

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา
ในวาระสุดท้ายของชีวิต



นางสาวนัชพร พิพัฒน์ธนะวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS DETERMINING ADVANCE DIRECTIVE INTENTION FOR THE END OF LIFE

Miss Wanachaporn Pipattanawong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

5977626938 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS: DEATH AVOIDANCE / ESCAPE ACCEPTANCE / LOSS EXPERIENCE OF A LOVED ONE / EXPERIENCE OF SEVERE ILLNESS / SELF-RATED HEALTH / FUTURE TIME PERSPECTIVE / AGE / EDUCATIONAL LEVEL / ADVANCE DIRECTIVE INTENTION FOR THE END OF LIFE / LIVING WILL

WANACHAPORN PIPATTANAWONG: FACTORS DETERMINING ADVANCE DIRECTIVE INTENTION FOR THE END OF LIFE. ADVISOR: NIPAT PICHAYAYOTHIN, Ph.D., pp.

The purpose of the study was to investigate factors determining advance directive intention for the end of life. The factors consist of knowledge of advance directive for the end of life, death avoidance, escape acceptance, a loss experience of a loved one, an experience of one's severe illness, an experience of intimate's severe illness, self-rated health, future time perspective, age, and educational level. Participants were 204 Thai aged 18-74 ($M = 39.860 \pm 15.251$ years) living in Bangkok Metropolitan Region or Chiang Mai, and reported knowing the term 'advance directive for the end of life'. Participants were asked to complete either paper or online survey. Multiple regression analysis was used to examine the associations between the factors and advance directive intention for the end of life.

The results showed that all the factors together explain 11 percent variance on advance directive intention for the end of life. Advance directive intention for the end of life negatively correlates with death avoidance ($\beta = -.203, p = .005$) and positively correlates with age ($\beta = .267, p = .001$). The result revealed a barrier to advance directive intention, death avoidance, which could be applied as a guideline to facilitate people to complete an advance directive for the end of life.

Field of Study: Psychology

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากคณาจารย์ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอแสดงความขอบพระคุณต่อท่านทั้งหลาย ดังต่อไปนี้

งานวิจัยนี้จะเสร็จสมบูรณ์ได้ หากขาดการสนับสนุนและการให้คำแนะนำจาก อาจารย์ ดร. นิปทม์ พิชญโยธิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้การทำวิจัยด้วยตนเอง ตลอดจนคอยชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง และเสริมแรงกายและใจให้ผู้วิจัยได้สร้างผลงานวิจัยออกมาได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญคำภีร์ และอาจารย์ แพทย์หญิง ณิชฐา พูลเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัย และขอขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติที่เคารพรัก ที่คอยสนับสนุนการศึกษาของผู้วิจัย ตลอดจนกำลังใจในการก้าวต่อไป และเพื่อน ๆ สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่กันตลอดจนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนอุดหนุน การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ผู้วิจัยจึงได้รับการอุดหนุนค่าเล่าเรียนตลอดระยะเวลาการศึกษาในระดับมหาบัณฑิตนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่ พันตรีวัฒนา ญาณโรจน์ (คุณตา) และนางฝนทอง องค์กรพัฒน์ (คุณป้า) ของผู้วิจัย ผู้ประสบกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย.....	7
หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	29
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	30
สมมติฐานการวิจัย.....	31
ขอบเขตการวิจัย.....	31
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	32
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	35
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย	50
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์โมเดล และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	56
ผลการวิเคราะห์โมเดลการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)	58
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย	60
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	65
ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้	68
.....	70
รายการอ้างอิง	70
ภาคผนวก	74
ภาคผนวก ก เหตุผลประกอบสำหรับการไม่ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของคนใน ครอบครัวหรือคนสนิท	74
ภาคผนวก ข ข้อมูลกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรอายุต่อตัวแปรอื่น ๆ	75
ภาคผนวก ค ข้อมูลกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคล ใกล้ชิดต่อตัวแปรการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ	75
ภาคผนวก ง เอกสารให้ความรู้หลังจากตอบแบบสอบถาม	76
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	77
ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	78
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	79

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มผู้ที่มีความรู้สูง(กลุ่มสูง)และความรู้ต่ำ(กลุ่มต่ำ) (N = 92).....	39
ตารางที่ 2 แสดงความถี่และร้อยละของคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย (N = 204).....	51
ตารางที่ 3 ข้อกระทงที่เนื้อหา “ถูกต้อง ”(N = 204).....	54
ตารางที่ 4 ข้อกระทงที่เนื้อหา “ผิด” (N = 204).....	55
ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปร (N = 204).....	56
ตารางที่ 6 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (N = 204).....	57
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดง เจตนาฯ (N = 204).....	59

สารบัญรูปร่าง

ภาพที่ 1 แบบจำลองในอุดมคติของทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม
เกี่ยวกับเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์กับสังคมตลอดช่วงชีวิตของบุคคล
(Carstensen et al., 1999)..... 9



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน แพทยสมาคมโลก (World Medical Association) และหลายประเทศทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สิงคโปร์ ได้ให้การยอมรับและมีการออกกฎหมายรับรอง “สิทธิการปฏิเสธการรักษา” อันเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเจ้าของชีวิตจะได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งสิทธินี้สอดคล้องกับจริยธรรมทางการแพทย์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ในส่วนของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558) ได้กล่าวถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 12 ซึ่งได้ระบุถึงสิทธิของประชาชนชาวไทยประการหนึ่ง ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

จากเนื้อความข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่า ประเทศไทยนั้นได้มีการออกกฎหมายรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาแล้ว โดยบุคคลสามารถใช้สิทธิดังกล่าวผ่านการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขได้

สิทธิปฏิเสธการรักษานี้เป็นเรื่องของสิทธิของบุคคลที่จะแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาใด ๆ แล้ว จะไม่ขอยื้อชีวิตจากเครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ แต่จะขอจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ (passive euthanasia) โดยบุคคลนั้นจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความทรมานไปเรื่อย ๆ จนถึงลมหายใจสุดท้าย ความจำนนนี้จะได้รับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อบุคคลนั้นยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ซึ่งในต่างประเทศได้เรียกหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตดังกล่าวนี้ว่า Advance Directive หรือ Living Will หนังสือแสดงเจตนาฯ นี้สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลง ระบุการใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้ได้ตลอดเวลาตามที่เจ้าของชีวิตต้องการ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การที่บุคคลได้ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขนั้น มีประโยชน์ต่อตัวบุคคล ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อยู่หลายประการ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; 2559)

1. บุคคลสามารถแสดงถึงวิธีการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการไว้ล่วงหน้า เพื่อถึงวันหนึ่งที่บุคคลนั้นไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้แล้ว หรือไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว
2. บุคคลยังมีอิสระที่จะแสดงความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้านหรือต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. เป็นโอกาสที่บุคคลจะได้สื่อสารหรือพูดคุยสิ่งต่าง ๆ กับผู้อื่นในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ เช่น การรำลา หรือแสดงความต้องการในวาระสุดท้ายที่แท้จริงของตน อีกทั้งผู้ป่วยอาจได้รับการเยียวยาทางจิตใจในช่วงสุดท้ายนี้
4. เมื่อบุคคลอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคองจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ
5. บุคคลไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ กล่าวคือไม่ทำให้วาระการตายยืดยาวออกไปโดยไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การปฏิเสศการปั๊มหัวใจเมื่อร่างกายอ่อนแอ การไม่ขอเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น
6. ช่วยลดความขัดแย้งในความคิดเห็นของญาติในเรื่องการตัดสินใจในวิธีการรักษาผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยสามารถแต่งตั้งให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนตนได้
7. ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความจำนงได้ด้วยตนเอง
8. ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการรักษาพยาบาลที่เกินจำเป็น และไม่ทำให้ต้องทรมานทรัพย์สินของทั้งผู้ป่วยและญาติไปยังการรักษาครั้งนี้เป็นจำนวนมาก
9. ลดความกังวลของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาว่าต้องรักษาให้หายขาด เพราะภาวะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยด้วยว่าต้องการการรักษาแบบใด บุคลากรทางการแพทย์จึงสามารถกระทำการรักษาตามที่ผู้ป่วยได้แสดงความจำนงไว้ซึ่งไม่ถือว่าผิดกฎหมาย ดังคำพิพากษาศาล

ปกครองสูงสุด กรณีกฎกระทรวงตามมาตรา 12 วันที่ 18 มิถุนายน 2558 ซึ่งได้ระบุว่าผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงมิได้ทอดทิ้งผู้ป่วย แต่ยังให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา และ 10. ลดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกินจำเป็นในระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลสามารถใช้ทรัพยากรต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ยังมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ เพราะมีจำนวนเตียงเพียงพอในการให้บริการ

