

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ ทักษะและผลต่อการตัดสินใจแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย
ของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ณัฐชา ตรีวัชรกร, พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ณัฐชา ตรีวัชรกร, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี 69 หมู่ที่ 2
ถ. สุขุมวิท ตำบลบ้านสวน
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
20000, ประเทศไทย
Email: nattacha.tree@gmail.
com

Received: September 10, 2024;

Revised: October 31, 2024;

Accepted: January 27, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย คือการแสดงความประสงค์เพื่อปฏิเสธการรักษาที่ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัจจุบันมีผู้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้น้อย ทำให้อาจได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตและไม่ตรงกับความต้องการของตน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการส่งเสริมการแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ นำไปสู่การศึกษาระดับความรู้ ทักษะคติปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และทัศนคติต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าของบุคลากรทางการแพทย์ปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์และวิธีการ: งานวิจัยเชิงพรรณนาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (quantitative descriptive cross-sectional) ศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลที่ถูกนำมาวิเคราะห์ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

ผลการศึกษา: บุคลากร 178 คน มีความรู้ระดับสูง 132 คน มีทัศนคติดี 108 คน วางแผนจะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า 108 คน ทำไว้แล้ว 17 คน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ระดับสูง คือ การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (OR 3.65, 95%CI: 1.31-10.16, $p = 0.013$) อาชีพ แพทย์พยาบาล (OR 3.77, 95%CI: 1.66-8.57, $p = 0.002$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติดี คือ ความรู้ระดับสูง (OR 6.98, 95%CI: 1.62-30.04, $p = 0.009$) โดยความรู้ระดับสูงร่วมกับทัศนคติดีจะส่งผลให้เกิดการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติดี แต่ไม่ก่อให้เกิดการปฏิบัติจริง จึงเสนอให้มีการจัดหลักสูตรอบรมและส่งเสริมทัศนคติแก่บุคลากรมากขึ้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้นและประยุกต์ใช้ได้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การแสดงเจตนาล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง พินัยกรรมชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ ปฐมภูมิ

ORIGINAL ARTICLE

Knowledge, Attitudes, and Contributions to Decision-Making Regarding Advance Care Planning among Healthcare Providers in Primary Care Settings

Nattacha Treewatchareekorn, M.D.

Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand

Corresponding author :

Nattacha Treewatchareekorn,
M.D., Department of Family
Medicine, Chonburi Hospital,
69, Moo 2, Sukhumvit Road,
Ban Suan Subdistrict, Mueang
Chonburi District, Chonburi
20000, Thailand
Email: nattacha.tree@gmail.
com

Received: September 10, 2024;

Revised: October 31, 2024;

Accepted: January 27, 2025

ABSTRACT

Background: Advance care planning enables individuals to refuse life-sustaining treatments at the end of life. In recent times, few people have completed advance directives, risking receiving life-sustaining treatments that may not align with their wishes. Healthcare providers are pivotal in promoting these directives. This study evaluates the knowledge and attitudes towards advance directives, as well as factors influencing these aspects and the completion of directives among primary healthcare providers.

Methods: This quantitative descriptive cross-sectional study involved a survey of 178 primary healthcare providers using a questionnaire. Data were analyzed to assess knowledge, attitudes, and factors influencing the completion of advance directives.

Results: Of the 178 participants, 132 had high knowledge, 108 had a positive attitude, and 108 intended to complete an advance directive. Nevertheless, only 17 had done so. High knowledge was associated with possessing a bachelor's degree or higher (OR 3.65, 95%CI: 1.31-10.16, $p = 0.013$) and being a physician or nurse (OR 3.77, 95%CI: 1.66-8.57, $p = 0.002$). Positive attitudes were linked to high knowledge (OR 6.98, 95%CI: 1.62-30.04, $p = 0.009$). The combination of high knowledge and positive attitudes was associated with the completion of advance directives.

Conclusion: Despite high knowledge and positive attitudes among primary healthcare providers, this does not always translate into practice. Implementing targeted training programs to enhance attitudes and effectively promote the completion and use of advance directives is recommended.

