

ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ

Attitudes Towards Living wills and Factors affecting Living wills writing decisions of
Borabue hospital' Patients.

พศิน ภูริธรรมโชติ*

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจจะทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต และแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR₂₀ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติด้วยอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตนเอง (Self-administered questionnaire) โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยในที่มาพักรักษาในโรงพยาบาลบรบือ ระหว่างวันที่ 1-15 สิงหาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต อยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีเพียงร้อยละ 1.4 จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด การตัดสินใจที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตในอนาคต ร้อยละ 57.1 และเมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตในเกณฑ์สูง และทัศนคติโดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ในเกณฑ์สูง ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติตนเองหรือญาติเคยใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนและมุมมองต่อความตาย ไม่มี ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ควรเน้นให้มีการอบรมให้ความรู้แก่นบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อจะได้เป็นพื้นฐานการกระจายความรู้สู่ผู้ป่วยและประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : พินัยกรรมชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง ทัศนคติของผู้ป่วย

ABSTRACT

The purpose of this Cross-sectional Analytical Research study was to explore the attitudes of patients about the living wills and factors that affect decision making to write a living will. The instrument of this study was a self-developed questionnaire. This questionnaire was divided into 3 parts include general personal information, tests of knowledges about palliative care and living wills and tests of attitudes about living wills. Content validity was established by the expert. Reliability test for knowledge testing by using Kuder-Richardson formula 20 (KR20) was 0.87. Cronbach's alpha for the attitudes testing was 0.83. Data were collected by using the self-administered questionnaire by giving questionnaires to patients admitted in the Borabue hospital between 1 - 15 August, 2014. Data were analyzed by descriptive statistics include percentage, mean and standard deviation and analysis statistics by using Chi-square test. The results showed that the overall attitude towards the living wills of the participants were moderate and high levels of 61.4 and 37.1 percent respectively, while the group of low attitude to living wills had only 1.4 per cent. Participants had decided to write living wills in 57.1 percent. And the relationship of the factors that were associated with the decision made living wills significant statistically in patients who made decisions about treatment for themselves, people who recognized living wills before, those who had a deep understanding of palliative treatment and living wills at a high level and patients who had overall attitude towards living wills remain high. Other factors include age, gender, education, income, marital status, medical history or their relatives had been intubated before and perspective on death had no relation to the decision making in living wills. The discovery of such showed the focus should be paid to educate medical personnel in both hospital and community about palliative care and living wills to disseminate the knowledge to patients and the public.

Keywords : Living wills, Palliative care, Patient's attitudes

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี¹ สาเหตุการตายส่วนใหญ่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคมะเร็งและกลุ่มโรคทางหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจและสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจจะป่วยอยู่ในระยะที่ยังพอรักษาได้ แต่บางรายอาจจะป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยืดอายุขัยออกไปได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” ที่ไม่มีวิธีการรักษาใด ๆ เพิ่มเติม ทั้งที่ยังมีอีกหลายวิธีที่บุคลากรสายสุขภาพสามารถทำได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ซึ่งทางการแพทย์เรียกว่า Palliative care หรือในภาษาไทยอาจใช้คำว่า “การดูแลรักษาแบบประคับประคอง” องค์การอนามัยโลก (WHO)² ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่าเป็น “วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยใช้ในการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ด้วยการค้นหาตั้งแต่ระยะแรก ๆ และมีการประเมินและจัดการอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ แบบรอบด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ”

คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข : กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹ ได้กล่าวถึงกระบวนการจัดทำกฎหมายและกฎกระทรวงเพื่อรองรับสิทธิใน

การเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในระยะสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลบังคับใช้ได้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 โดยในประเทศไทยเรียกชื่อว่า พินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และที่ผ่านมากในประเทศไทยเองหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ได้มีส่วนร่วมในการผลักดันจนทำให้การทำพินัยกรรมชีวิตแบบลายลักษณ์อักษร สามารถทำได้โดยทั่วไปและถูกต้องตามกฎหมายทั้งในส่วนของผู้ทำพินัยกรรมชีวิตเอง และแพทย์หรือนุบาลการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ ถึงแม้จะมีกฎหมายรองรับแล้ว แต่การใช้พินัยกรรมชีวิตก็ยังไม่แพร่หลาย อาจเพราะเป็นเรื่องใหม่ อีกทั้งศาสตร์การดูแลแบบ Palliative care ยังไม่ครอบคลุมและงานวิจัยเกี่ยวกับ living will ในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และประชาชนจำนวนมากอาจยังไม่รู้จัก living will มาก่อน ยกตัวอย่างเช่น ข้อมูลจากการสำรวจที่จังหวัดลำปาง³ ในเดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2554 พบว่า นุบาลการทางการแพทย์ที่ไม่เคยรู้จักกฎหมายฉบับนี้มาก่อนมีร้อยละ 32.77 และประชาชนที่ยังไม่รู้จักกฎหมายนี้มาก่อนมีถึงร้อยละ 75.68

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้พยายามศึกษาข้อมูลในต่างประเทศที่ได้มีการวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเขียน living will ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ พบว่า มีปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ คนผิวขาว, ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย, มีประกันบุคคล, รายได้สูง ($\geq \$22,000$) และการศึกษาสูง (ระดับวิทยาลัยขึ้นไป) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นทางด้านสุขภาพที่ส่งผลให้มีการทำ living will มากขึ้น คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง/โรคทางเดินหายใจ, ผู้ป่วยที่มีประวัติมาพบแพทย์บ่อยๆ (5-9 ครั้ง เทียบกับ 2-4 ครั้ง), มีวันนอนโรงพยาบาลมาก (37 วัน เทียบกับ 30 วัน) ส่วนกลุ่มที่มีการใช้ living will น้อย ได้แก่ กลุ่มคนผิวดำการศึกษาต่ำ (< 8 ปี) ไม่มีประกันชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะ cognitive impaired ซึ่งต่อมาได้มีการวิจัยแบบสนทนากลุ่มย่อย⁵ ในกลุ่มคนผิวดำที่อาศัยในบ้านพักคนชรา พบว่า ผู้ร่วมวิจัยที่เป็น African American ส่วนใหญ่อยากทำ living will แต่เพราะไม่เคยได้รับทราบข้อมูล

ที่ชัดเจนมาก่อน ผู้วิจัยสรุปว่า ควรมีการพูดคุยทำความเข้าใจรวมทั้งให้การศึกษาเรื่อง end of life กับผู้ป่วยในบ้านพักคนชราและครอบครัวมากขึ้นจะทำให้อัตราการใช้ living will ของคน African American เพิ่มมากขึ้นในอนาคตการวิจัยในประเทศญี่ปุ่น⁶ ซึ่งบริบทจะต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะการทำ living will ในประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีกฎหมายรองรับ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทำ living will ของผู้ตาย คือ “การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง” และ “การเสียชีวิตในโรงพยาบาล” การวิจัยในออสเตรเลีย⁷ พบว่า ส่วนใหญ่สนับสนุนให้แพทย์บอกความจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่รักษาไม่ได้และความตายที่กำลังใกล้เข้ามา และในกลุ่มคนที่มีการศึกษาต่ำ (ตามเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ) พบว่า มีการกลัวภาวะติดยา ต้อยา และการสูญเสียระบบการรับรู้อันเป็นผลจากการใช้ยาแก้ปวดในการรักษาความเจ็บปวดจากมะเร็งอย่างชัดเจน และยิ่งพบอีกว่ามีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้นที่ทราบว่า living will มีบัญญัติเป็นกฎหมายแล้วในออสเตรเลียได้ การวิจัยในประเทศเยอรมนี⁸ พบว่า ประชาชนในกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วย (pre-clinical) ในประเทศเยอรมนีได้ทำ living will ไว้แล้ว ร้อยละ 10 และอีก ร้อยละ 50 วางแผนว่าจะทำ จากการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่จะทำให้มีการยอมรับทำ living will ของประชากร คือ อายุที่ยาวนานขึ้นโดยตั้งเป้าที่ ≥ 50 ปี และประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของญาติหรือคนรู้จักในปีที่ผ่านมา

