

มุมมองของผู้สูงอายุต่อการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

The elderly's perspectives on prolonged life at the end-of-life stage

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์

Sirilak Somanusorn

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Faculty of Nursing, Vongchawalitkul University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของผู้สูงอายุต่อการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 15 ราย ได้จากการเลือกแบบเจาะจงและแบบลูกโซ่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของการช่วยยืดชีวิต มี 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การช่วยเต็มที่เพื่อให้รอดชีวิต 2) การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยต่อชีวิต 3) การดูแลร่างกายและจิตใจเมื่อเจ็บป่วย 4) การกระทำที่สร้างความทรมาน และ 5) การสู้กับความตาย หากรอดก็เป็นปาฏิหาริย์ ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ต้องการการช่วยยืดชีวิต เนื่องจาก 1) เป็นภาระลำบากผู้อื่น ในที่สุดก็ต้องตาย 2) เป็นสิ่งที่เจ็บปวดทรมานกายและใจ 3) มีโอกาสฟื้นหายน้อย เนื่องจากมีอายุมาก และ 4) อยากป่วยและตายที่บ้าน

คำสำคัญ: การช่วยยืดชีวิต, ผู้สูงอายุ, ระยะสุดท้ายของชีวิต

Abstract

This qualitative research aimed to explore elderly's perspectives on prolonged life at the end-of-life stage. The informants were fifteen elderly who had closed relatives living at the end-of-life stage. They were selected by purposive sampling and snowball technique. Data were collected by in-depth interviews using a semi-structured interview guideline, and analyzed by content analysis. The results revealed that the meaning of prolonged life was found in five themes: 1) providing full help for life survival, 2) using medical equipment to prolong life, 3) taking care of body and mind when getting sick, 4) making patients suffer, and 5) fighting to the death, and if survived it is a miracle. With regard to the needs of the informants, the majority of them did not need prolonged life for four

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยด้านจริยธรรมทางการแพทย์ จากสภาการพยาบาล

Corresponding author E-mail: sirinusorn@gmail.com

วันที่รับบทความ: 14 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ: 24 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2565

reasons: 1) being burden to others, however patients have to die eventually, 2) generating pain as well as creating physical and mental suffering, 3) having minimal chance for recovery due to their old age, and 4) preferring to die at home.

Keywords: Prolonged Life, Elderly, End of Life

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประชากรกลุ่มนี้มักมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและความเจ็บป่วยในวัยชราหลายโรค เป็นเหตุให้ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนในโรงพยาบาลที่ยาวนานต่อเนื่องถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมากขึ้นกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ จากข้อมูลความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี ต้องการ ร้อยละ 40 อายุ 50-69 ปี ต้องการ ร้อยละ 27.1 และอายุ 20-49 ปี ต้องการ ร้อยละ 25.9 การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทำให้บุคลากรมีโอกาสเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมในการตัดสินใจรักษาและการช่วยยืดชีวิต (prolonged life) พบว่า การช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเป็นประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Elshamy, 2017) โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก (วณิชชา พิงชมพู, และสมภาพ โล่ห์สวัสดิ์กุล, 2549) เนื่องด้วยผู้ป่วยหนักในระยะสุดท้ายไม่สามารถบอกเจตนาของตนเองได้ เพราะส่วนใหญ่มักอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรับรู้ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของญาติซึ่งส่วนใหญ่มีความหวังและต้องการให้รักษาพยาบาลอย่างเต็มที่เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณให้กับผู้ที่ตนเองรัก (แสงว บุญเฉลิมวิภาส, 2558) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักยังได้รับการรักษาแบบยืดชีวิตก่อนเสียชีวิต 24 ชั่วโมง เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาส່วนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการ ไม่ได้ได้รับความเคารพในการตัดสินใจ (วรรณภรณ์ พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, และจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ, 2555) การศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมชาย วิริภิมย์กุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และเสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล (2560) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตและญาติผู้ดูแลมีความต้องการจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาล สองอันดับแรก ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย (living will) และการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า แต่ในการปฏิบัติที่เป็นจริงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจน ทำให้การตัดสินใจเลือกการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นการตัดสินใจของญาติโดยการพูดคุยร่วมกันกับทีมสุขภาพ (ปริญญา แร่ทอง, 2559) การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยนี้ อาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและทำให้ต้องจากไปด้วยความไม่สงบหรือไม่ตายดีได้ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หักกิจ, และกิตติกร นิลมานันต์, 2554; แสงว บุญเฉลิมวิภาส, 2558)

แนวคิดพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายดี และเชื่อในการมีคุณค่าของชีวิตแม้อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต (WHO, 2020) ดังนั้น เมื่อถึงเวลาที่สมควรตาย ก็ไม่ควรช่วยยืดชีวิตเพื่อทำให้การตายยืดเยื้อออกไป

(ปกรณ ทองวิไล, 2553) ด้วยสารดังกล่าว นำไปสู่การพิจารณาสีทธิเกี่ยวกับความตายสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายในประเด็น “ การช่วยยืดชีวิต ” หรือการตัดสินใจยุติการรักษาโดยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาหรือสิทธิที่จะตาย เป็นการให้สิทธิบุคคลที่จะเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มักศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังแบบรุนแรง ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต หรือได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่เจ็บป่วยน้อยมาก (อภิรดี พิมเสน, วิราพรธนา วิโรจน์รัตน์, และนารัตน์ จิตรมนตรี, 2562) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่องนี้ในผู้สูงอายุทั่วไปที่ยังไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยไม่ต้องรอให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การได้ศึกษามุมมอง ความคิดจากผู้สูงอายุโดยตรงถือเป็นการรับฟังและคำนึงถึงสิทธิของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ช่วยให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยในการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับความต้องการและช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษามุมมองของผู้สูงอายุต่อการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 คน เลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling) และแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองและอำเภอสัตตวิ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเขตเมืองและชนบท และมีบุคคลใกล้ชิดที่เคยหรือกำลังเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

มีสภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารเข้าใจ ซึ่งประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test [AMT]) อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ได้คะแนน 8-10 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ไม่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า คือ มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (2 Questions Depression Rating Scale [2Q]) เป็นปกติ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2563) และยินดีพูดคุยให้ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือหลัก คือ ผู้วิจัย ซึ่งทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุมายาวนานกว่า 20 ปี มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความตายและการดูแลในระยะสุดท้าย มีความคุ้นเคยกับพื้นที่วิจัยจากการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้รับการยอมรับจากผู้ให้ข้อมูลได้เร็วขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ (rapport) (ชาย โพธิ์สิตา, 2550)

เครื่องมือเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และ 2) มุมมองต่อการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความหมายของการช่วยยืดชีวิตและความต้องการในการช่วยยืดชีวิต ได้แก่ “ ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างไร ” และข้อคำถามย่อย ได้แก่ 1. การช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึงอะไร 2. เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีคิดเห็นต่อการช่วยยืดชีวิตอย่างไร เพราะเหตุใด และ 3. ในอนาคตหากมีการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต จะต้องการให้คนใกล้ชิด/ ผู้ที่เกี่ยวข้องทำการช่วยยืดชีวิตหรือไม่ อย่างไร และเพราะอะไร

อุปกรณ์ ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม และเครื่อง

บันทึกเสียงบทสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในเดือน มีนาคม กรกฎาคม และสิงหาคม พ.ศ. 2563

ผู้วิจัยเข้าพื้นที่ทำวิจัยติดต่อแกนนำในพื้นที่ เพื่อขอทราบข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ ณ วันที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายให้ทราบถึงวิธีดำเนินการวิจัยอย่างคร่าว ๆ นัดวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ดำเนินตามแบบสัมภาษณ์และมีการบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตได้ ถ้อยคำหรือประเด็นสำคัญ ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำ รวมทั้งข้อคิดเห็นของผู้วิจัยที่เกิดขึ้น ณ ช่วงที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน เป็นต้น ครั้งละ 50-70 นาที รายละเอียด 1-2 ครั้ง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลพูดคุยกบอกเล่ามุมมองที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลรายชื่อไปมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนก่อนเพื่อตัดสินใจว่าต้องการข้อมูลส่วนใดเพิ่มเติมอีก และเก็บข้อมูลต่อไปจนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ สภาการพยาบาล เอกสารรับรองเลขที่ TNMC-IRB 09/2019.0802 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายเอกสารคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่เกิดผลกระทบใด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับและให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ (trustworthiness) (Lincon, & Guba, 1985 cited in Creswell, 1998) โดยใช้