Keywords: advance care planning, advance directives, primary care providers, healthcare attitudes

บทนำ

ความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคนและหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้การแพทย์แผนปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังมีอีกหลายโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และบ่อยครั้งการรักษาในวาระสุดท้ายมักทำให้เกิดความทรมานจากการยืดชีวิตโดยไม่จำเป็นหรือไม่เป็นไปตามประสงค์ของผู้ป่วย หลายประเทศจึงมีกฎหมายให้ประชาชนมีสิทธิที่จะขอยุติการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตโดยไม่จำเป็น¹ สำหรับประเทศไทย มีหลักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา ๑๒ เช่นกัน กล่าวว่ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิตโดยไม่จำเป็นหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย²

โดยการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายหรือทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย (advance directives) คือการวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (advance care planning) โดย การวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะท้ายของชีวิต การแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการดูแลล่วงหน้า ที่มีประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารได้ด้วยตนเอง ในระยะสุดท้าย ซึ่งวิธีการทำมีทั้งการพูดคุยกับญาติไว้ล่วงหน้าแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรและการทำหนังสือแสดงเจตนา ในประเทศไทยมักใช้ชื่อว่า สมุดเบาใจ โดยการทำหนังสือควรมีการลงนามและมีพยานในการรับรู้ การแสดงเจตนา³ ผู้ป่วยควรสื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจตรงกันถึงความรู้สึกของตน การแสดงเจตนาล่วงหน้า⁴นี้สามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด แต่ควรแจ้งให้ผู้อื่นรับทราบเสมอ หรือนำติดตัวไว้ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์จะอิงตามหนังสือสุดท้ายหรือเจตจำนงสุดท้ายสุดเป็นสำคัญ^{3,4} เครื่องมือนี้จะช่วยให้ผู้อื่นเข้าใจเป้าหมายในการดูแล (goal of care) ความหมายชีวิต ความปรารถนาสุดท้าย หรือเรื่องที่ยังค้างคาใจ (unfinished business) ของผู้ป่วยและเคารพการตัดสินใจ

ในชีวิตของตนได้ รวมถึงยังสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้เร็วขึ้น ทำให้ลดความทรมานที่ไม่จำเป็น โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำคือควรทำก่อนที่จะเกิดปัญหาวิกฤตหรือเริ่มรับรู้ว่ามีข้อจำกัด เพราะในหลายครั้งการพยากรณ์โรคอาจไม่แน่นอนและผู้ป่วยเองอาจอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยในระยะท้ายผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีภาวะที่ไม่รู้สึกตัว⁵⁻⁷ ปัจจุบันยังผู้สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าน้อย ระบบสาธารณสุขจึงมีการส่งเสริมการแสดงเจตนาหรือทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายมากขึ้น^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่เคยได้ยินเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย แต่ในกลุ่มที่เคยได้ยินนี้มีอัตราการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายสูง¹⁰ นอกจากนี้มีการสำรวจในผู้ป่วยทหารผ่านศึก พบว่าทุกคนยังขาดความรู้ แต่ทุกคนก็ตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย โดยบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทหารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุด คือ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายโดยตรงอาจเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ต้องศึกษาต่อไป¹¹ ซึ่งอาจเป็นคนละมุมมองกับบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิอีกปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ในผู้ป่วยคือ อาชีพเกษียณอายุราชการ เพราะมีความมั่นคงและไม่ค่อยมีภาระในช่วงท้ายของชีวิต¹² งานวิจัยของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย แต่มีเพียงส่วนน้อยที่รู้จักเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้าย โดยอุปสรรคสำคัญคือวัฒนธรรมและธรรมเนียมปฏิบัติที่มักเลี่ยงการพูดถึงเรื่องการเตรียมตัวเรื่องความตาย¹³ และเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก¹⁴ ผู้ป่วยบางส่วนต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนในการให้ความรู้และช่วยในกระบวนการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายแตกต่างกัน และการพยากรณ์โรคก็มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจ

แสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย¹³⁻¹⁶ และวิธีที่ส่งเสริมให้เกิดการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายสำเร็จในระบบบริการปฐมภูมิ คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงหลาย ๆ ครั้ง¹⁷ การบอกการพยากรณ์โรคโดยบุคลากรทางการแพทย์¹³ และการที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมช่วยผู้ป่วยในกระบวนการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายก็มีความสำคัญ¹⁴ นอกจากนี้ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ก็มีผลกับการแนะนำเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายให้แก่ผู้ป่วยและเคารพในการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยอีกด้วย¹⁸ แต่การศึกษาในประเทศไทยยังมีจำกัด จึงเป็นที่มาของการศึกษาเรื่องนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยเชิงพรรณนาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (quantitative descriptive cross-sectional) ศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ฉบับภาษาไทย¹⁹ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากกรวิจัย โดยให้ผู้ทำแบบประเมิน 2Q ก่อน หากทำ 2Q ได้เท่ากับ 0 คะแนน คือไม่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และไม่ต้องทำแบบประเมิน 9Q ต่อ ส่วนผู้ทำแบบประเมิน 2Q ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน ให้ทำแบบประเมิน 9Q ต่อ หากทำแบบประเมิน 9Q แล้วน้อยกว่า 7 คะแนน คือไม่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงน้อยมาก

แต่หาก 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แสดงว่ามีอาการโรคซึมเศร้าและทำการแยกอาสาสมัครออกจากกรวิจัย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าไปโดยมีเจตนาไม่ต้องการในการยื้อชีวิตมากกว่ากลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. แบบสอบถามสำหรับประชาชน เรื่อง ความรู้และทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายในวาระสุดท้าย สร้างโดย ผศ.ดร.ธิดารัตน์ จันทร์ดาและคณะ โรงพยาบาลรามาริบัติ²⁰ ซึ่งได้รับการอนุญาตให้นำมาใช้ในงานวิจัยนี้ โดยแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและส่วนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง การแสดงเจตนาล่วงหน้า รวมถึงการวางทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ส่วนความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย โดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับโดยใช้คำตอบ 3 ข้อ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ และส่วนทัศนคติโดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับโดยใช้คำตอบ 3 ข้อ คือ ดี ปานกลาง ไม่ดี ซึ่งเคยมีการใช้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปมาแล้ว ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (validity) สำหรับแต่ละส่วนเท่ากับ 0.9375-0.975 มีระดับความเชื่อมั่น (reliability) สำหรับแต่ละส่วนเท่ากับ 0.62-0.81

บุคลากรทางการแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์และพยาบาล เช่น นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (ในที่นี้รวมบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์และพยาบาลเข้าด้วยกัน) มีประชากรคาดการณ์จำนวน 328 คน ในการคำนวณ ประชากรประเภทมีจำนวนจำกัด (finite population) พบว่า ใช้สูตรจาก Cochrane²¹ ที่ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval) 0.95 ขอบเขตความคลาดเคลื่อน (margin of error) 0.05, ความชุกของการสู่มั่วอย่าง (prevalence) 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลจากทั้งหมด 17 แห่ง คือบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 16 แห่ง ในอำเภอเมืองชลบุรี และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี โดยให้ผู้เข้าร่วม

วิจัยตอบแบบสอบถามผ่านเครื่องมือสร้างแบบฟอร์มออนไลน์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับโดยไม่มีการระบุตัวตนผู้เข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria) คือ บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีอายุ 18-60 ปี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้มีประวัติภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปแสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและทำการบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA/MP16.1 แสดงผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วย จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะทำการวัดค่ากลางด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ระดับสูง ทักษะการคิด และการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (multiple logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมวิจัยโครงงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เลขที่วิจัย 024/2566

