
สูง	42(30.0)	8(5.3)	11.42(4.82–27.08)	10.35(3.38–31.70)	< 0.001**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 150 คน มีผู้ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 77 คน (ร้อยละ 51.33) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อธิพงศ์ มุณีโน¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง 180 คน ในบริบทของโรงพยาบาล ดติยภูมิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตเพียงร้อยละ 37.2 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ เป็นบริบทของโรงพยาบาลดติยภูมิ ซึ่งอาจมีความพร้อมทาง เทคโนโลยีและการรักษาที่หลากหลายทำให้ผู้ป่วย และญาติ มีความคาดหวังกับการรักษาจนถึงที่สุด จึงไม่ได้พิจารณา การทำพินัยกรรมชีวิตเป็นเรื่องสำคัญ อีกสาเหตุหนึ่งคือ เนื่องากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มาจากคลินิก พุทธรักษา ซึ่งเป็นคลินิกด้านการดูแลแบบประคับประคอง เท่านั้นซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง¹⁵ ที่เป็นแผนกผู้ป่วย นอกมะเร็งทั่วไปจึงมีอัตราการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตที่ สูงกว่า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เช่น

ความรุนแรงของโรคจากการเจ็บป่วย การได้รับคำปรึกษา และสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ ความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย¹¹ และ แตกต่างจากการศึกษาของ Buiar และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้เนื่องจากใน วัฒนธรรมตะวันตกให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระ และ การตัดสินใจส่วนตัว (Autonomy) ดังนั้นการทำพินัยกรรม ชีวิตเพื่อระบุความต้องการด้านการรักษาจึงถือเป็นเรื่องปกติ ต่างจากในเอเชียสำหรับการตัดสินใจรักษาในระยะท้ายมัก เป็นหน้าที่ของครอบครัวมากกว่าตัวบุคคล^{16,17}

นอกจากนี้การศึกษครั้งนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เคยได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก เป็นปัจจัยส่งเสริม การทำพินัยกรรมชีวิต 7.87 เท่า (Adj.OR = 7.87, 95% CI; 1.11–55.62) หมายความว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสดังกล่าวตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

มากกว่า ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Omondi S และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ประวัติการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต อาจเป็นเพราะ การผ่านประสบการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต และกระตุ้นให้พิจารณาการวางแผนล่วงหน้า และในสถานการณ์วิกฤต บุคลากรทางการแพทย์มักให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งอาจรวมถึงการแนะนำเรื่องพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยที่เคยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอาจมีการพูดคุยและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคตมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และศาสนา ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาชีพข้าราชการเกษียณเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุ⁹ อาจเป็นผลมาจากบริบทความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญความกังวลเกี่ยวกับโรคซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตถูกเลื่อนออกไป และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ พบว่าการนับถือศาสนาส่งผลให้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น แต่จากงานวิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่นับถือศาสนา จึงต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

การพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง 3.76 เท่า (Adj.OR = 3.76, 95%CI; 1.39–10.82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{11,16,17,20} โดยเฉพาะการศึกษาของ รุ่งทิวา กังวานสระ และคณะ⁹ ในการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บริบททางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์และความเชื่อใจต่อครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ¹⁶ เช่น ในครอบครัวที่มีค่านิยมเน้นการดูแลจนวาระสุดท้าย อาจมีการพูดคุยเรื่องพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่าเมื่อเทียบกับครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นเพียงหนึ่งในปัจจัยส่งเสริม

การทำพินัยกรรมชีวิต

การเคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง 7.23 เท่า (Adj.OR = 7.23, 95% CI; 12.08–25.15) สอดคล้องกับการศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ⁸ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยเคยได้รับข้อมูลช่วยให้เข้าใจวัตถุประสงค์และความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า และลดความเข้าใจผิดหรือความกลัวที่ว่าเอกสารดังกล่าวอาจส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ การรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อนจะช่วยเปิดโอกาสให้บุคคลได้พูดคุยกับครอบครัวหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เกี่ยวกับความต้องการในวาระท้าย¹⁷ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

ปัจจัยด้านความรู้พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR = 6.53, 95%CI; 2.45–17.45) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้น 6.53 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,11,12,16,21} แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตจะทำให้ตระหนักถึงข้อดีของการทำพินัยกรรมชีวิต เช่น การรักษาสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง การลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว และลดความขัดแย้งในหมู่ญาติ นอกจากนี้การที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมักเข้าใจว่าพินัยกรรมชีวิตไม่ได้หมายถึงปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการกำหนดความต้องการล่วงหน้า ซึ่งความมั่นใจนี้จะช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่า การมีทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง (Adj.OR = 10.35, 95% CI; 3.38–31.70) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{8,9} พบว่า ทัศนคติที่ดีการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าและการเห็นถึงประโยชน์ของพินัยกรรมชีวิตเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยทัศนคติที่ดีจะช่วยลดความกังวลหรือความกลัว เช่น การควบคุมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ทำให้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิต

มากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่คลินิกพุทธรักษา ซึ่งเป็นคลินิกที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาตามคลินิกอื่น ๆ ดังนั้น การขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ป่วยจากแหล่งบริการอื่นๆ จะช่วยเพิ่มความหลากหลายในการศึกษาและทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น เช่น เอกสารแผ่นพับ วีดิทัศน์ การจัดโครงการให้ความรู้ในชุมชน การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้

บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น

3. ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจมีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย มุมมองต่อความตาย และ รูปแบบในความต้องการรับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยในแง่ของการส่งเสริมปัจจัยด้านความรู้

4. อาจมีการติดตามต่อเนื่องว่าการทำพินัยกรรมชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร บุคลากรผู้ป่วยนอกแผนกมะเร็ง โรงพยาบาลสกลนคร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. แผนกตรวจสุขภาพ. 5 อันดับ สถิติมะเร็งในคนไทยที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/thTH/phrapradaeng/Article/Details/บทความ-โรคมะเร็ง/5-อันดับ-สถิติมะเร็งในคนไทย-ที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกล>
2. จิตใจ ศิริโส, สุริพร ธนศิลป์, นพมาศ พัดทอง. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):112-123.
3. พระไพศาล วิสาโล. ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอมีเนเตอร์ไพรส์; 2552.
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127, หมวดที่ 1 เรื่อง สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12; 2553, 31 มีนาคม.
5. Hendrickson SC, Amelang M, O'Sullivan T. Patient and family attitudes toward advance care planning: a systematic review. Journal of Palliative Care 2015;31(3):128-135.
6. Karel MJ, Hinrichsen GA. Advance care planning for older adults: Improving the understanding and utilization of advance directives. Clinical Psychology Review 2018;60:1-13.
7. Puthong K, Tirakanoksathit T, Pattarapanuwat P, Pattanasiri S, Kanoptammakul S, Makruasi S, Makruasi N. Knowledge, perceptions, and attitudes of patients regarding advance directives at the End of Life Care at Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. J Med Health Sci 2022; 29(3):107-23.
8. พสิน ภูริธรรมโชติ. ทักษะคิดต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ. ว. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2559;1(1):39-50.
9. รุ่งทิวา กังวานสุระ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ เกษะโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. ว. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2022;5(1): 33-44.

10. Allner M, Gostian M, Balk M, Rupp R, Allner C, Mantsopoulos K, et al. Advance directives in patients with head and neck cancer – status quo and factors influencing their creation. *BMC Palliative Care* 2022;21(1):47.
11. Buiar PG, Goldim JR. Barriers to the composition and implementation of advance directives in oncology: a literature review. *Ecancermedicalscience* 2019;13:974.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607–610.
13. Smith J. Use of Bloom’s Taxonomy in assessment criteria: a guide for educational evaluation. *J Educ Assess* 2020;25(3):145–159.
14. Smith J, Brown A. The use of Likert scale in measuring attitudes toward life planning. *J Educ Psychol* 2019;33(4):221–233.
15. Muneeno A. Selected factors related to living will in persons with cancer [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023.
16. Gao X, Sun F, Ko E, Kwak J, Shen HW. Knowledge of advance directive and perceptions of end-of-life care in Chinese American elders: The role of acculturation. *Palliat Support Care* 2015;13(6):1677–84.
17. Ho LYW, Kwong EWY, Song MS, Kawakami A, Boo S, Lai CKY, et al. Decision-making preferences on end-of-life care for older people: Exploration and comparison of Japan, the Hong Kong SAR and South Korea in East Asia. *J Clin Nurs* 2022;31(23–24):3498–509.
18. Omondi S, Weru J, Shaikh AJ, Yonga G. Factors that influence advance directives completion amongst terminally ill patients at a tertiary hospital in Kenya. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):9.
19. Hoe D, Enguidanos S. Association Between Religiosity and Advance Directive Completion in a Nationally Representative Sample (S760). *J Pain Symptom Manage* 2018;55(2):689–690.
20. Arruda LM, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (Sao Paulo)* 2020;18:eRW4852.
21. Zhu T, Zhang J, Shi Y, Yi J, Zhang Q, Zhao Y, et al. Awareness and Attitudes Toward Advance Care Planning Among Community-Dwelling Older Adults in China: A Mixed-Methods Study. *Am J Hosp Palliat Care* 2020;37(9):743–9.