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม จนได้ข้อมูลที่เพียงพอ ระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปเสียงและการจดบันทึกเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและสะท้อนความคิดของตนเอง มีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน ในเขตเมืองและชนบท ผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิต จากพื้นฐานครอบครัว การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิต เศรษฐฐานะ ความคิด ความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลโดยอ่านทวนบทสัมภาษณ์ที่จดบันทึกร่วมกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกันอีกครั้ง ร่วมกับขอข้อมูลในส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม ผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งข้อมูลของหลักฐาน ได้แก่ การจดบันทึก และเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยทำเป็นบันทึกการทำงานตลอดขั้นตอนการเก็บข้อมูล ทำให้สามารถตรวจสอบรับรองข้อมูลได้ และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านที่เชี่ยวชาญในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การดูแลในระยะสุดท้าย และการพยาบาลผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ จากนั้นอ่านทำความเข้าใจร่วมกับการพิจารณาข้อมูลที่ได้มาจากทุกส่วน และวิเคราะห์ตีความจนได้ประเด็นหลัก (theme) ที่เป็นคำตอบของการศึกษา (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2554; Hsieh & Shannon, 2005) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ราย อายุตั้งแต่ 60-85 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี เป็นเพศหญิง 13 ราย และเพศชาย 2 ราย สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย

โสด 2 ราย หม้าย 5 ราย และแยกกันอยู่ 1 ราย การศึกษาดังแต่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ถึงระดับปริญญาเอก มีโรคประจำตัว 9 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว บางรายเคยดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

2. ผลการศึกษามุมมองของผู้สูงอายุต่อการช่วยชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมความหมายของการช่วยชีวิตและความต้องการต่อการช่วยชีวิต

2.1 ความหมายของการช่วยชีวิต ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการช่วยชีวิต ไว้ 5 ประเด็น ดังนี้

2.1.1 การช่วยเต็มที่เพื่อให้รอดชีวิต ดังข้อมูล “...การช่วยชีวิตเป็นการช่วยประคับประคองชีวิต... ทำอย่างเต็มที่ คงอยู่ที่ทางคนป่วยว่าจะยึดไปแค่ไหน ” (R1, 68 ปี) “ การช่วยชีวิต...หมอก็รักษาเต็มที่ ช่วยดูแลช่วยเต็มที่ขณะที่ป่วย ...” (U6, 63 ปี)

2.1.2 การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยต่อชีวิต ดังข้อมูล “ การปั๊ม การใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้มีลมหายใจ...” (U1, 61 ปี) “ การอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยหายใจ สมองเราอาจไม่รู้แล้ว ถ้าถอดเครื่องช่วยหายใจ ก็อาจหายใจเองไม่ได้ หมดลมหายใจ ” (U2, 65 ปี)

2.1.3 การดูแลร่างกายและจิตใจเมื่อเจ็บป่วย ดังข้อมูล “...การดูแลตัวเอง การบำรุงร่างกาย ให้ดี การดูแลสุขภาพให้ดี เพื่อให้ชีวิตยาวต่อไป...ทำจิตใจให้ดี ให้สดใส ไม่คิดอะไร ทำตัวให้สดใส ไม่โศกเศร้า ” (R2, 85 ปี) “ เมื่อเราป่วย... เราก็ต้องการสิ่งที่มาช่วยชีวิต เราให้นานที่สุด อาจเป็นการพยาบาล ...หรือกำลังใจ การดูแลที่จะช่วยชีวิตเราต่อไปได้...” (U1, 61 ปี) “... การให้กำลังใจ ดูแลอาหารการกิน การพูดคุยดี ๆ ... ก็ทำให้เขาอารมณ์ดีขึ้น ก็ทำให้เขาช่วยชีวิตได้ ถ้ามีคนให้กำลังใจ

ก็จะช่วยชีวิตได้...” (U7, 62 ปี)