แม้ว่าประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จะมียุติงกล่าวข้างต้น อีกทั้งมาตรา 12 ก็มีผลบังคับใช้ในประเทศไทยแล้ว จากการทบทวนงานวิจัยไทยกลับยังพบการขาดความรู้ในเรื่องของมาตรา 12 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทย (ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556; อภิชาติ รอดสม จุรีรัตน์ กิจสมพร และ จุฬารัตน์ หัวหาญ, 2558)

นอกจากนี้ แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2550) ได้กล่าวว่าเมื่อกฎหมายมาตรา 12 ได้ออกสู่การใช้งานจริง สื่อมวลชนรวมถึงองค์กรหลายแห่งได้ตีความมาตรา 12 แล้วเสนอข่าวว่าประเทศไทยกำลังยอมรับการทำการุณยฆาต ซึ่งเหตุการณ์นี้ทำให้หลายภาคส่วนเกิดความสับสนและเข้าใจผิดเกี่ยวกับมาตรา 12 ว่าเป็นการุณยฆาต (mercy killing; active euthanasia) ซึ่งหมายถึงการขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยา จนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อหยุดความทุกข์ทรมานของร่างกาย (Annadurai, Danasekaran, & Mani, 2014) และจากงานวิจัยไทยที่ศึกษาในกลุ่มของพยาบาล ยังพบการมีความเชื่อที่ผิดต่อมาตรา 12 ด้วยอีกเช่นกันว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ คือเรื่องเดียวกับการทำการุณยฆาต และนอกจากนี้ยังมีความเชื่อที่ผิดว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว บุคลากรทางการแพทย์มีสิทธิตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้เครื่องยื้อชีวิต (อภิชาติ รอดสม และคณะ, 2558)

นอกจากเรื่องการขาดความรู้และการมีความเชื่อที่ผิดต่อมาตรา 12 แล้ว งานวิจัยของไทยในประเด็นเรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังมีจำนวนน้อย อีกทั้งส่วนใหญ่พบเพียงงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงวัย ทั้งกลุ่มประชากรปกติ และกลุ่มผู้ป่วย (ที่เป็นโรคเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะสุดท้าย) และบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น งานวิจัยที่ได้ศึกษาโดยรวมกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยอื่น ๆ ไปด้วย จึงยังไม่พบเห็นมากนัก ซึ่งอาจให้ข้อค้นพบบางอย่างที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการเข้าใจความคิดเห็นของคนในสังคมต่อประเด็นเรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ เรื่องนี้

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นตลอดจนถึงกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ อ้างอิงจากแนวคิดของ Carstensen (2006) ที่กล่าวถึงใจความสำคัญของทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ว่าการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) ส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายของบุคคล โดยบุคคลที่อายุน้อยมีแนวโน้มจะรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายาว ในทางกลับกัน บุคคลที่อายุเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มจะรับรู้เวลาที่เหลือในชีวิตนั้นว่าจำกัด อาจเนื่องด้วยประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนพบเจอ เช่น โศกนาฏกรรมตึกเวิร์ลเทรดเซ็นเตอร์ถล่ม 911 การประสบกับโรค SARS ในฮ่องกง (Fung & Carstensen, 2006) ดังนั้นบุคคลจึงมีแรงจูงใจที่จะทำตามเป้าหมายที่สนองต่ออารมณ์ในด้านบวกหรือความพึงพอใจในชีวิตในทันที อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงทดลองต่าง ๆ ได้จัดกระทำหรือควบคุมให้บุคคลมีการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตให้เท่ากัน พบว่าบุคคลในแต่ละช่วงอายุนั้นไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใด ถ้าบุคคลเหล่านั้นมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันหรือร่วมกัน เช่น การประสบภัยพิบัติ จนทำให้มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่เท่ากัน เป้าหมายชีวิต และการทำพฤติกรรมเพื่อเป้าหมายชีวิตก็อาจมีแนวโน้มไม่ต่างกัน

จากทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม และงานวิจัยข้างต้น ที่กล่าวว่าการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ส่งผลต่อการตัดสินใจกระทำบางอย่างเพื่อสนองเป้าหมายของชีวิต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้ใหญ่ตอนต้นและผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุน่าจะมีการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตต่างกัน แต่ประสบการณ์ชีวิต เช่น การเจ็บป่วย อาจทำให้บุคคลต่างวัยรับรู้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตเท่ากัน และอาจทำให้บุคคลไม่ว่าวัยใดมีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษาการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ครอบคลุมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปจนถึงผู้ใหญ่ตอนปลายรวมถึงวัยสูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยของไทยและต่างประเทศพบว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหรือคุณลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยแรก คือความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่ง Morrison and Meier (2004) ได้พบว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ามีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่มีคะแนนดังกล่าวน้อยกว่า นอกจากนี้ Alano et al. (2010) พบว่าผู้ที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ (Ko & Lee, 2014)

หากกล่าวถึงประเด็นเรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ นั้นคงไม่พ้นการกล่าวถึงความตาย เพราะหนังสือประเภทนี้มีผลใช้เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือใกล้ความตายนั่นเอง ทักษะคติเกี่ยวกับความตายจึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้วิจัยมากมายได้นำมาศึกษาปรากฏการณ์การตัดสินใจทำหนังสือเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และการมองความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา เป็นสององค์ประกอบของทักษะคติเกี่ยวกับความตายที่นักวิจัยต่าง ๆ ได้นำมาศึกษาความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยผู้ที่มีคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายสูงมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Carr & Khodyakov, 2007; Lynn, Curtis, & Lagerwey, 2016) และผู้ที่มีคะแนนการมองความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาสูงมีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Lynn et al., 2016)

ปัจจัยถัดมา คือประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตลอดจนการมีประสบการณ์ทางตรงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหนักของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สมาชิกในครอบครัว (Carr, 2012; Carr & Khodyakov, 2007; Luth, 2016; Matsui, 2007) การที่ตนเคยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การที่เคยใส่ท่อหรือเครื่องช่วยหายใจ การเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ หรือการเข้ารับการรักษาในหน่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วยขั้นวิกฤต (ICU) (Alano et al., 2010; Carr & Khodyakov, 2007; Ko & Lee, 2014; Morrison & Meier, 2004) หรือความเจ็บป่วยหนักของ เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว (Matsui, 2007; Morrison & Meier, 2004; ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556) ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยประสบการณ์ทางตรงความเจ็บป่วยหนักของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังให้ผลการศึกษาที่หลากหลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจว่าปัจจัยทั้งประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองและประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือไม่อย่างไร

นอกจากปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองและประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยต้องสำรวจเพิ่มเติม เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ให้ผลการศึกษาที่หลากหลายหรือมีงานวิจัยจำนวนน้อย ซึ่งจะกล่าวตามปัจจัยต่อไปนี้

ในส่วนของปัจจัยความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายและการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แต่ละงานวิจัยมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันไป (Carr & Khodyakov, 2007; Kim, 2011; Morrison & Meier, 2004; Sahm, Will, & Hommel, 2005; Srinonprasert et al., 2014) แต่ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าผู้ที่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองในทางลบอาจมีแนวโน้มในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ก็เป็นไปได้

ปัจจัยถัดมา คือการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) จากทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ช่วยอธิบายว่าการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) ส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายในการใช้ชีวิต และลักษณะบุคคลที่ตนจะมีปฏิสัมพันธ์ด้วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) งานวิจัยของ Luth (2016) มีสมมติฐานการวิจัยว่าผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายืนยาว มีแนวโน้มที่จะไม่มีการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐาน แต่อีกผลการศึกษาหนึ่งในงานวิจัยเดียวกัน ก็พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัดก็มีแนวโน้มที่จะไม่มีการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเช่นกัน เนื่องจากผลการศึกษาที่หลากหลายและยังพบการศึกษาเป็นจำนวนน้อยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวเช่นกัน

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะของบุคคลและการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ คือ ปัจจัยเรื่องอายุ ผลการวิจัยออกมาว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Alano et al., 2010; Lynn et al., 2016; Sahm et al., 2005) แต่ก็มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่ให้ผลการศึกษาแตกต่างออกไป ตลอดจนไม่พบความสัมพันธ์ของอายุกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Kim, 2011; Morrison & Meier, 2004; Srinonprasert et al., 2014) และปัจจัยสุดท้าย คือระดับการศึกษา ซึ่งก็มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เช่นกัน บางงานวิจัยพบว่าผู้ที่

มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Alano et al., 2010; Carr & Khodyakov, 2007) แต่ก็มีงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป ตลอดจนไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน (Kim, 2011; Lynn et al., 2016; Matsui, 2007; Srinonprasert et al., 2014)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาตัวแปรเหล่านี้เพื่อช่วยตรวจสอบและยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้กับการทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ ดังนั้น งานครั้งนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงผู้ใหญ่ตอนปลายตลอดจนถึงวัยสูงอายุ โดยจากการทบทวนงานวิจัย ปัจจัยที่จะศึกษาความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ และปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่อธิบายการตัดสินใจทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทสังคมไทยได้ไม่มากนักน้อย โดยกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจคือกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตลอดจนถึงจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีความเป็นสังคมเมือง (Urbanization) (Srikam, 2006) และมีความเจริญในหลาย ๆ ด้าน ผู้วิจัยจึงสนใจว่ากลุ่มคนในสังคมเมืองเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาฯ ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตมากน้อยเพียงใด

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

ทฤษฎีที่นำมาใช้ประกอบในการวิจัยครั้งนี้คือ ทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ซึ่งกล่าวถึงการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) ที่ส่งผลให้บุคคลตั้งเป้าหมายต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งโดยทั่วไป ผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัดมักจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก และผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายาวนานมักจะเป็นผู้ที่

มีอายุน้อย แต่ในบางครั้ง หากบุคคลพบเจอสถานการณ์บางอย่างร่วมกัน ผู้ที่มีอายุมากก็อาจมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายืนยาว หรือผู้ที่มีอายุน้อยก็อาจมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัดได้ (Carstensen, 2006)

จากงานวิจัยนี้ การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นอีกหนึ่งในเป้าหมายชีวิตของบุคคลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของอายุต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี ดังนี้

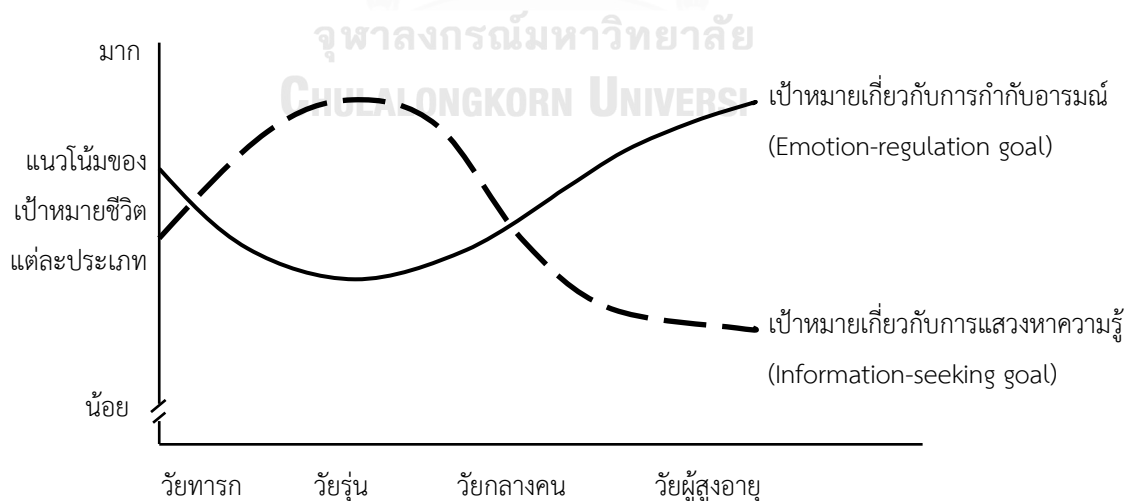
ทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory)

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Carstensen (1995) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ว่าเป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเลือกสังคมที่บุคคลนั้นต้องการจะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่าง ๆ ที่บุคคลตั้งไว้ การที่บุคคลเข้าไปปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ตนต้องการนั้นสืบเนื่องมาจากหลาย ๆ เป้าหมายของบุคคลนั้น ตั้งแต่เป้าหมายที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การเอาตัวรอดเพื่อรักษาชีวิตตนเองให้พ้นจากอันตราย จนถึงเป้าหมายทางจิตใจ เช่น การพัฒนาเจตคติเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) การควบคุมอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นต้น โดยการตั้งเป้าหมายต่าง ๆ นั้นมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญ กล่าวโดยสรุปคือ ทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแรงจูงใจภายในบุคคลในการตั้งเป้าหมายต่าง ๆ ในชีวิต โดยมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่เป็นปัจจัยกำกับในการสร้างแรงจูงใจในการคิดและวางแผนเป้าหมายในชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกลักษณะของบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วยเพื่อตอบสนองเป้าหมายนั้น ๆ (Carstensen et al., 1999; English & Carstensen, 2015)

ทฤษฎีนี้เสนอว่าการตั้งเป้าหมายต่าง ๆ นั้น ประสบการณ์ในชีวิตนั้นมีส่วนสำคัญต่อบุคคล แต่การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่นั้นเป็นหัวใจสำคัญในการตั้งเป้าหมายการใช้ชีวิตในภาพรวมของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่จำกัด (limited) บุคคลนั้นจะมุ่งหรือให้ความสำคัญไปที่เป้าหมายระยะสั้นหรือเป้าหมาย ณ ปัจจุบัน หรือการตอบสนองความต้องการในทันที (present-oriented) เช่น ภาวะอารมณ์ ซึ่งโดยส่วนมากมีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในช่วงผู้ใหญ่อ่อน

ปลาย ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ลดลง หรือไม่ได้ต้องการทำความรู้จักสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายมากเหมือนก่อน แต่มุ่งเน้นไปที่การตอบสนองอารมณ์ของตน การทำให้ตนมีอารมณ์ทางบวก การหลีกเลี่ยงอารมณ์ทางลบ หรือการทำให้ตนรู้สึกดีหรือมีความพึงพอใจ ดังนั้น เป้าหมายของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นไปในลักษณะของการควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ (Emotion-regulation goal) ซึ่งสะท้อนถึงสังคมที่บุคคลเหล่านี้ต้องการเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วย นั่นคือ สังคมเดิม ๆ หรือผู้ที่บุคคลมีความไว้วางใจหรือสนิทใจ ที่สามารถทำให้บุคคลนั้นบรรลุเป้าหมายทางอารมณ์ได้ ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายาวนาน (expansive) บุคคลนั้น จะให้ความสำคัญกับเป้าหมายระยะยาว ซึ่งโดยส่วนมากมีแนวโน้มเป็นวัยรุ่นหรือผู้ที่อยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอยู่ในช่วงวัยของการรับกับความท้าทาย และการทดลอง เรียนรู้ และพัฒนาชีวิตต่อไป (future-oriented) บุคคลที่รับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายาวนาน จะจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ของตนที่เอื้อต่อการรับมือสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต ดังนั้น เป้าหมายของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นไปในลักษณะของการสำรวจสิ่งแวดล้อมและแสวงหาความรู้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลความรู้แล้วนำไปใช้ (Information-seeking goal) เป้าหมายของบุคคลกลุ่มนี้จึงสะท้อนถึงสังคมที่บุคคลเหล่านี้ต้องการเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วย นั่นคือ สังคมใหม่ ๆ หรือผู้คนที่หลากหลายเพื่อสร้างเครือข่ายสังคมแห่งการแลกเปลี่ยนความรู้ (Carstensen, 1995; Carstensen et al., 1999; English & Carstensen, 2015; Löckenhoff & Carstensen, 2004)



ภาพที่ 1 แบบจำลองในอุดมคติของทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม
เกี่ยวกับเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์กับสังคมตลอดช่วงชีวิตของบุคคล

(Carstensen et al., 1999)