สำหรับรูปแบบของการทำหนังสือตัดสินใจการรักษาล่วงหน้า (Advance directives) การวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา^{9, 10} พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้ามาแล้ว และมีผู้ที่ได้ทำหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้าไว้แล้วจำนวน ร้อยละ 43 โดยแบ่งเป็นหนังสือมอบอำนาจ (Power Of Attorney) ร้อยละ 8 พินัยกรรมชีวิต (Living will) ร้อยละ 31 และทั้งสองแบบ คือ หนังสือมอบอำนาจและพินัยกรรมชีวิต จำนวนร้อยละ 61 นอกจากนี้ยังมีการวิจัยถึงอุปสรรคต่อการเขียนหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้า¹¹ พบว่า มี 3 อุปสรรคใหญ่ๆ ต่อการเขียนหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้า ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้ายากต่อการเขียนแบบฟอร์ม และความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวหรือตัวแทนและผู้ให้ข้อมูล

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย โรงพยาบาลรามธิบดีได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก¹² ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ 16 คน เพื่อศึกษามุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต พบว่า 12 คนใน 16 คน มีแนวคิดที่จะสั่งการไว้ล่วงหน้าแต่มีเพียง 6 รายเท่านั้น ที่พร้อมจะทำพินัยกรรมชีวิต โดยส่วนใหญ่ที่ทำเพราะได้เห็นการรักษาหรือผลการรักษาช่วยชีวิตที่ตนเองไม่ชอบ (4 ราย) ซึ่งผลสรุปจากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะทำขณะนี้ ขอรอให้ถึงเวลาและบริบทอันเหมาะสมเสียก่อน เช่น หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่หมดหวัง ส่วนใหญ่มองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและกลัวการทรมานจากการยืดการยื้อชีวิตมากกว่า

สำหรับผู้วิจัย ในฐานะที่ทำงานด้าน Palliative care มีความเห็นว่า การทำหนังสือพินัยกรรมชีวิต มีได้มีมิติในเรื่อง สิทธิของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นเรื่องของทบทวนและใคร่ครวญถึงชีวิตที่ผ่านมาว่า ยังมีสิ่งที่ยังค้างคาใจซึ่งอาจทำให้ตายสงบหรือไม่ และอาจเป็นการช่วยให้เราสามารถปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยทั้งในแง่ความสัมพันธ์ ทรัพย์สิน การงาน รวมทั้งการรักษาพยาบาล และการจัดการเกี่ยวกับร่างกายของเราในวาระสุดท้ายด้วย และแม้ว่ารูปแบบโดยรวมของหนังสือพินัยกรรมชีวิตอาจจะเน้นที่การปฏิเสธบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิต ซึ่งเป็นมิติทางร่างกาย แต่หากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาเข้าใจผู้ป่วยวาระสุดท้ายว่ายังมีมิติอื่น ๆ ที่เขาต้องการอยู่โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ตารางสำเร็จรูปในการคำนวณขนาดและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ไม่เกิน 100	100 %
100 - 1,000	25 %
1,000 - 10,000	10 %
> 10,000	1 %

ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นองค์รวมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังมีน้อย จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเขียนและไม่เขียนพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

ประชากรที่จะศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ในสภาวะที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1-15 สิงหาคม 2557 คำนวณประชากร จากสถิติย้อนหลัง 3 เดือน จำนวนผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบรบือ รวมทั้งหมด เท่ากับ 1,677 ราย หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ย วันละ 18.6 ราย งานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล เป็นเวลา 15 วัน จึงคาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นกลุ่มประชากร ประมาณ 280 ราย