2.1.4 การกระทำที่สร้างความทรมาน ดังข้อมูล “...เป็นความทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ... มันทรมานทั้งตัวเองและญาติที่ต้องมายืนดู ก็อยากให้หลับไปที่ละน้อย ...” (U2, 65 ปี) “ เป็นการทรมาน เหมือนกับมาผ่าตรงโน้น มาเจาะ มาปั๊มหัวใจ แขนงน้ำเกลือ ต้องใส่สายยาง... การรักษาแบบนี้มันทรมาน...” (U3, 68 ปี) “ การยื้อคือการทรมาน...อยากช่วยให้อยู่ แต่ก็คงจะทรมาน...ไม่อยากให้ยื้อทรมานแก ” (U5, 61ปี)

2.1.5 การสู้กับความตาย หากรอดก็เป็นปาฏิหาริย์ ดังข้อมูล “ การช่วยชีวิตขึ้นกับความตั้งใจของคนไข้...ให้คนไข้ได้ลองสู้ แม้ระยะสุดท้ายแล้วก็สู้ด้วยกัน เผื่อจะฟื้นได้... ” (R5, 65 ปี) “การช่วยชีวิต... คิดเสมอว่า ปาฏิหาริย์มีจริง ไม่ถึงคราวตาย ... ถึงแม้จะป่วยเราต้องสู้ สู้จนนาทีสุดท้าย อาจมีปาฏิหาริย์ก็ได้...” (U4, 65 ปี)

2.2 ความต้องการในการช่วยชีวิต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ จำนวน 12 ราย “ ไม่ต้องการการช่วยชีวิต ” เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วยเหตุผล 4 ประการ ดังนี้

2.2.1 เป็นภรรยาที่ลำบากที่สุดในที่สุดก็ต้องตาย ดังข้อมูล “ ไม่ต้องการการช่วยชีวิต เรายังไม่ได้ อยู่ให้คนเขาสดชื่น ลำบากเขาเปล่า ๆ ... เราไม่ได้มีหวังว่าจะหาย ถึงยื้อยังโง่สุดท้ายก็ไม่หาย ” (R1, 68 ปี) “ บอกเขาไว้แล้วว่าไม่ต้องมาทำอะไรให้แม่ ...มันเป็นการสร้างปัญหาให้ลูก ถึงเวลาเราก็ไปซะ...ไม่อยากเป็นภาระเขา ” (U3, 68 ปี)

2.2.2 เป็นสิ่งที่เจ็บปวดทรมานกายและใจ ดังข้อมูล “ ไม่ต้องการ... เอาจนนั้นเอาจนนี้มาช่วย มันทรมานทั้งกายและใจ ไม่ต้องยื้อยื้อไว้จะไปที่ไหนเลย ” (R2, 85 ปี) “...ป่วยนานให้เขารักษา ก็ทรมาน ... ระยะสุดท้ายมันทรมาน เราทรมานลูกด้วย ... ลูกก็ไม่มีความสุข เห็นแม่ทรมาน ... มันยุ่งยากหลายอย่าง ” (U3, 68 ปี)

2.2.3 มีโอกาสพินัยน้อยเนื่องจากมีอายุมากดังข้อมูล “... คิดว่าทำไปก็คงจะช่วยอะไรไม่ได้ เพราะว่าอายุมากแล้ว ร่างกายไม่ไหวแล้ว ... ถ้าอายุมากประมาณ 80 กว่าปี ก็ไม่ต้องการแล้วอายุมากแล้ว ” (R4, 71 ปี) “ อายุมากแล้ว คิดว่าวัยเราวัยมันมากแล้ว ทำไปมันคงไม่ไหว ร่างกายเราสู้ไม่ไหว ... ช่วยไว้มันก็ไม่ดีขึ้นแล้ว ” (R5, 65 ปี)

2.2.4 อยากป่วยและตายที่บ้าน ดังข้อมูล “ ไม่ต้องการให้พาไปโรงพยาบาล ให้ดูแลที่บ้านไม่ต้องการช่วยยืดชีวิต...อยากอยู่บ้าน ตายที่บ้าน ” (R5, 65 ปี) “ ไม่ต้องการ... ตอนที่แยจริงๆ ไม่ต้องการให้เขาพาไป อะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด เกิดที่บ้านตายที่บ้าน ... ไม่อยากไปนอนอยู่คนเดียว ใส่นุ่นใส่นี ” (U7, 62 ปี)

มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ต้องการให้ยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ด้วยเหตุผล คือ อาจมีโอกาสรอดชีวิตต่อไปได้อีก โดยขอให้ช่วยชีวิตก่อนหากช่วยไม่ได้ก็ปล่อยให้ตายไป ดังตัวอย่างคำพูด “ ก็ต้องการให้เขายืด เผื่อมันจะหาย เผื่อลมหายใจกลับมาอีก ก็ให้ช่วยให้ถึงที่สุดก่อน ” (R3, 70 ปี) “ ก็อยากให้หมอช่วยหากหมอช่วยสุดความสามารถแล้ว ก็แล้วแต่หมอจะช่วยให้ได้ ... เพราะถ้าหมอช่วยได้ ก็จะได้อยู่ต่อไปอีก ” (U5, 61ปี) “ ทำให้ถึงนาทีสุดท้าย ก็แบบคล้ายช่วยได้ก็ช่วยช่วยไม่ได้ก็ปล่อย... ถึงแม้ระยะสุดท้ายก็ทำ จนหมอบอกว่าไม่ไหวแล้ว จนเรารู้สึกว่าเต็มที่แล้ว หมอก็เต็มที่แล้วเราก็ตีเต็มที่แล้ว ” (U6, 63ปี)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความหมายของการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายเกี่ยวกับการยืดชีวิต ไว้ 5 ประเด็น ดังนี้

1.1 การช่วยเต็มที่เพื่อให้รอดชีวิต เนื่องจาก การช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายสามารถยืดชีวิตอยู่

ต่อได้นั้น มักเป็นการช่วยเหลือจากทั้งทีมแพทย์และพยาบาล ที่ทุ่มความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อรักษาผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ภาวะใกล้ตายให้รอดชีวิต อาจด้วยผู้ป่วยแจ้งไว้ล่วงหน้าหรือตามความต้องการของครอบครัว จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าการช่วยยืดชีวิตเป็นการช่วยอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รอดชีวิต สอดคล้องกับกรณีศึกษาของผู้ป่วยสูงอายุชาย วัย 72 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ บุตรชายคนโตและคนรอง ต้องการให้รักษาต่อให้ถึงที่สุด ด้วยคิดว่าการทุ่มเทรักษาอย่างเต็มที่อาจจะมีทางช่วยให้พ่อของตนหายจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้ (กนกพร จิวประสาท, 2558)

1.2 การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยต่อชีวิต เนื่องจากการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล มักใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น เพื่อการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (ธนิดา อินทะจักร์, ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และปิยะธิดา ขจรชัยกุล, 2561) จากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยเยี่ยมและดูแลผู้ที่อยู่ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นการกระทำเพื่อช่วยต่อชีวิตให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่กล่าวถึงความหมายของสิ่งของที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติว่า เป็นการใช้เทคโนโลยีใน 2 ประเด็น 1) เทคโนโลยียืดชีวิตและเพิ่มความทรมาน และ 2) เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย เนื่องจากการรักษาบางอย่าง เช่น การปั๊มหัวใจ การล้างไต คือการใช้เทคโนโลยีในการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน แต่บางครั้งเทคโนโลยีเหล่านี้ก็ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น ช่วยบรรเทาความทรมานจากการเหนื่อยหอบได้ (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต, 2562)

1.3 การดูแลร่างกายและจิตใจเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า การดูแล

ทั้งร่างกายและจิตใจที่ดีทั้งจากตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ร่วมกับได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือดูแลทุก ๆ ด้าน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและช่วยยืดชีวิตได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า “การดูแลให้อยู่ดี” เป็นการดูแลให้ผู้สูงอายุระยะท้ายมีความเป็นอยู่ที่ดีตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนถือเป็นการปลอบใจและให้กำลังใจกัน (อารยา ทิพย์วงศ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2562) การได้รับการดูแลและกำลังใจจากบุคคลสำคัญที่มีความผูกพัน ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภรีใจ เจริญสุข, 2556) เนื่องจากความรักและกำลังใจจากลูกหลานและญาติมิตรช่วยลดทอนความกลัวและช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางใจในช่วงท้ายของชีวิต (อนุพันธ์ ตันติวงศ์, ฝ่องพัทตร์ พิทยพันธุ์, และสุชาย สุนทรภา, 2558) และอาจช่วยยืดระยะท้ายของชีวิตให้ยืนยาวได้

