

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ  
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง: การศึกษาเชิงคุณภาพ

นิตินา ตีเยาว์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, โกสินทร์ มรรณพกุล, พบ.

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

นิตินา ตีเยาว์, พบ.,

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ธรรมศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง

อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121,

ประเทศไทย

Email: natimatiyoa@yahoo.

com

Received: May 3, 2023;

Revised: May 29, 2023;

Accepted: July 10, 2023

## บทคัดย่อ

**ที่มา:** การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่เกิดมากขึ้นในระบะหลังเมื่อระบบการดูแลแบบประคับประคองได้รับการพัฒนามากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ การรับบทบาทเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเรื่องการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ด้านปัญหา อุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

**แบบวิจัย:** งานวิจัยเชิงคุณภาพ

**วัตถุประสงค์และวิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology method) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ราย มาสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (in-dept semi structured interview) ทำการถอดบทสัมภาษณ์ จัดกลุ่มข้อมูลตามลักษณะของนัยความหมายที่เป็นแนวทางเดียวกัน

**ผลการศึกษา:** ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เริ่มต้นจากการเผชิญความรู้สึกเจ็บปวดและเศร้าโศก เมื่อรับรู้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการทำให้ผู้ป่วยทรมาน จึงสามารถตัดสินใจได้ด้วยใจเต็มใจ ไม่รู้สึกว่าการตัดสินใจผิด อุปสรรคสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความคิดว่าการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และการไม่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนสิ่งที่ช่วยให้ตัดสินใจได้ ได้แก่ การสื่อสารที่ชัดเจนจนเห็นภาพว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ร่วมกับการดูแลจิตใจแบบเพื่อนมนุษย์ของทีมประคับประคอง และการทบทวนรับรู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาในวาระสุดท้าย ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนมีความต้องการความใกล้ชิดผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ต้องการให้มีการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ และต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้รู้จักการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

**สรุป:** ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เป็นการตัดสินใจที่ยาก ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้ผู้แทนการตัดสินใจสามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นใจขึ้น และผ่านกระบวนการโศกเศร้าเสียใจได้อย่างราบรื่น

**คำสำคัญ:** ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

## ORIGINAL ARTICLE

# Experiences of Surrogate in Decision Making for Withdrawing Mechanical Ventilator for Terminal Stage Patient at a University Hospital: Qualitative Study

Natima Tiyoa, MD., Kosin Mahannopkul, MD.

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand

**Corresponding author :**

Natima Tiyoa, MD.,  
Faculty of Medicine,  
Thammasat University,  
Khleng Nueng, Khleng Luang  
District, Pathum Thani 12120,  
Thailand  
Email: natimatiyoa@yahoo.  
com

Received: May 3, 2023;

Revised: May 29, 2023;

Accepted: July 10, 2023

**ABSTRACT**

**Background:** Withdrawal of ventilators has happened more often recently upon the advancement of palliative care services. However, no study has been made on the experience of the decision-maker on behalf of the patient in the terminal stage at a University Hospital. The purpose of this research was to study the experience of the decision-maker on behalf of a patient in a terminal stage regarding the withdrawal of the ventilator: problems, obstacles, and the need for support from medical personnel.

**Design:** Qualitative study

**Methods:** Qualitative research was conducted using the phenomenology method. A sample of eight participants was recruited for in-depth semi-structured interviews. Then the interviews were transcribed and the data was categorized according to the nature of their congruent implications.

**Result:** The Experiences of Surrogate in Decision Making for the withdrawal of mechanical ventilation began with the confrontation of pain and grief. When a surrogate perceived that mechanical ventilator caused more suffering to the patient, a surrogate could make the decision willingly and did not feel like they were making a wrong decision. The important obstacles were the idea that withdrawing mechanical ventilation is the cause of death and a lack of knowledge on Palliative Care. The important support in decision-making was clear communication about the prognosis of the patient and psychological support from the Palliative Care Team as human beings, including the reminder of the patient's wishes in their terminal stages. The decision-maker wanted to spend their last lay intimately with the patient. They wanted the patient to be cared for in a spiritual dimension while under palliative care and wanted palliative care to be promoted to the public to know and understand it better.

**Conclusions:** The experiences of the surrogate in deciding to withdraw mechanical ventilator was difficult. They needed support from medical personnel to make a decision more confidently and go through the grieving process smoothly

**Keywords:** surrogate in Decision Making, patient in terminal stage, withdrawal of mechanical ventilator

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีขอบเขตงานที่เกี่ยวข้องกับการกระทำตามสิทธิปฏิเสธการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งหรือถอนการรักษาพยุงชีพ (withholding and withdrawing life-sustaining treatment) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนทั้งด้านการแพทย์ ศาสนา จริยธรรม และกฎหมาย<sup>1</sup> จากการศึกษาความชุกของการถอนเครื่องพยุงชีพของมาร์คและคณะ<sup>2</sup> พบว่ามีร้อยละ 0-84.1 ในออสเตรเลีย อเมริกาเหนือและยุโรป และแอฟริกาพบความชุกสูงกว่าในเอเชีย ตะวันออกกลางและอเมริกาใต้ ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความชุกของการถอนเครื่องพยุงชีพ อาจเป็นเพราะความเชื่อ ทศนคติ มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และคนทั่วไปในประเทศไทย คิดว่าการถอน (withdrawal) เครื่องพยุงชีพเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นแม้ว่าการรักษาที่ได้รับจะไม่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นก็ตาม<sup>3</sup> ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการแสดงเจตจำนง (living will) ไว้อย่างชัดเจน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจะเป็นบทบาทของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)<sup>4</sup> ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่สำคัญที่ได้รับการมอบอำนาจจากผู้ป่วยหรือได้รับการมอบอำนาจโดยกฎหมาย หรืออาจเป็นการตกลงกันภายในครอบครัวของผู้ป่วยก็ได้<sup>5</sup> การศึกษาของ Thelen พบว่า การตัดสินใจในระยะท้ายสำหรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การยับยั้งหรือยุติการรักษา (withholding or withdrawing life-sustaining treatment) รวมถึงการตัดสินใจเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาแบบมุ่งรักษาชีวิตเป็นแบบประคับประคอง<sup>6</sup> การตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมักจะตัดสินใจร่วมกันหลายคน แต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา<sup>7</sup> ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนอาจเกิดความเครียดทางอารมณ์ รู้สึกเหมือนต้องแบกรับภาระในการตัดสินใจ รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนต้องตัดสินใจคนเดียว ทั้งอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัว

ได้<sup>8</sup> จากการศึกษาของ Wendler & Rid พบว่าหนึ่งในสามของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนมีผลกระทบทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ภาวะเครียด อาการรู้สึกผิดและความสงสัยว่าสิ่งที่ตัดสินใจถูกต้องหรือไม่ อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเดือน บางครั้งเป็นปีภายหลังการตัดสินใจ<sup>6</sup>

การยุติเครื่องพยุงชีพดังกล่าวมีหลายอย่างด้วยกัน ได้แก่ การยุติการให้สารอาหารสารน้ำ การยุติการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การยุติการให้ยาปฏิชีวนะ การยุติการฟอกล้างไต การยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในทางปฏิบัติแล้ว การสนทนาเพื่อให้ญาติเข้าใจว่าการยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยอย่างไร จะมีความยากลำบากกว่าการอธิบายการยุติเครื่องพยุงชีพอื่น ๆ เนื่องจากญาติอาจมีความรู้สึกที่ว่า ถ้าหากยังไม่ถอด/ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยยังจะมีโอกาสมีรอดชีวิตใช้หรือไม่ จากการสำรวจของ ชินินทร์ ลีมวงศ์<sup>9</sup> ที่นำเสนอในการประชุมแห่งหนึ่ง พบว่า การถอนเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเรื่องของความเชื่อของแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมากกว่าความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการวิจัย พบว่าในประเทศไทย ยังมีการศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะในผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกรณีถอนเครื่องช่วยหายใจ

หน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้มีกระบวนการถอนเครื่องช่วยหายใจ (ventilator withdrawal) ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 13 ราย ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนต่อการถอนเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ การรับบทบาทเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเรื่องการถอนเครื่องช่วยหายใจ ด้านปัญหา อุปสรรคและความต้องการ การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology method) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดเกณฑ์ (criteria) ของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ เป็นต้นไป 2) ที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย หรือบุคคลในครอบครัวที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้มีอำนาจหลักตัดสินใจแทนผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต 3) ต้องเป็นผู้ที่ลงชื่อในแบบฟอร์มการประชุมครอบครัว แบบฟอร์มแสดงเจตนาต่อบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง (allow natural death with comfort care) และแบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (removal of life supports in the dying patient) 4) ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผ่านเหตุการณ์การตัดสินใจมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief)

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในใจของท่านก่อน ระหว่าง และหลังการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในแง่ความรู้สึก เหตุผลในการเลือกที่จะตัดสินใจ ความยากลำบาก เกิดผลกระทบอย่างไร มองตนเองอย่างไร บุคคลรอบข้างรู้สึกหรือคิดเห็นอย่างไร ประสบการณ์ของท่านต่อทีมประคับประคองที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ความต้องการการช่วยเหลือของท่านต่อการตัดสินใจ อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการตัดสินใจ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในกระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจของหน่วยประคับประคอง ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยได้ทำกระบวนการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 13 ราย ผู้วิจัยเลือกผู้เข้าร่วมจากประชากรทั้งหมด 13 คน ที่หน่วยประคับประคองได้ลงข้อมูลบันทึกไว้

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบคัดกรอง/แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) แบบคัด

กรองอารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย (brief grief questionnaire)/แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (inventory complicated grief) และแนวสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่องประสบการณ์การทำหน้าที่เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเปิดประเด็น โดยจะเน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์ของตัวเองมากกว่าตอบคำถามที่ผู้วิจัยเขียนไว้ บันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยการอัดเสียงและจดบันทึก

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

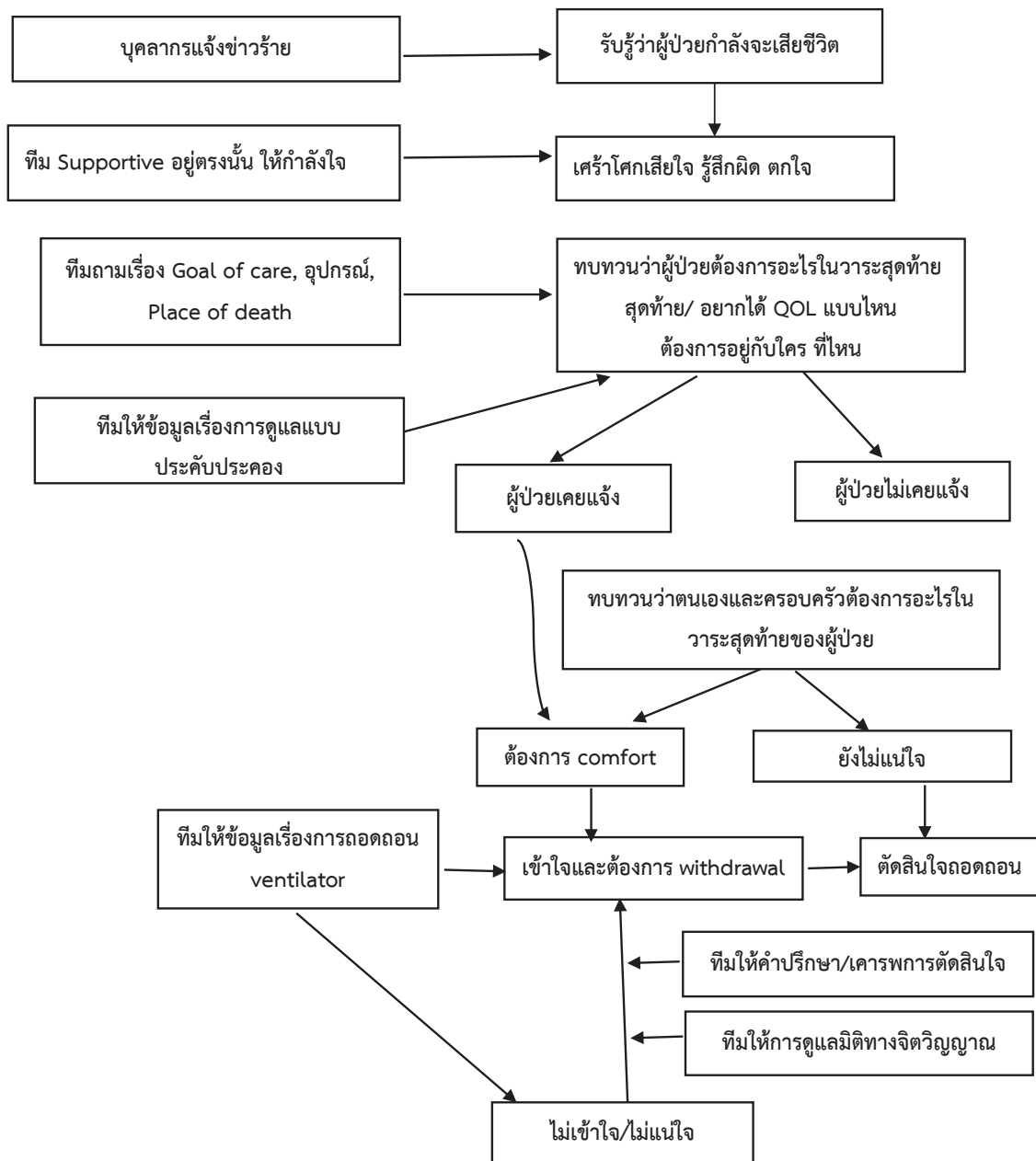
เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถาม แล้วจึงสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview) ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ประมาณ 45-90 นาที มีการบันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยเครื่องอัดเสียง หลังจากนั้นจึงนำมาถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ มีการสังเกตและมีการจดบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อความที่สำคัญ ความรู้สึก กิริยาท่าทาง สีหน้า น้ำเสียงและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า มีผู้มาเข้าร่วมสัมภาษณ์ 8 ราย อีก 5 ราย ไม่สะดวกมาร่วมสัมภาษณ์ และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ได้ พบว่ามีความอิ่มตัว (saturated) ไม่มีประเด็นใหม่ ๆ ค้นพบเพิ่มเติม จึงยุติการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลรายต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนคือ ผู้วิจัยทำการถอดเสียงบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียดแบบคำต่อคำ ระหว่างการสัมภาษณ์มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยใช้ประเภทการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data source triangulation) โดยจะมีการย้อนถามซ้ำในบางประเด็น เมื่อช่วงเวลาของการถามเปลี่ยนไปคำตอบยังเป็นชุดเดิมหรือไม่ ผู้วิจัย 2 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent coding) ตีงประโยคหรือความหมายที่เกี่ยวข้องมาจัดกลุ่มตามลักษณะความหมายที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัย กำหนดชื่อรหัสข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ทำการวิเคราะห์ทั้ง

บุคลากรทางการแพทย์/ทีมระดับประคอง

ผู้แทนการตัดสินใจ



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดจากผลการวิจัย

ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ ไม่ตรงกันจะมีตกลงหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ร่วมกัน

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้ รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์ หนังสือ รับรองเลขที่ 257/2565 มีเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ เข้าร่วมโครงการวิจัยทางคลินิก มีหนังสือแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการเป็นไป ตามความสมัครใจ มีการแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยว่าอาจเกิดผลก ระทบได้แก่ ความเครียดทางอารมณ์ ความขัดแย้งในตนเอง

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนฯ จำนวน 8 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง 7 ราย เพศชาย 1 ราย อายุเฉลี่ย 48.75 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 47.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 6 ราย ทั้งหมด 8 รายนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 6 ราย ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นบุตรผู้ป่วยจำนวน 6 ราย เป็นคู่สมรส 1 ราย เป็นหลาน 1 ราย ทุกรายไม่เคยมีประสบการณ์เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน ทุกรายไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

การให้บริการแบบประคับประคองของทีมประคองประคอง จะดำเนินการทั้งส่วนในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ทีมประคับประคองจะรับปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้แต่ละแผนก ให้การดูแลตามแนวทางส่วนที่ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ เป็น Hospice ของโรงพยาบาล ที่มีลักษณะเดียวกับหอผู้ป่วยหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีตำแหน่งที่ตั้งแยกออกจากโรงพยาบาลไปประมาณ 10 กม. แพทย์เจ้าของไข้คือแพทย์ทีมประคับประคอง รับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายที่ต้องการ comfort care ไม่ต้องการอุปกรณ์พยุงชีพใด ๆ

หลังจากการถอดเทป ผู้วิจัยค้นพบประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 4 ประเด็น ตามตัวอย่างการให้รหัสผู้ให้

ข้อมูลในตารางที่ 1 ประเด็นทั้ง 4 ได้แก่ ประสบการณ์ที่รับบทบาทเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน อุปสรรคต่อการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ตัดสินใจได้ และความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

### ประสบการณ์ที่รับบทบาทเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน : รู้สึกเจ็บปวด รู้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจคือความทรมาน หนักใจและเต็มใจทำหน้าที่นี้

1. เผชิญความเศร้าโศก ความรู้สึกเจ็บปวด การได้รับทราบข่าวร้าย ว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นกำลังดำเนินไปจนไม่สามารถย้อนคืนกลับมาเป็นเหมือนเดิม ผู้ป่วยป่วยหนักจนใกล้จะเสียชีวิตแล้ว จะเกิดความรู้สึกช็อก ตกใจ ทำอะไรไม่ถูก เสียใจ เศร้าโศก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตอนนั้นที่ได้ยิน ช็อก ทำอะไรไม่ถูก ตอนนั้นอยู่คนเดียว รู้อยู่แล้วว่าพ่อเป็นหนักแน่น ๆ เพราะว่าพ่อไม่มีอาการตอบสนองตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลแล้ว” (คนที่ 1)