กลุ่มตัวอย่าง : ใช้สูตร ตารางสำเร็จรูปของ เพชรน้อยสิงห์ช่างชัย¹³

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง : จากตารางที่ 1 เมื่อคำนวณแล้วพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง = $280 \times 0.25 = 70$ ราย รูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัวขวาง (Cross-sectional Analytical Research) โดยใช้แบบสอบถามตนเอง (Self-administered questionnaire) ถึงความรู้และทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยใน โดยการแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยที่มาพักรักษาในโรงพยาบาลรบือ อำเภอรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่มีคุณสมบัติตามเงื่อนไขการเข้าร่วมการวิจัยเป็นการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sample) แต่ได้ลงทะเบียนเพื่อการตรวจสอบเมื่อแบบสอบถามถูกส่งคืนกลับมา ปรากฏว่าได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ตอบกลับมามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

การแบ่งระดับความรู้ และทัศนคติ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom14 แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ

คะแนน ร้อยละ 60 - 79 ระดับปานกลาง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ระดับสูง

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน

15 คน (กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร "KR20" ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร 20 เพื่อวัดค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และใช้การคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติ เท่ากับ 0.83

การตรวจสอบความยากง่ายของแบบวัดความรู้ ได้ทำการตรวจสอบความยากง่ายของเครื่องมือในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม คือ ส่วนที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต มีข้อคำถามบางข้อที่ยากเกินไปจึงได้ทำการปรับให้เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือถึงตึกผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้อง คือ ตึกผู้ป่วยหญิง และตึกผู้ป่วยชาย และขออนุญาตแจกแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15 วัน เมื่อเก็บแบบสอบถามตรวจสอบ แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ จำนวน 70 ฉบับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	57.1
หญิง 40	30	42.9
อายุ (ปี)		
18 - 39	27	38.6
40 - 59	31	44.3
≥ 60	12	17.1
$\bar{x} = 44.36$ SD = 13.72	Min = 18	Max = 75
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	2.9
ประถมศึกษา	18	25.7
มัธยมศึกษา	26	37.1
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	16	22.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	11.4
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	27	38.6
5,001 - 10,000	23	32.9
≥ 10,001	20	28.6
$\bar{x} = 12,629$ SD = 14,110		Min = 600 Max = 80,000
สถานภาพสมรส		
โสด	13	18.6
สมรส	48	68.6
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9	12.9
ศาสนา		
พุทธ	70	100
โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	36	51.4
มี	34	48.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ		
ไม่เคย	67	95.7
เคย	3	4.3
ญาติใกล้ชิดเคยใส่ท่อช่วยหายใจ		
ไม่เคย	54	77.1
เคย	16	22.9
คนตัดสินใจเมื่อป่วยร้ายแรง		
ตัวผู้ป่วยเอง	42	60
ญาติ	28	40
มุมมองต่อความตาย		
เป็นเรื่องธรรมชาติ	62	88.6
กลัว/ไม่อยากพูดถึง	8	11.4
เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน		
ไม่เคย	64	91.4
เคย	6	8.6

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 42.9 และร้อยละ 38.6 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

จากการทดสอบความรู้ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัย จำแนกตามระดับความรู้ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (10 - 12)	13	18.6
ปานกลาง (8 - 9)	27	38.6
ต่ำ (0 - 7)	30	42.9
รวม	70	100.0

$\bar{x} = 7.6$, S.D. = 2.43 , Min = 1 , Max = 12

3. ทศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตอยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามระดับทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (> ร้อยละ 79)	26	37.1
ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	43	61.4
ต่ำ (< ร้อยละ 60)	1	1.4
รวม	70	100.0

$\bar{x} = 3.86$, S.D. = 0.47 , Min = 2.67 , Max = 5.00

จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด ได้ตัดสินใจที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตในอนาคต ร้อยละ 57.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตในอนาคต

การตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ทำ	40	57.1
ไม่ทำ	30	42.9
รวม	70	100

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจจะทำพินัยกรรมชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เลือกตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ผู้ที่เคยรู้จัก