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ทำในบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 178 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายในระดับสูง (ร้อยละ 74.16) มีทัศนคติที่ดีต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) (n=178)
เพศ	
ชาย	24 (13.48)
หญิง	154 (86.52)
อายุ (ปี) mean=40.22, SD=11.34	
18-24 ปี	11 (6.18)
25-40 ปี	83 (46.63)
41-56 ปี	63 (25.39)
57-60 ปี	21 (11.80)
ศาสนา	
พุทธ	173 (97.17)
คริสต์	4 (2.25)
ไม่นับถือศาสนา	1 (0.56)
สถานภาพสมรส	
โสด	74 (41.57)
สมรส	83 (46.63)
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	21 (11.8)
ในบ้านของท่าน ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง	
อยู่คนเดียว	30 (16.85)
อยู่กับคู่ชีวิต/พ่อแม่/ลูก	100 (56.18)
อยู่กับคนอื่นๆนอกเหนือจาก 2 ข้อแรก	48 (26.97)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	4 (2.25)
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	5 (2.81)
ปวช. หรือ ปวส.	18 (10.11)
ปริญญาตรี	117 (65.73)
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	34 (10.10)
อาชีพ	
แพทย์	14 (7.87)
พยาบาล	56 (31.46)
นักวิชาการสาธารณสุข	29 (16.29)
แพทย์แผนไทย	8 (4.49)
ผู้ช่วยพยาบาล	11 (6.18)
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	10 (5.62)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	24 (13.48)
อื่น ๆ	26 (14.61)
รายได้ (บาท/เดือน)	
<10,000 บาท	19 (10.67)
10,000-40,000 บาท	94 (52.81)
>40,000 บาท	65 (36.52)

(ร้อยละ 60.67) ดังตารางที่ 2 มีผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 50 ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แต่มี

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) (n=178)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	132 (74.16)
ความดันโลหิตสูง	14 (7.87)
ไขมันสูง	12 (6.74)
เบาหวาน	5 (2.81)
โรคเมะเร็ง	5 (2.81)
โรคหัวใจ	2 (1.12)
โรคปอดเรื้อรัง	2 (1.12)
ไตวายเรื้อรัง	1 (0.56)
อื่น ๆ	19 (10.67)
วางแผนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายไว้	
วางแผน	108 (60.67)
ไม่คิดจะทำ	70 (39.39)
ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายไว้	
ทำ	17 (9.55)
ไม่ทำ	161 (90.45)
ประสบการณ์ในการได้รับความรู้และเข้าอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550	
ไม่เคยได้รับความรู้หรือเข้าอบรม	125 (70.22)
เคยเข้ารับการอบรม เคยศึกษาด้วยตนเองจากตำรา เอกสาร อินเทอร์เน็ต อื่น ๆ	53 (29.78)

ผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 70.22 ที่ไม่เคยได้รับความรู้หรือเข้าอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย และมีผู้ไม่เคยรู้จักการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายร้อยละ 43.82 มีผู้วางแผนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายร้อยละ 60.67 และมีร้อยละ 9.55 ที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายไว้แล้ว

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั่วไปกับระดับความรู้ระดับสูง โดยนำผลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายอย่างมีนัยยะทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (odd ratio (OR) 3.65, 95%CI: 1.31-10.16, p = 0.013) อาชีพ แพทย์ และพยาบาล (OR 3.77, 95%CI: 1.66-8.57, p = 0.002) ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั่วไปกับระดับทัศนคติที่ดี โดยนำผลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายอย่างมีนัยยะทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ระดับสูง (OR 6.98, 95%CI: 1.62-30.04, p = 0.009) ดังแสดงในตารางที่ 4

ด้านการปฏิบัติพบว่า หากมีผู้มาแนะนำการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย มีผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ

ตารางที่ 2. ระดับความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละอาชีพ

อาชีพ	ความรู้ (% ในแต่ละอาชีพ)			รวม
	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
แพทย์	0 (0.00)	0 (0.00)	14 (100.00)	14
พยาบาล	1 (1.79)	6 (10.71)	49 (87.5)	56
ไม่ใช่แพทย์และพยาบาล	13 (12.04)	26 (24.07)	69 (63.89)	108
รวม (%)	14 (7.86)	32 (17.98)	132 (74.16)	178
อาชีพ	ทัศนคติ (% ในแต่ละอาชีพ)			รวม
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี	
แพทย์	0 (0.00)	0 (0.00)	14 (100.00)	14
พยาบาล	0 (0.00)	18 (32.14)	38 (67.86)	56
ไม่ใช่แพทย์และพยาบาล	2 (1.85)	50 (46.3)	56 (51.85)	108
รวม (%)	2 (1.12)	68 (38.2)	108 (60.67)	178

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลต่อความรู้ระดับสูง : การวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยแบบพหุปัจจัย

ตัวแปร	OR	(95%CI)	P-value
เพศหญิง	1.33	0.48-3.69	0.583
อายุ 40 ปีขึ้นไป	1.27	0.06-2.67	0.533
สถานภาพโสด	0.71	0.22-2.34	0.577
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	3.65	1.31-10.16	0.013
อาชีพ แพทย์ พยาบาล	3.77	1.66-8.57	0.002
อาศัยอยู่กับญาติสายตรงหรือคู่ครอง	2.89	0.68-12.36	0.152
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ	1.81	0.65-4.98	0.254

OR, odd ratio; 95%CI: 95% confidence interval

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปและระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลต่อทัศนคติ : การวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยแบบพหุปัจจัย

ตัวแปร	OR	(95%CI)	P-value
เพศหญิง	0.91	0.32-2.58	0.869
อายุ 40 ปีขึ้นไป	1.09	0.52-2.26	0.815
สถานภาพโสด	0.58	0.19-1.74	0.333
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	2.75	0.97-7.84	0.058
อาชีพ แพทย์ พยาบาล	1.75	0.79-3.84	0.162
อาศัยอยู่กับญาติสายตรงหรือคู่ครอง	0.79	0.19-3.25	0.745
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ	1.08	0.37-3.17	0.881
ความรู้ระดับปานกลาง	3.82	0.86-16.95	0.078
ความรู้ระดับสูง	6.98	1.62-30.04	0.009

OR, odd ratio; 95%CI: 95% confidence interval

50.56 รู้สึกยินดีและสนใจจะทำ ในขณะที่เดียวกันผู้เข้าร่วมส่วนที่เหลือให้ความเห็นที่แตกต่างกันออกไปเช่นเฉย ๆ มันยังเร็วไป ไม่ถึงเวลา เป็นต้น แต่หากสมมติตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มากถึงร้อยละ 76.97 เลือกลักษณะที่เสียชีวิต คือ บ้าน

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่าความรู้ระดับสูง และ ทัศนคติที่ดี มีความสัมพันธ์ต่อการวางแผนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย แต่ความรู้ระดับสูงอย่างเดียวหรือทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียว ไม่ส่งผลต่อการวางแผนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ในทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่าทัศนคติที่ดีมีผลต่อเลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตให้แก่ตนเอง หากเป็นตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความรู้ระดับสูงมีผลต่อให้เกิดความรู้สึกลังเลทางบวกคือ

รู้สึกน่ายินดี หากมีผู้มาแนะนำให้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความรู้และทัศนคติที่ดี

โดยกลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป อาชีพ แพทย์ พยาบาล คือ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย อาจสืบเนื่องจากอาชีพเหล่านี้มีการเรียนเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองในหลักสูตร ส่วนการศึกษาระดับอื่น และอาชีพอื่นอาจไม่มีหลักสูตรเรื่องการดูแลประคับประคอง ทำให้ไม่สามารถถดถอยอดมาถึงการแสดงเจตนาล่วงหน้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของนวลปรางค์และคณะ พบว่าพยาบาลในหน่วยบริการตติยภูมิ มีความรู้และทัศนคติที่ดี

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ระดับสูงและทัศนคติที่ดี ที่มีผลต่อ การปฏิบัติในการแสดง เจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย : การวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยแบบพหุปัจจัย

	Odds ratio	95% confidence interval		p-value
		lower	upper	
วางแผนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายหรือพินัยกรรมชีวิต				
ความรู้ระดับสูง	3.64	1.44	9.16	0.006
ทัศนคติดี	2.52	1.34	4.74	0.004
ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายหรือพินัยกรรมชีวิตไว้แล้ว				
ความรู้ระดับสูง	2.12	0.25	17.75	0.490
ทัศนคติดี	2.88	0.78	10.56	0.112
สนับสนุนให้เลือกที่จะปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิต หากบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนของท่านเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย				
ความรู้ระดับสูง	1.12	0.48	2.62	0.795
ทัศนคติดี	1.45	0.79	2.65	0.233
เลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตของตน กรณีตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย				
ความรู้ระดับสูง	1.09	0.44	2.67	0.851
ทัศนคติดี	1.98	1.04	3.79	0.039
เลือกปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงการยืดชีวิตของตน กรณีตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย				
ความรู้ระดับสูง	2.70	1.08	6.73	0.033
ทัศนคติดี	1.32	0.75	2.41	0.373