2. การรับรู้ถึงความหมายของการใช้เครื่องช่วยหายใจว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยทรมาน ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงความหมายของการใช้เครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เป็นการยื้อให้ร่างกายผู้ป่วยดำรงอยู่ต่อไปด้วยอุปกรณ์ดังกล่าว ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และอาจสร้างความทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อไปนี้

ตารางที่ 1. ตัวอย่างการให้รหัสข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง

| คำพูด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ประเด็นรอง                                         | ประเด็นหลัก                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| “ตอนนั้นพ่อก็มีสายเต็มไปหมด ถึงมองว่าเราไม่อยากให้พ่อทรมานแล้วนะ... ในมุมเรานั้นก็ทำให้ทรมานด้วยครับ เพราะพ่อก็ดิ้นจนต้องจับมัดครับ”                                                                                                                                                                                            | - รับรู้ว่าเครื่องช่วยหายใจคือการทำให้ผู้ป่วยทรมาน | - การยื้อชีวิต                                |
| “ไม่เครียดครับเพราะเราให้พ่อเต็มที่แล้ว ถ้าจะเครียดคือการที่เราไม่ได้ดูแลแก่ ไม่เต็มที่ปล่อยปละละเลยครับ”                                                                                                                                                                                                                       | - เต็มใจเมื่อได้รับหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจ          | - ไม่รู้สึกว่าตัดสินใจผิด                     |
| “เราอยากดูแลเขาให้ดีที่สุดในช่วงสุดท้าย เพราะอย่างน้อยวาระสุดท้ายได้อยู่ใกล้ๆ เขาก็รู้สึกดี เพราะทุกคนก็เอ่อกะคิดถึงสิ่งแวดล้อมและคนดูแล คิดถึงยังจะเปิดธรรมชาติให้พ่อฟังในช่วงสุดท้ายเลยครับ”                                                                                                                                  | - ความต้องการให้ครอบครัวได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้าย    | - เป้าหมายการดูแลของครอบครัว                  |
| “พ่อเองก็เคยมีพูดเรื่องหัวใจเพราะเคยมีเคสเป็นญาติพี่น้อง แกก็บอกว่าถ้าแกไปก็ไปเลยนะ ไม่ต้องบ่นหัวใจ ตัวแกเองก็เหมือนทำใจได้ระดับหนึ่ง เพราะรอบหลัง ๆ ผมก็เริ่มเอะไยเพราะพ่อพูดฝากฝังดูแล เรื่องที่ดินที่บ้านไปทำให้เรียบร้อยนะ ผมก็เอะใจเพราะพ่อก็บอกถ้าพ่อเสียเดียวจะยุ่งยาก เหมือนแกก็เริ่มรู้ตัว แกก็บอกว่าฝากดูแลแม่ด้วยนะ” | - ผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า                     | - การรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาในวาระสุดท้าย |

“ดูแล้วแถมไม่ได้รับรู้อะไร ถ้าใส่อยู่ก็เหมือนประคองไว้วันนะ ไม่ใช่จะดีขึ้น เหมือนเป็นการยึดไป ดูธรรมดา พวกเรามองดูว่าใส่ท่อไปแม่ดูธรรมดามากกว่าที่จะอยู่” (คนที่ 2)

3. รู้สึกหนักใจ แต่เต็มใจเมื่อได้รับหน้าที่เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน เมื่อได้รับคำถามการตัดสินใจการรักษาด้วยเครื่องพุงซีฟ เกิดความรู้สึกเครียด เสียใจ ขัดแย้งในจิตใจ ตัดสินใจยาก รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ การตัดสินใจจะมีการปรึกษากับครอบครัวกันก่อนที่จะสรุปเป็นผลการตัดสินใจ

“...ตอนที่ตัดสินใจต้องถอดเครื่องช่วยหายใจออกเครียด เพราะไม่รู้ว่าจะเอาออกแล้วแม่จะหายเลยหรือเสียตรงนั้น ปรึกษากับพี่น้อง 5 คนว่าจะทำอย่างไรดี ตอนแรกก็ตรงลงว่าจะเอาออกแต่ไป ๆ มา ๆ น้องสาวไม่อยากให้ถอดออก อยากให้ท่านสิ้นใจกับเครื่องช่วยไปเลย ช่วงนั้นตนนอนไม่หลับเครียดมากกว่าจะทำอย่างไรดี หมอบอกว่าจะเจาะคอแม่จะให้เวลาไปคิด ตนไม่อยากให้แม่เจาะคอก็เลยเครียด เสร็จแล้วใกล้ถึงวันเจาะก็ยังตัดสินใจไม่ได้...” (คนที่ 4)

เมื่อถามว่าถ้าย้อนเวลากลับไปได้ ยังตัดสินใจเช่นเดิมหรือไม่ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ตอบว่า การตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจในวันนั้น คิดว่าทำถูกต้องแล้ว ไม่มีอะไรค้างคาใจ ถ้าย้อนกลับไปได้ ก็คิดว่าไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ เพราะเหตุผลต่าง ๆ เช่น เพราะการตัดสินใจนั้นเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทุกคนในครอบครัว

“รู้สึกสบายใจที่ได้ถอด เพราะตอนแม่ใส่เครื่องตัวบวมหมดเลยแม้แต่หน้า พอถอดออกยุบหมดเลย หายใจสบายไม่เหมือนตอนใส่เครื่องช่วยธรรมดา มาคิดอีกทีไม่น่าให้ใส่เครื่องช่วยเลยอยากให้เป็นไปตามธรรมชาติเพราะเขาดูธรรมดาเป็นปกติเลย...ถ้าย้อนกลับไปได้คงไม่ให้ใส่ท่อเลย เพราะแม่ธรรมดามากถ้าให้ไปอย่างสงบเลยคงดีกว่า...โชคดีมากที่ได้ถอดท่อออก ดีมากเลยเพราะคุณแม่นอนสบายเลยคะ...เป็น 2 วันที่ดีมากเลย” (คนที่ 4)