ในงานวิจัยของ Fredrickson and Carstensen (1990) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเมืองซานฟรานซิสโกและลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ถึง 92 ปี จำนวน 380 คน โดยได้ให้สถานการณ์จำลองว่า “หากคุณมีเวลาว่าง 30 นาที และไม่มีเวลาผูกมัดกีดกันใด (open-ended) คุณจะเลือกใครเข้ามาร่วมสนทนาหรือใช้เวลาด้วยกัน ระหว่างคนในครอบครัว คนรู้จักที่เพิ่งเคยพบเจอที่มีอะไรหลาย ๆ อย่างเหมือนกันกับคุณ หรือผู้แต่งหนังสือที่คุณได้อ่านมา” โดยคนในครอบครัวเป็นคนที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยซึ่งสะท้อนถึงความต้องการทางอารมณ์และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างนั้น คนรู้จักที่เพิ่งเคยพบเจอที่มีอะไรหลาย ๆ อย่างเหมือนกันสะท้อนถึงการสร้างเครือข่ายเพื่ออนาคต และผู้แต่งหนังสือที่คุณได้อ่านมาสะท้อนถึงความต้องการได้มาซึ่งความรู้ของกลุ่มตัวอย่างนั้น แต่ในการวิเคราะห์ผลนั้นจะรวมคนที่เพิ่งเคยพบเจอและผู้แต่งหนังสือเป็นตัวแทนของบุคคลใหม่ ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคต (Information-seeking goal) ส่วนคนในครอบครัวเป็นตัวแทนของบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยแล้ว ต้องการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อตอบสนองทางอารมณ์ (Emotion-regulation goal) ผลการศึกษาคือโดยรวมแล้ว ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าได้เลือกบุคคลทั้ง 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน และผู้ที่มีอายุมากกว่าได้เลือกเพียงผู้ที่ตนมีความคุ้นเคยในการที่จะเข้าร่วมสนทนาด้วย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์จำลองที่เพิ่มความจำกัดในเรื่องเวลา คือมีเวลาใช้ชีวิตกับคนสนิทน้อยลง ดังว่า “หากเหลือเวลาอีก 1-2 สัปดาห์ คุณจะต้องอพยพไปอยู่ต่างประเทศโดยไม่มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนไปด้วย คุณจะเลือกใครระหว่างบุคคลทั้ง 3 กลุ่มข้างต้นที่จะไปกับคุณด้วย” ผลการศึกษาคือทั้งผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือมากกว่านั้นต่างเลือกผู้ที่ตนเองคุ้นเคยเหมือนกัน

ในงานวิจัยของ Fung, Carstensen, and Lutz (1999) ได้ดำเนินกระบวนการวิจัยที่คล้ายกันกับงานวิจัยของ Fredrickson and Carstensen (1990) แต่เป็นในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเมืองซานฟรานซิสโก รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา อายุตั้งแต่ 8 ถึง 93 ปี (อายุมัธยฐาน 45.7 ปี) จำนวน 402 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า จำนวน 206 คน อายุ 8 ถึง 45 ปี (อายุมัธยฐาน 30.1 ปี) และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า จำนวน 196 คน อายุ 46 ปีขึ้นไป (อายุมัธยฐาน 62 ปี) ในสถานการณ์ที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะเลือกลักษณะบุคคลที่คุ้นเคยในการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วยตามทฤษฎี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าจะเลือกบุคคลทั้ง 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน ดังเช่นผลของงานวิจัยก่อนหน้า และในงานวิจัยนี้ยังให้สถานการณ์จำลองที่ทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่านั้นมีการรับรู้เวลาในอนาคตหรือเวลาชีวิตที่เหลืออยู่นั้นว่า

ยืนยาว โดยให้สถานการณ์จำลองแก่กลุ่มตัวอย่างว่า “คุณได้รับโทรศัพท์จากแพทย์ บอกว่าในวงการแพทย์ มียาตัวใหม่ที่จะทำให้อายุของคุณยืนยาวขึ้นอีก 20 ปี” ผลปรากฏว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่านั้นกลับมีแนวโน้มที่จะไม่เลือกบุคคลที่คุ้นเคยดั้งเดิม แต่กลับเลือกลักษณะบุคคลใหม่ ๆ ที่เข้าจะไปปฏิสัมพันธ์คล้ายกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าตามทฤษฎี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าจะเลือกบุคคลทั้ง 3 กลุ่มเท่า ๆ กันดั้งเดิม

โดยทั่วไปแล้ว อายุที่มากขึ้นมีแนวโน้มสอดคล้องกับการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่แบบจำกัด แต่จากตัวอย่างงานวิจัยข้างต้นที่ให้สถานการณ์จำลองที่ทำให้บุคคลรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัดหรือยืนยาวนั้น ทำให้การตัดสินใจเลือกประเภทบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลในแต่ละวัยนั้นไม่มีความแตกต่างกัน

นอกจากการให้สถานการณ์จำลองแล้ว การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำได้ให้ผลการศึกษาที่น่าสนใจเช่นกัน Carstensen and Fredrickson (1992 อ้างถึงใน Carstensen, 1995) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยแต่ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและผู้ที่มีอายุมาก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ตัดสินใจเลือกสังคมที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์เช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุมาก และพบผลการศึกษาที่คล้ายกันในผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคมะเร็ง (Kin & Fung, 2004 อ้างถึงใน Fung & Carstensen, 2006) และกลุ่มวัยรุ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มวัยรุ่นอันธพาล (Liu & Fung, 2005 อ้างถึงใน Fung & Carstensen, 2006)

Carstensen (1995) ได้ให้ตัวอย่างเพิ่มเติมในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยกล่าวถึงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชายรักชายที่มีเชื้อ HIV ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอพรานชิโก จำนวน 120 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ผลการตรวจเชื้อ HIV ออกมาเป็นลบ จำนวน 40 คน กลุ่มที่ผลการตรวจเชื้อ HIV ออกมาเป็นบวกแต่อาการทางกายยังไม่ปรากฏ จำนวน 40 คน และกลุ่มที่ผลการตรวจ HIV ออกมาเป็นบวกและมีอาการทางกายแล้ว จำนวน 40 คน ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ กลุ่มที่ผลการตรวจเชื้อ HIV ออกมาเป็นลบมีความต้องการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเหมือนกลุ่มประชากรทั่วไปตามอายุ กล่าวคือ กลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใหม่ ๆ มากกว่า และกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยมากกว่า สำหรับกลุ่มที่ผลการตรวจเชื้อ HIV ออกมาเป็นบวก แต่อาการทางกายยังไม่ปรากฏ มีแนวโน้มที่จะไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมคล้ายกับกลุ่มประชากรปกติที่เป็นผู้ใหญ่ตอนกลาง และกลุ่มที่ผลการตรวจ HIV ออกมาเป็นบวกและมีอาการทาง

ภายหลัง มีแนวโน้มที่จะไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยมากกว่าเช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุมาก กล่าวคือ 2 กลุ่มแรกนั้นการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่มีแนวโน้มเป็นไปตามอายุ และกลุ่มที่ผลการตรวจ HIV ออกมาเป็นบวกและมีอาการทางกายแล้ว ซึ่งมีประสบการณ์ใกล้วาระสุดท้ายของชีวิตมากกว่า มีแนวโน้มจะรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัด ดังนั้น การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อันส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายในชีวิตนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่ปัจจัยด้านประสบการณ์ของแต่ละบุคคลก็มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่ง Carstensen and Fredrickson (1998) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชายรักชายที่มีเชื้อ HIV อีกครั้ง แล้วก็พบผลการศึกษาที่เหมือนกัน

ไม่เพียงแต่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ หรือการได้รับสถานการณ์จำลองเท่านั้น การที่บุคคลมีประสบการณ์ส่วนตัว หรือพบเจอเหตุการณ์จริงทั้งระดับจุลภาคหรือมหภาค ที่ทำให้มีการรับรู้เวลาที่จำกัดหรือเวลาชีวิตที่เหลืออยู่ที่จำกัด ก็สามารถทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์เช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุมาก อาทิ การศึกษาของ Fung et al. (1999) ในกลุ่มตัวอย่างชาวฮ่องกงที่เคยอยู่ใต้การปกครองของสหราชอาณาจักร แต่เมื่อมีสื่อประโคมข่าวเกี่ยวกับการกำหนดวันอย่างเป็นทางการ (1 กรกฎาคม ค.ศ. 1997) ที่ฮ่องกงจะอยู่ภายใต้การปกครองของสาธารณรัฐประชาชนจีนที่อาจจะทำให้วิถีชีวิตของคนฮ่องกงเปลี่ยนไปเหมือนจุดสิ้นสุด อาทิ อีสราฟในการใช้ชีวิต การเมืองการปกครองที่เปลี่ยนไป คณะผู้วิจัยนี้ได้เก็บข้อมูล 2 เดือนก่อนการเปลี่ยนแปลง พบว่าชาวฮ่องกงทั้งผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนปลายต่างเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Fung et al. (1999) ซึ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างชาวฮ่องกงชุดเดียวกัน ในช่วง 1 ปีก่อนจะถึงวันที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบุคคลมีการเลือกประเภทบุคคลที่อยากเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์สอดคล้องตามอายุอ้างอิงจากทฤษฎี นอกจากนี้ Fung et al. (1999) ยังได้เก็บข้อมูลติดตามต่อไป 1 ปีหลังจากผ่านการเปลี่ยนแปลง โดยคาดว่าความรู้สึกเหมือนจุดสิ้นสุดจากเหตุการณ์ดังกล่าวจะหมดไปแล้ว กล่าวคือชาวฮ่องกงจะกลับมาเลือกบุคคลที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วยตามอายุของตนตามทฤษฎีเหมือนกับผลการศึกษาที่เคยได้เก็บข้อมูลในช่วง 1 ปีก่อนการเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานคือ ในสถานการณ์ที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะเลือกลักษณะบุคคลที่คุ้นเคยในการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วยตามทฤษฎี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าจะเลือกบุคคลทั้ง 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน และเมื่อมีสถานการณ์จำลองให้มีการรับรู้เวลาอย่างจำกัด (ในกรณีนี้คือการเปลี่ยนแปลงการปกครองในฮ่องกง) พบว่าทั้งผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือมากกว่านั้นเลือกผู้ที่ตนเองคุ้นเคยเหมือนกัน

นอกจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในฮ่องกงที่ทำให้มีการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่แบบจำกัดแล้ว จากงานวิจัยของ Fung and Carstensen (2006) ซึ่งทำการศึกษาในชาวฮ่องกง ประสบการณ์ระดับมหภาคอย่างเช่น เหตุการณ์ 911 (การก่อการจลาจลในวันที่ 11 กันยายน ค.ศ. 2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค SARS ในฮ่องกง (มีนาคมถึง มิถุนายน ค.ศ. 2003) ก็พบความสัมพันธ์ต่อการเลือกลักษณะบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วย เช่นเดียวกันกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยเดียวกับ Fredrickson and Carstensen (1990) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์ 911 ซึ่งเป็นเหตุการณ์จลาจลที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลกรวมถึงฮ่องกงด้วย ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเหตุการณ์ 911 (กรกฎาคม ค.ศ. 1998) กลุ่มตัวอย่างยังมีการเลือกลักษณะบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ตามอายุสอดคล้องกับทฤษฎี แต่เมื่อได้วัดกลุ่มตัวอย่างชาวฮ่องกงอีกกลุ่มหนึ่งหลังจากเหตุการณ์ 911 (23-25 กันยายน ค.ศ. 2001) พบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยเช่นเดียวกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า และเมื่อได้วัดกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มหนึ่งจากเหตุการณ์ 911 (4 เดือนหลังจากเหตุการณ์นั้น: 14-22 มกราคม ค.ศ. 2002) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้กลับไปเลือกบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ตามอายุสอดคล้องกับทฤษฎีดั้งเดิม เช่นเดียวกับการศึกษาในเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโรค SARS พบว่าในช่วงที่มีการระบาด (27 มีนาคม – 14 เมษายน ค.ศ. 2003) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะเลือกการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่คุ้นเคยเช่นเดียวกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า และหลังจากการแพร่ระบาดค่อย ๆ บรรเทาลง (27 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน ค.ศ. 2003) ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันได้เลือกลักษณะบุคคลที่จะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ตามอายุดังทฤษฎี

โดยสรุปแล้ว อายุสามารถเป็นตัวแทนของเวลาที่เหลืออยู่ กล่าวคือ เมื่อบุคคลอายุมากก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เวลาที่เหลืออยู่นั้นจำกัด และเมื่อบุคคลอายุน้อยก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เวลาที่เหลืออยู่นั้นยังยืนยาว อย่างไรก็ตาม การรับรู้เวลาที่เหลืออยู่เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นไปตามอายุเสมอไป แต่อาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์จำลองที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่แบบยืนยาวหรือจำกัด (สำหรับในการวิจัย) นอกจากนี้อาจขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ หรือมีประสบการณ์จริงต่อเหตุการณ์บางอย่าง ซึ่งทำให้แต่ละบุคคลนั้นมีการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่แตกต่างกัน อันจะส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายชีวิตตลอดจนลักษณะของบุคคลที่ตนจะเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วยเพื่อการบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ (Carstensen, 2006)

จากทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม ผู้วิจัยมีความสนใจว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า กล่าวอีกนัยคือเป็นผู้ที่มีแนวโน้มในการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัด อาจมีความเป็นไปได้ที่จะมีการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องมาจากกระบวนการทางปัญญาหรือแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการรับรู้เวลาชีวิตว่าจำกัด นั้นโน้มนำให้เกิดความตั้งใจที่จะทำบางอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัดนี้อาจเกิดจากอายุที่มากขึ้นซึ่งทำให้รู้สึกว่าจะเข้าใกล้ความตายมากขึ้น ผสมผสานกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์การพบเจอบุคคลหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยหนักจนทรมาน การมีประสบการณ์ที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต ประสบการณ์การได้รับความรู้และข้อดีเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การพบเห็นบุคคลที่รู้จักทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นต้น อันส่งเสริมให้บุคคลนั้น ๆ มีแนวโน้มในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัดได้ หากมีประสบการณ์ชีวิตทางตรงหรือทางอ้อมที่ทำให้รู้สึกว่าเวลาชีวิตของตนเองนั้นเหลือน้อย โดยอาจส่งผลให้มีแนวโน้มในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้เช่นกัน

หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive) หรือ พินัยกรรมชีวิต (Living Will) คือข้อความหรือลายลักษณ์อักษรที่บุคคลได้แสดงถึงรูปแบบหรือแนวทางการรักษาทางการแพทย์ที่ตนเองต้องการไว้ล่วงหน้า หรืออาจแสดงถึงการไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ไม่เกิดประโยชน์กับตนเองและเกินความจำเป็น หรือเป็นไปได้เพียงเพื่อการยืดชีวิต ซึ่งการได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีขึ้นเพื่อที่ว่าเมื่อบุคคลนั้นไม่สามารถตัดสินใจหรือประกาศความจำนงเรื่องแนวทางการรักษาได้ด้วยตนเองอีกต่อไป หนังสือแสดงเจตนาฯ นี้จะเป็นตัวแทนของบุคคลนั้น อาทิ ในกรณีที่บุคคลได้ประสบกับโรคร้ายหรืออุบัติเหตุรุนแรง ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นจะได้ดำเนินการรักษาตามความต้องการที่บุคคลนั้นได้บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (National Institute on Aging, 2016)

โดยทั่วไป หนังสือแสดงเจตนาฯ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามประเภทบุคคลที่ตัดสินใจในกระบวนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ 1. พินัยกรรมชีวิต (Living Will) คือ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่จะแสดงถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ตนเองต้องการในกรณีเมื่อตนกำลังอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือไร้สติสัมปชัญญะอย่างถาวร ตลอดจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเมื่อเกิดอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิด บุคคลสามารถแสดงความต้องการได้ว่ากระบวนการรักษาใดที่ตนเองต้องการหรือไม่ต้องการ ตลอดจนระบุได้ว่ากรณีใดที่ให้อื่นทำตามที่คุณคนนั้นต้องการ ทั้งนี้การที่คุณคนปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์โดยไม่ขอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยื้อชีวิตจนทรมาณร่างกายนั้น ไม่ใช่การปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ทุกอย่าง บุคคลนั้นยังจะได้รับยาปฏิชีวนะ อาหาร ยาลดความเจ็บปวด และการรักษาอื่น ๆ กล่าวคือ บุคคลจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อบรรเทาความทรมานมากกว่าการบำบัดรักษา นอกจากนี้เจ้าของชีวิตสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลง ระบุการใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้พินัยกรรมชีวิตได้ตลอดเวลาตามต้องการ (American Cancer Society, 2016; National Institute on Aging, 2016; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และ 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Durable Power of Attorney for Health Care; Health Care Power of Attorney; Health Care Proxy) คือ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เจ้าของชีวิตมอบอำนาจให้บุคคลอื่นได้ตัดสินใจในกระบวนการรักษาแทนตนเองเมื่อตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้อีกต่อไปแล้ว ทั้งนี้ ผู้แทนควรเป็นผู้ที่คุ้นเคยหรือรู้ในค่านิยมและความต้องการของบุคคลที่มอบอำนาจให้ตน (American Cancer Society, 2016; National Institute on Aging, 2016)

ต่อไปในเอกสารฉบับนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต” หรือในรูปย่อ “หนังสือแสดงเจตนาฯ” เพื่อแทนความหมายของพินัยกรรมชีวิต และหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรม ผู้วิจัยพบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึงพินัยกรรมชีวิตและหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยจะกล่าวแยกตามปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