พินัยกรรมชีวิตมาก่อน ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต และทัศนคติโดยรวมต่อพินัยกรรมชีวิต ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ฯลฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมของชีวิต

ตัวแปร	การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต		X ²	df	P
	ทำ	ไม่ทำ			
เพศ					
ชาย	22 (55)	18 (45)	0.03	1	0.862
หญิง	18 (60)	12 (40)			
อายุ					
18 - 39	17 (63)	10 (37)	1.558	2	0.459
40 - 59	18 (58.1)	13 (41.9)			
≥ 60 ปี	5 (41.7)	7 (58.3)			
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	11 (55)	9 (45)	1.468	2	0.480
มัธยมศึกษา	13 (50)	13 (50)			
อนุปริญญาตรีและปริญญาตรี	16 (66.7)	8 (33.3)			
รายได้					
≤ 5,000 บาท	13 (48.1)	14 (51.9)	1.571	2	0.456
5,001 - 10,000 บาท	15 (65.2)	8 (34.8)			
≥ 10,001 บาท	12 (60)	8 (40)			
สถานภาพสมรส					
โสด	8 (61.5)	5 (38.5)	2.396	2	0.302
สมรส	29 (60.4)	19 (39.6)			
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3 (33.3)	6 (66.7)			
โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง					
มี	22 (61.1)	14 (38.9)	0.201	1	0.654
ไม่มี	18 (52.9)	16 (47.1)			
ประวัติเคยใส่ท่อช่วยหายใจ					
เคย	37 (55.2)	30 (44.8)	0.255		0.180
ไม่เคย	3 (100)	0 (0)			
ญาติใกล้ชิดเคยใส่ท่อช่วยหายใจ					
มี	31 (57.4)	23 (42.6)	0.000	1	1.000
ไม่มี	9 (51.3)	7 (43.8)			

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมของชีวิต (ต่อ)

ตัวแปร	การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต		X ²	df	P
	ทำ	ไม่ทำ			
คนตัดสินใจเมื่อป่วยร้ายแรง					
ตัดสินใจด้วยตัวเอง	30 (71.4)	12 (28.6)	7.352	1	0.007*
ให้ญาติตัดสินใจให้	10 (35.7)	18 (64.3)			
มุมมองต่อความตาย					
เป็นเรื่องธรรมชาติ	36 (58.1)	26 (41.9)	0.717		0.473
กลัว/ไม่อยากพูดถึง	4 (50)	4 (50)	(Fisher)		
เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน					
เคย	6 (100)	0 (0)	0.034		0.029*
ไม่เคย	34 (53.1)	30 (46.9)	(Fisher)		
ความรู้ความเข้าใจต่อพินัยกรรมชีวิต					
สูง (10 - 12)	10 (76.9)	3 (23.1)	6.677	2	0.035*
ปานกลาง (8 - 9)	18 (66.7)	9 (33.3)			
ต่ำ (0 - 7)	12 (40)	18 (60)			
ระดับทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต					
สูง	20 (76.9)	6 (23.1)	5.386	1	0.020*
ต่ำและปานกลาง	20 (45.5)	24 (54.5)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต ซึ่งจากงานวิจัย พบว่า มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง มากถึงร้อยละ 37.1 และอยู่ในระดับปานกลาง 61.4 มีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้นที่มีระดับทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทั้งที่ส่วนใหญ่แล้วไม่เคยรู้จักหรือได้ยินเกี่ยวกับพินัยกรรมมาก่อนเลย ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 8.6 เท่านั้นที่เคยได้ยินหรือรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน และเป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อนถึงแม้ว่าจากการนำมาวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างน้อย แต่สัดส่วนของกลุ่มนี้พบว่า มีอัตราการตัดสินใจที่จะทำ