### อุปสรรคต่อการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ : คิดว่าถอดท่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่รู้จักรักษาแบบประคับประคอง

1. ความคิดว่าการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งคิดว่าถ้า

ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที รู้สึกว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

“ทุกคนไม่ยอมเซ็นให้หนูคนเดียว” “หนูบอกให้แม่เซ็นแม่ก็ไม่เซ็น แม่บอก ‘มึงเซ็นเลย’ ” “ทำไมต้องเป็นหนู ‘เหมือนหนูฆ่าพ่อเลย’ ” “เพราะหนูเป็นคนยอมไม่ให้เขารักษาต่อ เหมือนหนูฆ่าพ่ออย่างนั้น” (คนที่ 7)

2. การไม่รู้จักรักษาแบบประคับประคอง ผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย ตัดสินใจไม่ได้ เพราะไม่รู้จักรักษาแบบประคับประคอง ไม่รู้ว่าวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เหนื่อยไม่ธรรมดาจากการหายใจไม่ออก โดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อทราบว่ามีการดูแลชนิดนี้ ทำให้รู้สึกตัดสินใจได้ และถ้าย้อนกลับไปได้ จะไม่ให้ผู้ป่วยใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจตั้งแต่แรกเลย

“ตอนมาถึงก็ใส่ท่อเลยเพราะคุณหมอโทรมาว่าต้องใส่ ตอนนั้นเครียด...ไม่รู้จะตัดสินใจยังไงบอกไม่ถูกจะใส่หรือไม่ใส่ดี...เลยปรึกษากับพี่น้องว่าใส่เถอะเผื่อจะดีขึ้น....(ถ้าย้อนกลับไปคิดว่า)...ก็คงจะไม่ใส่ ให้แก่ไปแบบธรรมชาติดีกว่า เห็นแก่ใส่เครื่องช่วยหายใจดูธรรมดา เห็นแล้วก็นึกถึงตัวเราเองว่าคงธรรมดาเลย...ถ้าให้คนเขาดูเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน Youtube นั้นนะ พ่อแม่เสียก็เลยไปตั้งใจดูแลเรื่องพวกนี้ของพระไพศาลทำกับโรงพยาบาลจุฬา ทำให้เข้าใจมากขึ้นว่าไม่ควรใส่ท่อช่วยหายใจเลย..” (คนที่ 4)

### สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้ตัดสินใจได้ : ทีมสื่อสารได้ดี มีการดูแลจิตใจ และรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร

จากการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจได้ เมื่อทีมรักษาและหรือทีมประคับประคองสื่อสารให้ข้อมูลการรักษาที่ชัดเจนว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจในเวลานี้ไม่เกิดประโยชน์และอาจทำให้ผู้ป่วยธรรมดาได้ ประกอบกับการพิจารณาถึงสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาในวาระสุดท้าย พร้อมกับสิ่งที่ครอบครัวต้องการทำเพื่อผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายเช่นนี้

1. ทีมรักษาและทีมประคับประคองสื่อสารให้ข้อมูลชัดเจนประกอบการตัดสินใจ การสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความชัดเจน ตรงไปตรงมา ทั้งเรื่องคำอธิบายเรื่องลักษณะโรค พยาธิสภาพ พยากรณ์โรค การให้ข้อมูลรายละเอียดบริการต่าง ๆ ทำให้ผู้ฟังเห็นภาพตาม ให้

ความหมายต่อการให้ข้อมูลนี้ได้ว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่วาระสุดท้าย ช่วยให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การเลือกตัดสินใจเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ทรมาน

“หมอก็อธิบายว่ามันตึบตันมากไปทับเส้นประสาท ถ้าไปทับถึงขั้นไปกดเส้นประสาทก็จะทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ซึ่งจะเกิดตอนไหนก็ไม่รู้ แกรมผู้สูงอายุก็เสี่ยงสมองฝ่อมันจะมีช่องว่างเยอะพอถึงจุดที่เต็มที ก็ช่วยอะไรไม่ได้แล้ว จะผ่าก็มีความเสี่ยงมากแต่จะปล่อยให้เป็นอย่างนี้ต่อไปก็มีความหวังเดียว แก่ก็จะมีปัญหาโรคไตด้วย หมอก็บอกมีปัญหาโรคหัวใจแทรกด้วย มันก็ทำอะไรไม่ได้ด้วย มันก็ขึ้นอยู่กับญาติด้วยว่าจะเอาอย่างไร” (คนที่ 8)

2. ทีมประคับประคองดูแลจิตใจ มีความใส่ใจ เคารพ ให้เกียรติ ช่วยให้เกิดตัดสินใจได้ ผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย ไม่อยากให้ถอด เพราะคิดว่าการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่ได้ และเสียชีวิตทันที จึงยังไม่อยากถอดเพราะให้แม่จากไป ประกอบกับไม่รู้ว่าจะผู้ป่วยต้องการอย่างไร

เมื่อได้ผ่านกระบวนการพูดคุยในประชุมครอบครัวแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจมากขึ้น จึงตัดสินใจเลือกถอดถอนเครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ในห้องประชุมครอบครัว แต่มีความลังเลกลับขึ้นมาใหม่ การโทรสอบถามของทีมประคับประคอง ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกได้รับความใส่ใจให้กำลังใจ ไม่บังคับหรือกดดัน ให้ความเวลาในการตัดสินใจเลือก ด้วยท่าทีในการดูแลเช่นนี้ของทีมประคับประคอง จึงมีส่วนทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจได้