แต่การรับรู้ต่อการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ของผู้ป่วยอยู่ระดับปานกลาง²⁰ แม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ดี ยังไม่ก่อให้เกิดการการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของตนเอง สาเหตุอาจเป็นเพราะบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้หรือเข้าอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายอย่างจริงจัง จากผลการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยผ่านการอบรมร้อยละ 70.22 จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนหนึ่งที่ไม่รู้จักการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Poveda และคณะ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์หลายคนมีความรู้ไม่พอทำให้ไม่สามารถนำไปใช้แนะนำแก่ผู้ป่วยได้ จึงอนุมานได้ว่าการที่บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และทัศนคติที่ดีแต่มีอัตราการทำหนังสือแสดงเจตนาต่ำ อาจมีอุปสรรค คือ การไม่มีประสบการณ์ในการเรียนรู้อบรมทำให้ขาดทักษะและความเข้าใจเกี่ยวกับการการแสดงเจตนาล่วงหน้า การดูแลระดับประคองและกฎหมายที่เกี่ยวข้องไม่ลึกซึ้งเพียงพอ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่อาจไม่มี

ความเจ็บป่วยด้วยตนเองเหมือนในกลุ่มผู้ป่วย ทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติจริงรวมถึงการนำไปปฏิบัติใช้กับผู้ป่วยได้^{18,21-24} ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยการมีความรู้ระดับสูงหรือทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งอาจไม่ก่อให้เกิดการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย แต่ต้องมีทั้งความรู้และทัศนคติที่ดีร่วมกัน และอาจมีปัจจัยอื่นอีกหลายอย่างที่ยังต้องศึกษาต่อไป ซึ่งปัจจุบันการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังมีจำกัด แต่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของแพทย์ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าพบว่าอุปสรรค คือ การรักษาที่มุ่งรักษาเฉพาะโรคเป็นสำคัญ (disease center model) บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงการรักษาได้ง่ายกว่าและรักษาได้จนถึงสุดทางมากกว่าประชาชนทั่วไป อาจทำให้การดูแลระดับประคองเข้ามามีบทบาทข้างล่างและลดความสำคัญของการแสดงเจตนาล่วงหน้าลงไป นอกจากนี้บริบทสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย คนส่วนหนึ่งต้องการให้ญาติเป็นคน

ช่วยตัดสินใจเรื่องการรักษาของตน เป็นต้น²⁴ เบื้องต้นจึงเสนอให้มีการออกแบบการดูแลแบบประคับประคอง กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนและรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา และส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อจะนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

จุดแข็งของงานวิจัย คือ การศึกษานี้ทำในบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการศึกษายังมีน้อยและทำการศึกษาในผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป งานวิจัยนี้ทำให้เข้าใจในมุมมองบุคลากรมากขึ้น ทำให้นำไปประยุกต์ใช้และส่งเสริมการแสดงเจตนาล่วงหน้าให้กับประชาชนได้มากขึ้น

ข้อจำกัดงานวิจัย งานวิจัยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามทำให้อาจมีเรื่อง nonresponse bias ได้ และการตอบแบบสอบถามเป็นแบบฟอร์มออนไลน์ ไม่สามารถควบคุมการทำแบบสอบถามของแต่ละคนแยกกันได้ อาจมีการปรึกษากันระหว่างการทำแบบทดสอบ ทำให้คะแนนบางส่วนเช่น ส่วนความรู้ อาจมีคะแนนสูงกว่าความเป็นจริงได้