พินัยกรรมชีวิตมากถึง ร้อยละ 100 เลยทีเดียว และจากผลการวิจัยนี้ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง และพินัยกรรมชีวิตและระดับทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าหากมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเห็นถึงประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิตก็จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมที่มากขึ้นได้ในอนาคต ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Glick KL และคณะ¹¹ ที่ได้นำงานวิจัยทั้งหมด 15 งานวิจัย มาทบทวนผลเพื่อค้นหาถึงปัจจัยที่ทำให้อัตราการเขียนหนังสือสั่งการรักษายังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญต่อการเขียนหนังสือสั่งการรักษาล่วงหน้าคือ เรื่องการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหนังสือสั่งการรักษา

ลวงหน้าและความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว หรือตัวแทนและผู้ให้ข้อมูล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barbara B.ott⁵ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตแก่กลุ่มตัวอย่างสามารถเพิ่มอัตราการเขียนพินัยกรรมชีวิตได้

ทัศนคติส่วนที่เด่นที่สุดจากงานวิจัยนี้ จะเห็นว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจะให้ความสำคัญกับญาติหรือคนใกล้ชิดเป็นอย่างมากในการตัดสินใจเรื่องพินัยกรรมชีวิต โดยพบว่า ร้อยละ 91.4 มีความเห็นว่า หากจะเขียนพินัยกรรมชีวิตควรจะมีการพูดคุยตกลงกับญาติก่อน แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่แล้วผู้เข้าร่วมวิจัยอยาก จะรู้ความจริงเรื่องโรคระยะสุดท้ายจากแพทย์เป็นคนแรก โดยพบว่า ร้อยละ 81.4 ต้องการทราบความจริงจากแพทย์เป็นคนแรก หากป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายมากกว่าที่จะให้บอกญาติ หรือคนใกล้ชิดก่อน แต่ในทางกลับกัน จากผลการวิจัยกับพบว่า มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เห็นด้วยกับการที่ญาติจะปกปิดความจริง หากญาติของตนป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายมากถึง ร้อยละ 42.8 เพราะกลัวว่าอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเร็ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลัวรับความจริงไม่ได้ นอกจากนี้ยัง พบว่า มีผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่เห็นด้วยรวมกับกลุ่มที่ไม่แน่ใจที่ว่า การเขียนพินัยกรรมชีวิต เป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้าจะมีประโยชน์ได้ดีกว่าการสั่งเสียทางวาจาไว้กับญาติหรือคนใกล้ชิดมากถึง ร้อยละ 40 เลยทีเดียว ซึ่งจากงานวิจัยนี้จะ พบว่า ญาติมีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายและยังผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเองได้แล้ว โอกาสที่จะเขียนพินัยกรรมชีวิตก็ยิ่งน้อยลง ดังจะเห็นในผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยเรื่องการตัดสินใจรักษาโรคระยะสุดท้ายด้วยตนเองเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากงานวิจัยนี้ก็สามารถอธิบายลักษณะวัฒนธรรมของคนไทย โดยเฉพาะคนในเขตชนบทได้ดีเกี่ยวกับอิทธิพลของญาติหรือคนใกล้ชิดที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ซึ่งจะต่างกับวัฒนธรรมของต่างชาติ โดยเฉพาะชาวยุโรปและอเมริกาที่จะให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิส่วนบุคคลมากกว่า ดังนั้นจากงานวิจัยนี้จึงสรุปได้ว่า หากพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย แพทย์ควรเลือกที่จะแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยโดยตรงเป็นคนแรกแล้วค่อยแจ้งให้ญาติทราบ หากประเมินแล้วผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะสามารถตัดสินใจได้ด้วย

ตนเอง มากกว่าที่จะเลือกบอกญาติก่อนเพราะมีโอกาสสูงที่จะเกิดการปกปิดข้อมูล ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะที่ครอบครัวเงียบ งันกับข่าวร้าย” (Conspiracy of silence)¹⁵