“พี่ก็เข้าใจนะว่าเขาก็มีหลายเคสทำไมจะต้องมาแคร์เราเลย แต่เขาก็ยังโทรหาคอยเป็นห่วงเรา มันเป็นเรื่องรู้สึกว่าได้ใจมาก จนเรารู้สึกว่าหมอดีมากยังโทรมาหาเราอีกครึ่งหนึ่งอะ ก็มีการไปประชุมซึ่งเราไม่เคยได้ยินก่อนเรารู้สึกเคลียร์มาก เราก็ไม่รู้สึกเสียใจเลยนะ รายงานเราตลอดเวลาค่ะคุณยายอย่างนี้ ๆ ...แม่ได้รับการดูแลดีมากเลย ... จนเราแบบโห เราเป็นใครตาสีตาสาธรรมา คุณหมอยังสละเวลามาโทรช่วยให้เราเคลียร์จริง ๆ มันก็ลึกลับอยู่สองใจแหละไม่อยากให้แม่ไปแค่นั้นเอง แต่พอถอดก็รู้สึกว่ายอมรับได้ตั้งแต่ครั้งนั้น ก็เราเข้าใจนะถึงแม่อยู่ไปก็ไม่มียอะไรเกิดขึ้น คุณหมอจะได้ไปดูแลท่านอื่น ๆ ต่อ”

3. การรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาในวาระสุดท้าย และเป้าหมายการดูแลของครอบครัว การที่ครอบครัวสามารถทบทวนรับรู้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา จะช่วยให้เลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ นำไปสู่เป้าหมายการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยทุกคนในงานวิจัยนี้ ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ผู้ป่วย 4 คนตามคำบอกเล่าของผู้เข้าร่วมวิจัยที่บอกว่าผู้ป่วยเคยบอกเอาไว้ว่า สภาพร่างกายที่เจ็บป่วยแบบไหนที่ตนเองไม่ต้องการ เช่น ตาบอด เป็นหนักแล้วใส่ท่อ ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่อยากผ่าตัดเพราะแก่แล้ว ไม่ต้องบีบหัวใจ เป็นต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย รู้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่พอสมควร รู้ว่าคุณภาพชีวิตเช่นไรที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่แล้ว จึงส่งผลต่อการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น

“...แล้วเขาก็เคยพูดตอนที่ยังไม่หนักกว่าถ้าต้องใส่ท่อหนักขนาดนั้นเขาไม่เอาอะ...” (คนที่ 3)

ครอบครัวจะมีการพูดคุยตกลงกันว่าครอบครัวต้องการอะไรให้กับผู้ป่วยบ้าง บางครอบครัวเลือกตามสิ่งที่ผู้ป่วยเคยบอกไว้ เช่น ผู้ป่วยที่รักบ้านมาก ๆ ก็ทำให้ครอบครัวเลือกพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน บางครอบครัว ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน บางครอบครัวอยากให้ลูกที่ไม่ค่อยได้ดูแลแม่ มาเยี่ยมมาดูแลในวาระสุดท้าย เพื่อเป็นการดูแลจิตใจผู้ป่วย

“ก็คุยปรึกษากับน้อง ๆ เองง่าย ๆ ก็คือให้ไปตายที่บ้านแหละยังได้กอดได้หาบ้าง ซิพจรงก็ช้าแถมไม่ตอบแล้ว ... ต้องพาแม่ไปอยู่บ้านเขา พี่สาวบอกว่าอยากพาแม่ไปอยู่บ้านบ้านแถวตรงนั้นแกร็กมากเลย...อยากกลับบ้านอย่างเดียว” (คนที่ 2)

### ความต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

1. การเอื้อเรื่องสถานที่/เวลา การอนุญาตให้เฝ้า เพื่อให้ครอบครัวได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้าย ส่วนใหญ่อยากใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยให้มากที่สุด ได้ใกล้ชิด ได้ดูแลปรนนิบัติ ได้พูดคุย สัมผัสจับเนื้อจับตัว ปลอบประโลมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่เนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

โควิด 19 ทำให้ไม่อนุญาตให้ญาติได้เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยเลย จนกระทั่งทีมประคับประคองเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วย จึงได้มีการอนุญาตให้ญาติได้เข้ามาเยี่ยมบ่อยขึ้น ได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น

“อยากพากลับบ้านไปรักษาไปประคับประคอง เช็ดตัวดูแล อยากกอดแม่ ตายก็ตายในอ้อมอกป่า ถึงเวลาถ้าเสียกับเรา ก็พากลับบุรีรัมย์ เสียก็เสียบ้านเราไม่เป็นไร ธรรมดาที่ใจไม่ได้คุ้ยไม่ได้ใกล้กับแม่เลย ก็มีเสียตายตรงนี้แหละที่ไม่ได้ใกล้ชิด” (คนที่ 2)

2. ต้องการให้มีการดูแลมิติทางจิตวิญญาณในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย มีประสบการณ์ที่ตนเองได้รับประโยชน์จากการฟังธรรมะของพระอาจารย์ไพศาล วิสาโล ที่อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ จึงทำให้ตนเองตัดสินใจเลือกการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจตามคำสอนของพระไพศาลได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงเสนอว่าน่าจะให้มีการให้ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการสอนแนวคิดให้จิตสงบ เพื่อจะได้จากไปด้วยดี ให้ฟังธรรมะ ให้สวดมนต์ ฝึกสมาธิ เช่นมีจิตอาสา พระมาให้กำลังใจมาคุยกับผู้ป่วย

“...น่าจะให้ทางธรรมะด้วย เรื่องเกี่ยวกับให้ผู้ป่วยไปอย่างจิตสงบไม่ทรมาน เพราะคุณหมอไปพูดแต่เรื่องอาการ ไอ้เรื่องผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ค่อยมี... คือว่าเขาบอกว่าถ้าผู้ป่วยระยะสุดท้ายทรมานจะไปไม่ดี ถ้าเขาไปอย่างสงบเขาไปดีไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน...” “...คุณหมอก็มีธรรมะก็ไม่ได้พูดอะไร ไม่ได้มีประเด็นทางด้านศาสนากับด้านจิตใจอะไร” “อยากให้มีคนมาพูดให้สบายใจให้จิตสงบ จะได้ไปอย่างสงบให้ฟังธรรมะ ให้สวดมนต์ ผู้ป่วยจะได้มาฝึกทำสมาธิระยะสุดท้ายนะ (คนที่ 4)

3. ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์ให้รู้จักการดูแลแบบประคับประคองเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัย 2 ราย ไม่ทราบว่ามีการดูแลแบบประคับประคอง ไม่รู้จักมาก่อน จึงไม่ทราบว่ามีการเลือกการดูแลรักษาชนิดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนะนำว่าควรมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง การใช้ยาต่าง ๆ การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ การดูแลจิตใจให้ประชาชนทั่วไป หรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลรับรู้มากขึ้น

“เป็นเรื่องใหม่สำหรับผมเลยครับ เราก็ไม่คิดว่าจะต้องมาใช้บริการอะไรแบบนี้ ผมก็คิดว่าการมีศูนย์อะไรแบบนี้มันก็ทำให้ใช้เวลากันให้ได้ดีที่สุด ก็อยากจะให้มีการประชาสัมพันธ์ให้รู้จักกันมากกว่านี้ครับ เพราะผมไม่เคยรู้มาก่อนเลย” (คนที่ 6)

## อภิปรายผล

ผู้เข้าร่วมวิจัย ส่วนใหญ่รู้สึกเครียด เสียใจ ขัดแย้งในจิตใจ ตัดสินใจยาก รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้ตัดสินใจเพียงคนเดียว จะมีครอบครัวร่วมกันตัดสินใจแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สรุปแจ้งกับทีมแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา<sup>7</sup> ที่พบว่าการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวมักตัดสินใจร่วมกันหลายคนแต่มีเพียงบุคคลเดียวที่ต้องสรุปการตัดสินใจและลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอมเกี่ยวกับการรักษา ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนเกิดความเครียดทางอารมณ์ ตรงกับผลงานวิจัย<sup>10,11</sup> ที่พบว่าผู้แทนในการตัดสินใจเกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจ และหนึ่งในสามของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนมีผลกระทบทางอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ ภาวะเครียด อาการรู้สึกผิด และยังคงมีความสงสัยว่าสิ่งที่ตนเองตัดสินใจถูกต้องหรือไม่

จากผลการวิจัย พบว่าเมื่อผู้แทนการตัดสินใจรับรู้ถึงความหมายของการใช้เครื่องช่วยหายใจในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ว่าเป็นการยื้อให้ร่างกายผู้ป่วยดำรงอยู่ต่อไปด้วยอุปกรณ์ดังกล่าว อาจสร้างความทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้ จะช่วยให้ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย<sup>12</sup> ที่พบว่าสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ยืดชีวิต ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้อีกหลายอย่าง เป็นการทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิตและไม่สมศักดิ์ศรี

ในทางตรงกันข้าม ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนส่วนน้อยรับรู้ว่าการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตทันที ถือเป็นการกระทำที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ซึ่งตรงกับข้อเสนอจากการศึกษาหนึ่ง<sup>9</sup> ที่ว่า ความเชื่อ ทศนคติ มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และคนทั่วไปในประเทศไทย คิดว่า การถอดถอน เครื่องพยุงชีพเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น แม้ว่าการรักษาที่ได้รับจะไม่

ได้ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นก็ตาม การที่ผู้แทนการตัดสินใจเชื่อเช่นนี้ แต่จำเป็นต้องทำตามความต้องการของบุคคลอื่นในครอบครัว คือให้ถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ จะทำให้เกิดความขัดแย้งในใจอย่างมาก หากพบผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนที่มีความเครียดทางอารมณ์ ความขัดแย้ง ความรู้สึกผิด โทษตนเอง ต้องรีบเข้าไปช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกสูญเสีย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การฝึกสมาธิ การคิดทางบวก เพื่อให้ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผ่านวิกฤติทางอารมณ์นี้ไปได้<sup>13</sup>

ผู้ป่วยทุกคนในงานวิจัยนี้ ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของชีวิตสอดคล้องกับสิ่งที่กล่าวในหลายการศึกษา<sup>9</sup> ที่ว่าการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ในประเทศไทยเรียกชื่อว่า พินัยกรรมชีวิต (living will) การทำพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังไม่แพร่หลายเพราะเป็นเรื่องใหม่ พินัยกรรมชีวิตเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองและการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองยังมีน้อยมาก แต่ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ 4 คน ตามคำบอกเล่าของผู้เข้าร่วมวิจัยที่บอกว่าผู้ป่วยเคยบอกเอาไว้ว่า สภาพร่างกายที่เจ็บป่วยแบบไหนที่ตนเองไม่ต้องการ เช่น ตาบอด เป็นหนักแล้วใส่ท่อ ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่อยากผ่าตัดเพราะแก่แล้วไม่ต้องบ่นหัวใจ เป็นต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย รู้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่พอสมควร รู้ว่าคุณภาพชีวิตเช่นไรที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่แล้ว จึงส่งผลต่อการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น สอดคล้องงานวิจัย<sup>14</sup> ที่ศึกษาพบว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (advance directive) รวมถึงการทำพินัยกรรมชีวิต และการวางแผนล่วงหน้า (advance care planning) จะทำให้ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนสามารถตัดสินใจโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

การที่ทีมสุขภาพมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์ต่อการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา<sup>15</sup> พบว่า ในการตัดสินใจแทนซึ่งผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนให้

ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจ เนื่องจากผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนเชื่อว่าทีมสุขภาพมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต การให้คำปรึกษาของทีมประคับประคองมีส่วนอย่างมากต่อการตัดสินใจจากความลังเลจนเกิดความรู้สึกมั่นใจขึ้นว่าตนเองเลือกได้ถูกต้องแล้ว<sup>16</sup> แสดงออก ซึ่งการดูแลให้เห็นว่าถึงแม้จะมีการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตไปแล้ว แต่แพทย์และพยาบาลยังคงให้การดูแลโดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เพื่อสร้างความสุขสบาย ไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ เพื่อให้ ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนเกิดความมั่นใจกับการตัดสินใจของตนเองว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอกับแพทย์เจ้าของไข้และทีมประคับประคอง เป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน<sup>17</sup>