Morrison and Meier (2004) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจในผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป จำนวน 700 คนในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1. สอบถามกลุ่มตัวอย่างว่ารู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือไม่ และ 2. ถ้าตอบว่ารู้จัก ให้ตอบคำถาม 6 คำถามซึ่งอยู่บนฐานของ New York State Proxy Law ผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า กลุ่มผู้ที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้ว ได้คะแนนเกือบถูกต้องทั้งหมด (มากกว่า 4 ใน 6 คำถาม) มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มผู้ที่ตอบถูกน้อยกว่า อยู่ 2 เท่า (OR, 2.0; 95% CI, 1.4-2.9, $p < 0.001$) กล่าวคือผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ามีแนวโน้มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้ดังกล่าวน้อยกว่า

นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงสำรวจของ Ko and Lee (2014) ได้พบผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน งานวิจัยนี้ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรายได้ต่ำ จำนวน 256 คนใน รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1. สอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าเคยได้ยินเรื่องหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือไม่ และ 2. ถ้าตอบว่าเคย ให้อธิบายหนังสือแสดงเจตนาฯ ในแบบที่ตนเองเข้าใจ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างนั้นได้กล่าวถึงลักษณะการนำไปใช้หลัก ๆ ของหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ถูกต้อง (เช่น เป็นหนังสือแสดงความต้องการของตนเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การมอบหมายให้คนที่เราไว้ใจหรือรู้ใจได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทนตนเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นมาถึง เป็นต้น) ให้พิจารณาได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลด้วย Hierarchical Logistic Regression พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ (OR, 15.06; 95% CI, 5.38-42.16, $p < 0.01$) ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ อยู่ 15.06 เท่า

อีกงานวิจัยหนึ่งที่ทำให้ผลสนับสนุนว่าความรู้มีผลต่อการทำหนังสือแสดงเจตนา คืองานวิจัยของ Alano et al. (2010) ซึ่งได้ทำการวิจัยแบบสำรวจในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 200 คนในนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา แล้วได้ทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่มีหนังสือแสดงเจตนา และกลุ่มที่ไม่มีหนังสือแสดงเจตนา จากการตอบแบบสอบถามแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ผู้วิจัยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มดังนี้ ผู้ที่มีหนังสือแสดงเจตนา มีแนวโน้มที่เคยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของหนังสือแสดงเจตนา หรือเคยได้พบเห็นข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา จากทางสื่อต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่มีหนังสือแสดงเจตนา ($p < 0.0001$) ในขณะเดียวกันผู้ที่ไม่มีหนังสือแสดงเจตนา มีแนวโน้มที่จะไม่มีใครเคยพูดคุยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา ให้ฟังหรือไม่เคยรู้จักหนังสือแสดงเจตนา มาก่อน รวมถึงกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา มากกว่ากลุ่มที่มีหนังสือแสดงเจตนา แล้ว ($p < 0.0001$) นอกจากนี้ในส่วนของการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า ผู้ที่ถูกร้องขอให้ทำหนังสือแสดงเจตนา/เคยได้รับการอธิบายถึงความสำคัญของหนังสือแสดงเจตนา มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอยู่ 55.2 เท่า (OR, 55.2; 95% CI, 11.4-266.7, $p < 0.0001$) และผู้ที่ไม่เคยมีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา/ผู้ที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา/ผู้ที่ไม่เคยรู้จักหนังสือแสดงเจตนา มาก่อน มีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนา มากกว่าผู้ที่เคยมีผู้ให้ข้อมูล/ผู้ที่ไม่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม/ผู้ที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนา มาก่อน อยู่ 0.2 เท่า (OR, 0.2; 95% CI, 0.1-0.7, $p < 0.0082$)

โดยสรุป การมีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา มีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนา โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา มากกว่า มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนา มากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา น้อยกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา ในงานวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจตอบในเบื้องต้นว่าตนรู้จักหนังสือแสดงเจตนา แต่ในงานวิจัยนี้จะประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา ด้วยการทำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้จะเป็นผู้ต้องที่เข้าใจสาระสำคัญเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา ด้วย

2. ทักษะคติเกี่ยวกับความตาย (การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา) กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ทักษะคติเกี่ยวกับความตายคือความเชื่อหรือมุมมองของบุคคลที่มีต่อความตาย Wong, Reker, and Gesser (1994) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับทักษะคติเกี่ยวกับความตายและนำมาสร้างเป็นมาตรวัดที่ชื่อว่า Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) โดยในมาตรทักษะคติเกี่ยวกับความตายนี้มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ จากการทบทวนงานวิจัยพบองค์ประกอบที่น่าสนใจและมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย (Death Avoidance) คือ เมื่อใดก็ตามที่ความตายเข้ามาในจิตใจบุคคลจะหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา (Escape Acceptance) คือ การประเมินว่าความตายเป็นการหลีกเลี่ยงปัญหา ความทุกข์ ภาระ หรือความเจ็บปวดใดใด

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังนี้

จากการศึกษาระยะยาวของ Carr and Khodyakov (2007) ได้ใช้มาตร*การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย*ของ Wong et al. (1994) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่อการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 64-65 ปี จำนวน 3,838 คน โดยใช้ข้อมูลจาก Wisconsin Longitudinal Study พบว่าหากบุคคลมีคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายสูง บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะยังไม่ได้มีการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้า (ทั้ง 1. พินัยกรรมชีวิต 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และ 3. การพูดคุยเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้าย) เนื่องจากการวางแผนเหล่านี้ทำให้บุคคลต้องตระหนักถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือความตาย

Lynn et al. (2016) ให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกันกับงานวิจัยข้างต้น งานวิจัยนี้ได้ทำการวิจัยในคนอายุ 18 ปีขึ้นไปในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 67 คน ได้ใช้มาตรวัดทักษะคติเกี่ยวกับความตายของ Wong et al. (1994) พบว่าบุคคลที่มีคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะ*ไม่*ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่า (OR, 0.67; 95% CI, 0.47-0.96, $p < 0.05$) กล่าวคือ การหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูดหรือคิดถึงความตาย

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลไม่มีความคิดที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอายุ การหลีกเลี่ยงความตายนั้นไม่สามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้

ส่วนการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา Lynn et al. (2016) พบว่าบุคคลที่มีคะแนนการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาสูงกว่า มีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่า (OR, 1.60; 95% CI, 1.07-2.38, $p < 0.05$) ดังว่าการมองความตายว่าเป็นทางออกของปัญหาหรือความเจ็บปวดใดใดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความคิดที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เนื่องจากหนังสือแสดงเจตนาฯ มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องการปฏิเสธการรักษาที่เกินจำเป็น ซึ่งสิ่งที่คุณจะได้รับคือการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทรมาน อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในวาระสุดท้าย (การตายดี) สู่การตายซึ่งบุคคลมองว่าเป็นการดับทุกข์ ดังนั้นผู้ที่มองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาจึงมีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เนื่องจากมองว่าความตายเป็นทางแห่งการดับปัญหา ภาระ หรือความทุกข์ทรมานที่ตนมีอยู่ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอายุ การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหานั้นไม่สามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้

โดยสรุป ผู้วิจัยพบงานวิจัยที่พบความสัมพันธ์ของการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายและการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหานั้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

3. ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

Carr and Khodyakov (2007) ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการสูญเสียคนรักหรือพ่อแม่หรือไม่ หากกลุ่มตัวอย่างนั้นได้สูญเสียทั้งคนรักหรือพ่อแม่อย่างใดอย่างหนึ่ง ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกพิจารณาแค่คนรัก แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าสูญเสียทั้งพ่อและแม่ ให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาผู้ที่เสียชีวิตล่าสุด จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าในช่วง 1 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต บุคคลอันเป็นที่รักของตนนั้นมีความเจ็บปวดในระดับใด (ไม่ทราบ ไม่เจ็บปวดเลย เจ็บปวดเล็กน้อย เจ็บปวดปานกลาง และเจ็บปวดรุนแรง) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1. ไม่เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (กลุ่มอ้างอิง) 2. เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยมีความเจ็บปวด

ในระดับปานกลางและรุนแรง และ 3. เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยมีความเจ็บปวดในระดับไม่เจ็บปวดเลย เจ็บปวดเล็กน้อย หรือไม่ทราบ ผลการศึกษาพบว่าคนที่มียุคคลอันเป็นที่รักได้จากไปในช่วง 10 ปี ไม่ว่าจะเป็นครู้หรือพ่อแม่ที่มีการเสียชีวิตอย่างเจ็บปวดในระดับปานกลางและรุนแรงสามารถอธิบายการมีการวางแผนการดูแลการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้าได้ (ทั้ง 1. พินัยกรรมชีวิต 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และ 3. การพูดคุยเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต) โดยมีแนวโน้มในการตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาทั้ง 3 รูปแบบข้างต้น มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ประมาณ 1.3-1.5 เท่า