1.4 การกระทำที่สร้างความทรमान ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งระบุว่า การช่วยยืดชีวิตจะมีการใช้หัตถการการรักษาต่าง ๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายให้อาหารทางสายยาง การให้สารน้ำและยาทางเส้นโลหิต การเจาะเลือด การช่วยปั๊มหัวใจ เป็นต้น การกระทำเหล่านี้มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกายซึ่งจะสร้างความทุกข์ทรमानทางกายให้กับผู้ป่วย (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ชมพูนุท ศิริรัตน์, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2563) การสอดใส่อุปกรณ์ก่อให้เกิดความเจ็บปวดไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะกับผู้ที่ไม่รู้สึกรู้ตัว ที่มักจะดิ้นรน ส่งเสียงร้อง สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอาจรับรู้ว่าการช่วยยืดชีวิตเป็นการกระทำที่สร้างความทรमान สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า การช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเป็นประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมที่สำคัญในลักษณะ “เป็นการช่วยยืดชีวิตหรือยืดความทุกข์ทรमान” เพราะการช่วยยืดชีวิตทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรमान (วนิษา พิงชมพู่, และสมพร โล่ห์สวัสดิ์กุลม, 2549)

1.5 การสู้กับความตาย หากรอดก็เป็น

ปฏิกิริยา เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยยืดชีวิต มักเป็นผู้ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและทรุดหนักลงจนอาจเสียชีวิต แต่หากผู้ป่วยรายนั้นได้รับการช่วยรักษาเพื่อยืดชีวิตจนที่สุดสามารถรอดชีวิตกลับมาได้ ก็ถือได้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่สามารถมีชีวิตอีกครั้ง จึงเป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่าการช่วยยืดชีวิตเป็นเหมือนการต่อสู้กับความตายและหากช่วยชีวิตได้ก็แสดงถึงปฏิกิริยามีจริง สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า แม้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก ครอบครัวและผู้ป่วยก็ต้องการให้ช่วยจนถึงที่สุด ขอสู้ต่อไป ต้องการให้รักษาอย่างเต็มที่แม้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยหวังว่าอาจจะมีปฏิกิริยา (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2561)

2. ความต้องการของผู้สูงอายุในการช่วยยืดชีวิตเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต “ไม่ต้องการการช่วยยืดชีวิต” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลในวัยผู้สูงอายุมักคำนึงถึงผู้อื่น โดยเฉพาะบุตรหลานผู้ที่ตนรักเป็นอันดับแรก ด้วยบุคคลในวัยนี้มักเป็นผู้ให้ ในสังคมไทยผู้สูงอายุมักอยู่ในฐานะผู้ให้มากกว่าผู้รับ (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) ดังนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงไม่ต้องการ “เป็นการสร้างความลำบาก / รบกวนผู้อื่น” ด้วยวัยสูงอายุเปรียบเหมือนวัยไม้ใกล้ฝั่งที่ใกล้จะเสียชีวิตแล้ว “ที่สุดก็ต้องตาย” นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการการช่วยยืดชีวิตเพราะ “อยากป่วย และตายที่บ้าน” ของตนเองมากกว่าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเพื่อได้อยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดิม การป่วยและตายที่บ้านสะท้อนถึงความปรารถนาของผู้สูงอายุที่จะอยู่กับครอบครัวและคนที่รักในช่วงลมหายใจสุดท้าย เพราะการอยู่บ้านทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเกื้อกูลจากลูกหลานในครอบครัวและเพื่อนบ้านในชุมชนของตน (ดุขฎี เจริญสุข, 2558) ถือได้ว่าเป็นที่ที่เอื้อต่อการตายอย่างสงบ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และคณะ, 2563) การอยู่ที่บ้านทำให้ทั้งผู้สูงอายุและบุตรหลานมีความสุขได้