สรุป

บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย แต่ก็มีบุคลากรทางการแพทย์อีกบางส่วนที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดี ทำให้ไม่ก่อให้เกิดการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย ปัจจัยที่จะทำให้เกิดการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายได้จริง ต้องทั้งมีความรู้ระดับสูง และมีทัศนคติที่ดีร่วมกัน และยังมีปัจจัยและอุปสรรคอื่น ๆ อีกหลายอย่างที่ต้องศึกษาต่อไป ในเบื้องต้นจึงเสนอให้จัดอบรมการดูแลแบบประคับประคองและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม รวมถึงส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีแก่บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มากยิ่งขึ้นและเพื่อนำไปใช้กับตนเองและประชาชนทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและคลินิกวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี ที่ถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ทำวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์จตุพร พลอยล้วน อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย นายแพทย์ธรรธร ด้รงค์พันธ์ และ แพทย์หญิงอุษา ศิริบุญฤทธิ์ ที่คอยให้คำปรึกษาลดการทำวิจัยสุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

Highlight

1. บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงและทัศนคติดีต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้า
2. มีบุคลากรทางการแพทย์ส่วนน้อยที่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้แล้ว
3. บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า จึงควรจัดอบรมเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย โชควิวัฒน์, อัมพล จินดาวัฒน์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิณฑิพร จันทรรัตน์ ณ อยู่ธรรมา, ไพศาล ลิ้มสถิต. ก่อนวันผลิตใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sem100library.in.th/medias/b5196.pdf>
2. กฎกระทรวงการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. เล่ม 127 ตอนที่ 65 ก ราชกิจจานุเบกษา. 2553 ต.ค. 22. ป.18.
3. แสง บุญเฉลิมวิภาส, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ. วิญญูชน; 2566.
4. กลุ่ม Peaceful Death. สมุดเบาใจ เพื่อการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์สามลดา; 2565.
5. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือประกอบการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living will) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.

6. พรเลิศ แก้วฉัตร. Advance care planning and living will. วารสารเวชบำบัดวิกฤต. 2552;17:10-7.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living will). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
8. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, Kent S, Kim J, Herbst N, Mante A, Halpern SD, Courtright KR. Approximately one in three us adults completes any type of advance directive for end-of-life care. Health Aff (Millwood). 2017;36:1244-51.
9. Panfilis LD, Rossi PG, Mazzini E, Pistolesi L, Ghirotto L, Noto A, et al. Knowledge, opinion, and attitude about the Italian law on advance directives: A population-based survey. J Pain Symptom Manage. 2020;60:906-14.e4.
10. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรือ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2559;1:39-49.
11. รุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธี อยู่สถาพร, ฉัตรสมน พงศ์นิญญ, นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์. การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 ม.ค. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 14];4 (1):1-14. เข้าถึงได้จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/113202/88108
12. รุ่งทิวา กังวานสุระ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2565;5:33-44.
13. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public Awareness and Attitude toward Palliative Care in Thailand. Siriraj Med J [Internet]. 2020 Jul. 20 [cited 2022 Oct 17];72 (5):424-30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/240773>
14. Scholten G, Bourguignon S, Delanote A, Vermeulen B, Van Boxem G, Schoenmakers B. Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care. BMC Med Ethics. 2018;19:58. PubMed PMCID: PMC5996478
15. 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). 2019;18:eRW4852. PubMed PMID: 31618287
16. Kurin M, Mirarchi F. The living will: Patients should be informed of the risks. J Healthc Risk Manag. 2021;41:31-9.
17. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: What do we need for success? J Am Geriatr Soc. 2007;55:277-83.
18. Poveda-Moral S, de la Casa PJ, Sánchez-Valero P, Pomares-Quintana N, Vicente-García M, Falcó-Pegueroles A. Association between knowledge and attitudes towards advance directives in emergency services. BMC Med Ethics. 2021;22:75. PubMed PMID: 34158034
19. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับจังหวัด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
20. นวลปราง เข็มหนู, ธีรารณ จันทร์ดา, นพวรรณ พินิจจรเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลต่อการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39:49-57.
21. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
22. วณิดา โสภณสินสุข. สิทธิการตามตามธรรมชาติ : ศึกษากรณีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยและทายาท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 14]. เข้าถึงได้จาก: <https://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Wanida.Sop.pdf>
23. พิมอรณ เลียมไหม, สายพิน หัตถ์รัตน์, กิตติพล นาควิโรจน์. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของ ไทย เผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง เมื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47:94-102.
24. ปัทมา นีกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, ธีรารณ จันทร์ดา. การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559;27:128-41.