ความต้องการของครอบครัวในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย คือต้องการใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยให้มากที่สุด ได้ใกล้ชิด ได้ดูแลปรนนิบัติ ได้พูดคุย สัมผัสจับเนื้อจับตัว ปลอดภัยไม่ให้งำลังใจแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ<sup>18</sup> พบว่าการได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายเป็นความสวยงาม เนื่องจากผู้ดูแลไม่รู้ระยะเวลาว่าผู้ป่วยจะหมดลมหายใจวันไหนเวลาใด การได้อยู่ใกล้ ๆ ได้ใช้ชีวิตร่วมกัน ได้ดูแลกัน มีความสำคัญ และมีความหมายต่อผู้ดูแลอย่างมาก

ความต้องการการดูแลมิติทางจิตวิญญาณจากทีมประคับประคอง จะช่วยให้ผู้แทนการตัดสินใจสามารถเลือกตัดสินใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในงานวิจัยเรื่องความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>19</sup> ที่เสนอให้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลแบบประคับประคองให้สอดคล้องกับความเชื่อและคำสอนทางศาสนา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในแง่บวกเกี่ยวกับความตาย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดในงานวิจัยได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง ได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน ช่วยให้สามารถตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจได้ การตัดสินใจได้ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิด

ปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>20</sup> พบว่าการได้รับการเตรียมความพร้อม เตรียมใจต่อการสูญเสีย ลักษณะการเสียชีวิตเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และได้รับการดูแลจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง จะมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ปกติ

## สรุป

ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจเป็นประสบการณ์ที่ตัดสินใจยาก มีความรู้สึกลหลายอย่างเกิดขึ้น เช่น เศร้า กังวล กลัวรู้สึกผิด การที่ทีมสุขภาพมีความเข้าใจประสบการณ์ภายในดังกล่าว ทำให้สามารถช่วยเหลือพูดคุยเพื่อให้ผู้แทนฯ ได้รับข้อมูลพยากรณ์โรคได้เหมาะสมสอดคล้องกับระยะของโรค พร้อมกับการดูแลจิตใจที่มีภาวะโศกเศร้าและความรู้สึกอื่น ๆ ของครอบครัวได้ ส่งผลให้ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น มีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อมูลที่ได้เป็นประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน หลังจากตัดสินใจแทนไปแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 2 ปี ซึ่งระยะเวลาที่นานอาจมีผลกับการจดจำประสบการณ์ในขณะตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ใช่ความรู้สึกจริงในตอนนั้น นอกจากนี้เนื้อหาของพูดคุยเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนต่อจิตใจ การสัมภาษณ์เชิงลึกภายในระยะเวลาจำกัด ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนอาจอาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลทั้งหมด

## ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจให้รู้จักไปในวงกว้างมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัววางแผนเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงการทำพินัยกรรมชีวิต และการวางแผนล่วงหน้า และนำความเชื่อทางศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ระยะท้าย ตามความเชื่อของแต่ละครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจเพื่อถอดถอนเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ดูแลครอบครัว เพื่อช่วยให้เห็นถึงข้อมูลในบริบทที่เป็นจริงอย่างครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับการตัดสินใจถอดถอนเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกท่านที่เอื้อเพื่อให้ความรู้ให้ประสบการณ์และช่วยเหลือในการจัดทำงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้นมา ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยดูแลแบบประคับประคอง และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ข้อมูลผู้ป่วย และขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับผู้ทำหน้าที่แทนในการตัดสินใจ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า มาให้สัมภาษณ์ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอระลึกถึงผู้ป่วยที่จากไปทุกท่าน ที่มอบโอกาสให้ทีมผู้วิจัยและทีมประคับประคองได้มีเข้ามาดูแลในช่วงอันเวลาอันสำคัญยิ่งของครอบครัว งานวิจัยชิ้นนี้จะสร้างคุณูปการแก่ระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยท่านอื่น ๆ ได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพสูงขึ้นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ลักขมี ชาญเวช, ประถมภรณ์ จันทรทอง, กิตติพล นาควิโรจน์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เล่ม 2. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564.
2. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2015;41:1572-85.
3. แสงว นุญเฉลิมวิภาส. หลักการของมาตรา 12 ของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติคือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ (อินเทอร์เนต). [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/26906>
4. วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2558.

5. Thelen M. End-of-life decision making in intensive Care. *Critical Care Nurse*. 2005;25:28-37.
6. Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Ann Intern Med*. 2011;154:336-46.
7. Quinn JR, Schmitt M, Baggs JG, Norton SA, Dombek MT, Sellers CR. Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *Am J Crit Care*. 2012;21:43-51.
8. วราภรณ์ คงสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม. การตัดสินใจในระยะสุดท้าย: สถานการณ์ตัวอย่างในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียู. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2555;32:59-68.
9. พิสิษฐ์ ศรีอัคโคภิน. สรุปการสัมมนาวิชาการ “ไม่ใช่เครื่องถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต” นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2562.
10. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care*. 2013;17:R91. PubMed PMID: 23705988
11. Chiarchiaro J, Buddadhumaruk P, Arnold RM, White DB. Prior advance care planning is associated with less decisional conflict among surrogates for critically ill patients. *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12:1528-33.
12. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing Critical Care*. 2012;17:151-59.
13. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, สุวิมล จอดพิมาย, พรรณภา แสงส่อง. การศึกษาประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2561;32:33-47.
14. Torke AM, Alexander GC, Lantos J. Substituted judgment: The limitations of autonomy in surrogate decision making. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1514-7.
15. นิการิหะ นิจิการิ, อริยญา เขวลิต, อุไร หัตถกิจ. มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2551;26:431-39.
16. ปริญญา แร่ทอง. ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต: ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2559;4:122-33.
17. Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, White DB. Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker. *Crit Care Med*. 2012;40:2281-6.
18. พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล, สุพรรณิ สุตา. ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2563;36:33-44.
19. เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, แสงอรุณ อิศระมัลย์, ขนิษฐา นาคะ, จารุภา สุพรรณสถิตย์. ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2559;39:118-32.
20. เพชรภรณ์ ใจบุญ, ปิยะวรรณ โภคพลารักษ์, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2566;33,37-48.