มีเวลาร่วมกันเพื่อพูดคุยสื่อสารสิ่งที่ค้างคาใจหรือสิ่งที่ทำให้วิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยต้องทุกฝ่ายยอมรับความจริงของการตาย ช่วยให้ผู้ป่วยสูญเสียผ่านกระบวนการสูญเสียคนอันเป็นที่รักได้รวดเร็วขึ้น (สังวรณ์ สมบัติใหม่ และสุริยนต์สูงคำ, 2563) สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า การเตรียมให้ตายดี คือ การตายที่บ้าน เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุระยะท้ายที่อยู่กับครอบครัวที่บ้านจะได้รับการดูแลความทุกข์สบายครอบคลุมมิติทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระยะท้ายได้สูญเสียสิ่งที่ค้างคาใจ เช่น เรื่องทรัพย์สิน มรดก หรือเรื่องที่ติดค้างในใจต่าง ๆ ช่วยให้ตายอย่างสงบสบายไร้กังวล แวดล้อมด้วยญาติพี่น้องที่บ้านของตนเอง และได้รับการดูแลจากครอบครัวในการจัดการหลังการตาย (อารยา ทิพย์วงศ์, และบำเพ็ญจิตแสงชาติ, 2562) ซึ่งวัฒนธรรมของคนอีสานมีความเชื่อว่าการอยู่บ้านตนเองนั้นมีความสุขที่สุด เพราะญาติพี่น้องได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (ยอดลักษณ์ สัยลังกา, บุญมาสุนทราวิรัตน์, รัตติกรณ์ มูลเครือคำ, และจีระนันท์

สาวิยะ, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ และพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรพูดคุยกับผู้สูงอายุเรื่องความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต ขณะที่ผู้สูงอายุยังสามารถตัดสินใจได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
2. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีการพูดคุยเพื่อวางแผนการช่วยยืดชีวิต การดูแลระยะสุดท้าย และความตายที่ปรารถนา เพื่อให้สามารถพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
3. การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษามุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการตายดี การวางแผนการดูแลระยะสุดท้ายล่วงหน้า และการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยยืดชีวิต และการยุติการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 15-24.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: สันทนาการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แม จันทิพย์, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2561). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(2), 1-14.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดุชนี เจริญสุข. (2558). ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 280-295.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1) (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครราชสีมา: อินดี้อาร์ต.

- ธนิดา อินทะจักร์, ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และปิยะธิดา ขจรชัยกุล. (2561). ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(2), 163-177.
- ปกรณ ทองวิไล. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ช่วยให้เกิดการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2(5), 12-16.
- ปริญญา แร่ทอง. (2559). ประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต: ความต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 122-133.
- ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2562). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวไทย พุทธที่ตัดสินใจบัยยหรือยุติการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระยะท้ายของชีวิต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 51-62.
- ยอดลักษณ์ สัยลังกา, บุญมา สุนทรวีรัตน์, รัตติกรณ์ มูลเคือคำ, และจีระนันท์ สาวียะ. (2564). ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ความจริงกับความหวัง” มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชนอีสานตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(2), 99-117.
- วนิดา พิงชมพู่, และสมภาพ โล่ห์สวัสดิ์กุล. (2549). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก. *พยาบาลสาร*, 33(1), 177-188.
- วรรณภรณ์ พัฒนิบูลย์, จีรพันธ์ ประทุมอ่อน, และจุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 68-77.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมชาย วิริกรมย์กุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และเสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคองจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 15(ฉบับเพิ่มเติม), So38-So59.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ชมพูนุท ศิริรัตน์, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2563). คุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(4), 35-53.
- สังวรรณ สมบัติใหม่, และสุริยนต์ สูงคำ. (2563). การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมเพื่อเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 66-80.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หักกิจ, และกิตติกร นิลมานัต. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 28-41.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2558). การรักษายาผู้ป่วยวาระสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 1(3), 241-253.
- อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, และสุชา ยสุนทราภา. (2558). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพมหานคร: เอส. ที. พี.

- อภิรดี พิมเสน, วิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2562). เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 74-87.
- อารยา ทิพย์วงศ์, และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2562). วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 11-19.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). *ปฏิเสธการรักษากับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้ง อีคิวเม้นท์.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Elshamy, K. (2017). Cultural and ethical challenges in providing palliative care for cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine and Hospice Care*, SE(1), s75-s84.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Global atlas of palliative care* (2nd ed.). Retrieved October 5, 2020, from <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>