จากงานวิจัยนี้ พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติตนเองหรือญาติเคยใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อนและมุมมองต่อความตาย ซึ่งจะต่างกับงานวิจัยของ Hanson LC⁴ ที่พบว่า เพศหญิง, มีรายได้สูง ($\geq \$22,000$) และการศึกษาสูง (ระดับวิทยาลัยขึ้นไป) มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต และงานวิจัยของ Lang FR และคณะ⁸ ที่พบว่า อายุที่มากขึ้นและประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของญาติหรือคนรู้จักในปีที่ผ่านมา มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต และงานวิจัยของ Rebecca Douglas⁹ ที่พบว่า เพศหญิงอายุมากกว่า 65 ปี และการศึกษาอย่างต่ำระดับ high school มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทไม่เหมือนกัน กล่าวคือในประเทศดังกล่าวมีการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้มานานแล้วและมีกรใช้อย่างแพร่หลายแต่ในประเทศไทยเรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหม่ที่ประชาชนและแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เองก็ยังไม่ค่อยรู้จัก ดังนั้นในอนาคตควรมีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ เพิ่มเติมอีกครั้ง ซึ่งผลการวิจัยอาจสอดคล้องกับของต่างประเทศได้ หากบริบททางสังคมต่อพินัยกรรมชีวิตเปลี่ยนไป

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ทั้งแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบประคับประคองและพินัยกรรมชีวิต เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบและบริบทที่เหมาะสมของการนำพินัยกรรมชีวิตมาใช้เพิ่มเติมให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่อนุญาติให้มีโครงการการพัฒนางานวิจัยสู่การพัฒนาคุณภาพและอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำเสนองานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ไว้เป็นอย่างยิ่งที่ได้เป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยชิ้นนี้และ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรือทุก ๆ ท่าน ที่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้และได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามของผู้วิจัย จนทำให้สามารถทำงานวิจัยในครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ในที่ที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
2. Watson M., Simon C., O'Reilly K. Principles of palliative care in general practice. Pain and Palliation. New York: Oxford University Press, Inc; 2011. 80-81.
3. เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ. Livingwill [online] 2554 [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2556]; แหล่งที่มา:URL:http://www.gotoknow.org/posts/448763
4. Hanson LC, Rodgman E. The use of living wills at the end of life. A national study. Archives of Internal Medicine 1996 May 13; 156(9): 1018-22.
5. Ott BB. Views of African American Nursing Home residents about living wills. Geriatric Nursing (New York, N.Y.). 2008 Mar-Apr; 29(2): 117-24.
6. Masuda Y, Fetters M, Shimokata H, Muto E, et al. Outcomes of written living wills in Japan--a survey of the deceased ones' families. Bioethics Forum. 2001; 17(1): 41-52.
7. Ashby M, Wakefield M. Attitudes to some aspects of death and dying, living wills and substituted health care decision-making in South Australia :public opinion survey for a parliamentary select committee. Palliative Medicine. 1993; 7(4): 273-82.
8. Lang FR, Wagner GG. Patient living wills in Germany: conditions for their increase and reasons for refusal. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2007 Nov; 132(48): 2558-62.
9. Douglas R, Brown H. N. Patient attitudes towards advance directives. Journal of Nursing Scholarship. 2002; 34(1): 61-65.
10. Salmond SW, David E. Attitudes toward advance directives and advance directive completion rates. Orthopaedic nursing / National Association of Orthopaedic Nurses. 2005 Mar-Apr; 24(2): 117-27.
11. Glick KL. Advance directives: barriers to completion. The Journal of the New York State Nurses' Association. 1998 Mar; 29(1): 4-8.
12. มณฑล ศรียศชาติ และสายพิณ หัตถ์ธีรัตน์. การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุไทยต่อพินัยกรรมชีวิต . [online] 2554 [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2556]; แหล่งที่มา: URL: http://www.thaifp.com/fm_lc/docs/research_rfm/poster_monton.pdf
13. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. การวิจัยทางกายพยาบาล. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลายด์เพรส; 2535.
14. Benjamin, S Bloom. Learning for mastery. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles 1986; 2: 47-62.
15. สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์. ทำอย่างไรเมื่อญาติไม่ให้แจ้งข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบ. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.