ต่อมา Carr (2012) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ($M = 69.44, SD = 8.93$) จำนวน 305 คน ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาอิทธิพลของบุคคลอันเป็นที่รักต่อการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีการวัดที่คล้ายกับงานวิจัยก่อนหน้านี้คือให้กลุ่มตัวอย่างนึกถึงเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่เสียชีวิตในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่ที่แตกต่างจากงานก่อนหน้านี้คือให้เลือกผู้ที่สนิทที่สุด แล้วให้ประเมินระดับความเจ็บปวดของบุคคลอันเป็นที่รักในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต (1. ไม่เจ็บปวดเพราะบุคคลอันเป็นที่รักไม่มีสติแล้ว 2. ไม่เจ็บปวดเพราะบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตกระทันหัน 3. ไม่เจ็บปวด 4. เจ็บปวดเล็กน้อย 5. เจ็บปวดปานกลาง 6. เจ็บปวดรุนแรง และ 7. ไม่ทราบ) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตโดยไม่เจ็บปวดแล้ว ผู้ที่มีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตลงด้วยความเจ็บปวดเล็กน้อยมีแนวโน้มจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ น้อยกว่า (OR, 0.25-0.29; 95% CI, $p < 0.05$) กล่าวคือผู้ที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตด้วยความเจ็บปวดเล็กน้อยมีแนวโน้มจะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากเท่ากับผู้ที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตโดยไม่มีความเจ็บปวด ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Carr and Khodyakov (2007)

งานวิจัยของ Luth (2016) ได้วิเคราะห์ผลข้อมูลจากฐานข้อมูล New Jersey EOL Survey ของปี 2006-2008 จำนวน 305 คน อายุ 55-91 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี โดยในฐานข้อมูลนั้นมีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (เพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด) หรือไม่ ถ้าเคย กลุ่มตัวอย่างจะต้องประเมินระดับความใกล้ชิดต่อบุคคลนั้นเพื่อสะท้อนถึงภาวะอารมณ์เมื่อมีการสูญเสียบุคคลนั้น โดยการตอบคำถามนี้จะมีตัวเลือก ดังนี้ 1. ใกล้ชิดมาก (กลุ่มอ้างอิง) 2. ไม่ใกล้ชิด (ใกล้ชิดปานกลาง ไม่ใกล้ชิดมาก ไม่ใกล้ชิดเลย) และ 3. ไม่มีประสบการณ์การสูญเสีย ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักสามารถ

อธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและมีความใกล้ชิดมาก (OR, 0.31; 95% CI, 0.13-0.74, $p < 0.01$) ในส่วนของงานวิจัยฝั่งเอเชีย Matsui (2007) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป ($M = 75.4$, $SD = 5.4$) ในจังหวัดฮิโรชิมะและอุเบะ จำนวน 565 คน พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมานั้นก็มีความสัมพันธ์ต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($p = 0.002$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต

โดยสรุป จากงานวิจัยโดยรวมแล้ว ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ รวมถึงการสอบถามถึงผลกระทบต่อจิตใจของกลุ่มตัวอย่างจากประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

4. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

Carr and Khodyakov (2007) ทำการศึกษาระยะยาวในนักเรียนมัธยมปลายจำนวน 3,838 คน ในรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งปัจจุบันเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 64-65 ปี ที่ผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และแบบสอบถามที่ส่งไปทางไปรษณีย์เมื่อปี ค.ศ. 1992-1993 และ ค.ศ. 2003-2004 เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ด้วย Multinomial Logistic Regression ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมานั้นมีแนวโน้มที่จะมีการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้าแล้ว (ทั้งการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้แก่ พินัยกรรมชีวิต และหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และการพูดคุยเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมายู่ประมาณ 1.4-1.8 เท่า

นอกจากประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยหนักอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น การที่บุคคลมีประสบการณ์ที่ตื่นสับสนหรือเครื่องช่วยหายใจ (Morrison & Meier, 2004) ประสบการณ์การผ่าตัดใหญ่ (Alano et al., 2010) หรือประสบการณ์การเข้ารักษาใน ICU

(Ko & Lee, 2014) สามารถอธิบายแนวโน้มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์เช่นกัน

จากการทบทวนงานวิจัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้พบผลการศึกษาที่แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้น ดังงานวิจัยของ Kim (2011) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในคนเกาหลี ในทุก ๆ กลุ่มอายุ ($M = 45.05$, $SD = 16.15$) จำนวน 384 คน โดยการศึกษาที่ผู้วิจัยได้วัดการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยการให้สถานการณ์จำลองมาให้คิด ดังนี้ “หากเกิดความเจ็บป่วยที่กระทันหัน เช่น หลอดเลือดในสมองอุดตัน หรืออุบัติเหตุ เช่น รถชน คุณอาจจะไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง ในกรณีนี้การแสดงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นเรียกว่าหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา คุณเห็นด้วยกับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้หรือไม่” โดยมีคำตอบให้เลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกลุ่มที่ตอบค่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจะเป็นกลุ่มอ้างอิง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สอบถามว่ากลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลใกล้ชิดของตนเคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาใน ICU หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ดังกล่าวไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยหนักอาจไม่ได้ทำให้บุคคลตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้เท่ากับการมีประสบการณ์จริง

ในส่วนงานวิจัยไทยของ Srinonprasert et al. (2014) ได้ให้ผลที่สนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยหนักไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ งานวิจัยนี้ได้สำรวจความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุไทยที่มาเข้ารับการรักษาเพื่อติดตามผลโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน (อายุ $M = 75.9$ ปี, $SD = 8.2$) พบว่าประสบการณ์จริงที่ตนเองเคยเจ็บป่วยหนักนั้นไม่สามารถอธิบาย “ความไม่ต้องการยื้อชีวิตเมื่อโอกาสรอดมีน้อย” ได้ กล่าวคือ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองกับการแสดงความจำนงในการยื้อชีวิตในระยะสุดท้าย

โดยสรุป จากงานวิจัยโดยรวมแล้ว ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แต่มีงานวิจัยบางส่วนที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษา

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ และเพิ่มเติมในส่วนของการสอบถามถึงผลกระทบต่อจิตใจของตนจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองด้วย เพื่อทราบถึงขนาดอิทธิพลของประสบการณ์ดังกล่าวต่อจิตใจ อันจะทำให้การวัดความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

5. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด กกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

นอกจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว นักวิจัยจำนวนหนึ่งได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิดและการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ด้วย งานวิจัยของ Morrison and Meier (2004) ได้พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ตน ครอบครัว หรือเพื่อนใส่ท่อหรือเครื่องช่วยหายใจสามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้มากกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว 1.5 เท่า (OR, 1.5; 95% CI, 1.02-2.1, $p = 0.04$) ในงานวิจัยทางฝั่งเอเชีย Matsui (2007) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น พบว่าประสบการณ์ที่เคยมีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในระยะสุดท้ายหรือได้รับบาดเจ็บนั้นก็มีความสัมพันธ์ต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งพินัยกรรมชีวิต ($p < 0.001$) และหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($p < 0.001$)

ในส่วนของงานวิจัยไทย ธนวรรณ สีนประเสริฐ (2556) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุ พบว่า การที่บุคคลนั้นได้เคยสัมผัสหรือพบเห็นคนในครอบครัวหรือคนสนิทประสบกับความเจ็บป่วยหนักเช่น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจยื้อชีวิตไปแต่ละวันซึ่งทรมาณ การพบเห็นว่าพยาย้อชีวิตไว้แต่พอรอดแล้วก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และบางครั้งอาจต้องติดเตียงหรือมีอาการอื่น ๆ แทรกเข้ามา เป็นต้น ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลต้องการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายชีวิตด้วยตนเอง

อย่างไรก็ดี งานวิจัยของ Kim (2011) ที่ศึกษาในลักษณะเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างชาวเกาหลี พบผลการศึกษาว่าประสบการณ์ดังกล่าวไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้

โดยสรุป จากงานวิจัยโดยรวมแล้ว ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิดนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ แต่จากงานวิจัยข้างต้นให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัจจัยเรื่องประสบการณ์

ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิตนี้และมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ และเพิ่มเติมในส่วนของการสอบถามถึงผลกระทบต่อจิตใจของตน จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิตด้วย เพื่อทราบถึงขนาดอิทธิพลของประสบการณ์ดังกล่าวต่อจิตใจ อันจะทำให้การวัดความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

6. ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

Sahm et al. (2005) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง และพบผลการศึกษาว่าสุขภาพที่แย่งมีแนวโน้มในการอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้

Morrison and Meier (2004) และ Carr and Khodyakov (2007) ได้ทำการศึกษาที่คล้ายกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเอง ณ ปัจจุบัน โดยมีระดับดังนี้ ดีมาก (excellent) ดี (good) ปานกลาง (fair) และแย่ (poor) โดยการวิเคราะห์จะให้ระดับ ดีมาก (excellent) หรือดี (good) เป็นกลุ่มอ้างอิง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (fair) และแย่ (poor) ไม่สามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ กล่าวคือถึงแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้สุขภาพตนเองอยู่ในระดับแย่ก็ได้หมายความว่าทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เสมอไป

ในส่วนของงานวิจัยของ Srinonprasert et al. (2014) ได้ให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยให้เลือกตอบแค่ที่ดีหรือแย่ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้สนับสนุนผลการศึกษาย่างต้นคือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพของตนเองกับการแสดงความจำนงในการยื้อชีวิตในระยะสุดท้าย

อีกงานวิจัยหนึ่งของ Kim (2011) ได้ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างและน่าสนใจ งานวิจัยนี้ได้ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเองตั้งแต่ 1 (แย่) ถึง 4 (ดีมาก) ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายที่ตนได้ประเมินนั้นสามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ โดยเมื่อบุคคลยังมีการรับรู้ว่าคุณภาพดี ยังมีแนวโน้มในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (OR, 1.91; 95% CI, 1.24-2.95, $p < 0.05$)

โดยสรุป ทิศทางของผลการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีความหลากหลาย จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

7. การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ กกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ดังที่ได้เสนอไปแล้วว่าทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) เป็นทฤษฎีที่ช่วยอธิบายว่าการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future Time Perspective) ส่งผลต่อการตั้งเป้าหมายในการใช้ชีวิตและลักษณะบุคคลที่จะมีปฏิสัมพันธ์ด้วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ๆ อย่างไร การรับรู้เวลาในชีวิตที่เหลืออยู่สามารถวัดโดยการรับรู้ว่าคุณมีเวลาที่ห่างไกลจากความตายมากน้อยเพียงใด โดยจากทฤษฎี หากบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีเวลาในชีวิตนั้นยังยืนยาว บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวกับการได้รับความรู้ต่าง ๆ เพื่อเรียนรู้ เข้าใจ และค้นหาชีวิตต่อไปในระยะยาว (Information-seeking Goal) อีกทั้งยังสะท้อนถึงสังคมที่บุคคลนั้นต้องการด้วย นั่นคือสังคมที่ได้พบปะผู้คนใหม่ ๆ เพื่อนำพาไปสู่การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และพัฒนาความรู้หรือทักษะต่าง ๆ หากบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีเวลาในชีวิตนั้นมีจำกัด บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวกับความพึงพอใจทางอารมณ์และตอบสนองตนได้ทันที (Emotion-regulation Goal) สังคมที่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มจะเป็นผู้ที่เป็นคนใกล้ชิดและมีความสนิทใจ (Carstensen et al., 1999)

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่และการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ของ Luth (2016) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 55-91 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี จำนวน 305 คน สมมติฐานการวิจัยนี้ได้อ้างอิงจากทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์ สังคมความว่า ผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณมีเวลาชีวิตที่เหลืออยู่นั้นมีจำกัดจะมีแนวโน้มในการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตอันเนื่องมาจากกระบวนการทางปัญญาที่มาพร้อมกับการรับรู้เวลา ดังกล่าวซึ่งจะทำให้มีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า กล่าวคือ อาจมีการพิจารณาเกี่ยวกับความตายมากขึ้น มีความต้องการที่จะไม่เป็นภาระหรือความเจ็บปวดให้กับคนที่ตนรักในอนาคต และมีความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้ออกคำถามว่า ได้ทำหรือไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อีกทั้งได้วัดการรับรู้เวลาในชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการตอบคำถามว่า “คุณคิดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปในอีก 5 ปีข้างหน้าหรือไม่” และ “คุณคิดว่าจะมี

ชีวิตอยู่ต่อไปในอีก 10 ปี ข้างหน้าหรือไม่” โดยให้รายงานคะแนนได้ตั้งแต่ 0 (ไม่มีชีวิตอยู่แน่นอน) จนถึง 10 (มีชีวิตอยู่แน่นอน) โดยจะแบ่งการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. Expansive คือกลุ่มที่รับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ยังยืนยาว โดยจะต้องเป็นผู้ที่ตอบให้คะแนน 10 ทั้ง 5 ปี และ 10 ปี
2. Limited คือ กลุ่มที่รับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่มีจำกัด โดยจะต้องเป็นผู้ที่ตอบได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน สำหรับ 5 ปี หรือคะแนนของตอน 5 ปี ลบด้วยคะแนนของตอน 10 ปี ได้ผลลัพธ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 หรือเป็นคนที่ตอบแค่คำถามของช่วง 5 ปี เท่านั้น และ
3. Intermediate (กลุ่มอ้างอิง) คือกลุ่มที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในระดับกลาง โดยจะต้องเป็นผู้ที่ตอบให้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 สำหรับ 5 ปี และไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงคำตอบมากจากเดิม สำหรับการตอบช่วง 10 ปี ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายืนยาว มีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในระดับกลาง (OR, 0.35; 95% CI, 0.17-0.75, $p < 0.01$) แต่ในขณะเดียวกัน กลับให้ผลการศึกษาหนึ่งที่ไม่รองรับสมมติฐานคือ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัด มีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในระดับกลาง (OR, 0.41; 95% CI, 0.17-0.99, $p < 0.05$)

โดยสรุป จากงานวิจัยข้างต้นพบว่า การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังมีน้อย จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป การรับรู้เวลาในชีวิตที่เหลือเท่าใดอาจทำให้บุคคลคิดกระทำการบางอย่างให้กับชีวิตของตน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

8. หนังสือแสดงเจตนาฯ และคุณลักษณะของบุคคล

งานวิจัยหลากหลายงานพบว่าปัจจัยคุณลักษณะของบุคคลจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยจะขอยกสองปัจจัยที่มีงานวิจัยรับรองเป็นส่วนมาก ดังนี้

8.1. อายุ

งานวิจัยของ Alano et al. (2010) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 85 ปีจะมีแนวโน้มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 59-75 ปี ประมาณ 6.3 เท่า (OR, 6.3; 95% CI, 1.2-32.3, $p < 0.0263$) และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 76-85 ปีจะมีแนวโน้มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 59-75 ปี ประมาณ 3.4 เท่า (OR, 3.4; 95% CI, 1.0-11.5, $p < 0.0543$)

Lynn et al. (2016) ให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน งานวิจัยนี้ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. 18-59 ปี และ 2. 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้สอบถามเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การศึกษา พบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่า นอกจากนี้ ในส่วนของการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้มากกว่ากลุ่มแรก 17.33 เท่า (OR, 17.33; 95% CI, 4.99-60.12, $p < 0.001$)

ในส่วนของงานวิจัยของ Sahm et al. (2005) ซึ่งศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งก็พบเช่นกันว่าอายุที่มากขึ้นนั้นสามารถอธิบายแนวโน้มในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ ทั้งนี้งานวิจัยไทยของ Srinonprasert et al. (2014) ที่ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเฉลี่ยอายุ 75.9 ปี ($SD = 8.2$) ได้ให้ผลการศึกษาว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปีกลับมีแนวโน้มที่จะไม่ต้องการใช้ชีวิตเมื่อโอกาสรอดมีน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี (OR, 9.88; 95% CI, 1.20-81.57, $p = 0.03$) กล่าวคือผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มแสดงความจำนงไม่ขอใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งไม่เป็นไปตามงานวิจัยของ Alano et al. (2010) และ Lynn et al. (2016) ที่ผ่านมา

ในส่วนของงานวิจัยของ Morrison and Meier (2004) และ Kim (2011) ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป โดยพบว่าอายุไม่สามารถอธิบายการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

โดยสรุป ทิศทางของผลการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีความหลากหลาย จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

8.2. ระดับการศึกษา

งานวิจัยระยะยาวของ Carr and Khodyakov (2007) ได้วัดอายุการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 1. 12 ปี (กลุ่มอ้างอิง) 2. 13-15 ปี และ 16 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุการศึกษา 13-15 ปี มีแนวโน้มในการทำพินัยกรรมชีวิตแล้วมากกว่ากลุ่มอายุการศึกษา 12 ปี (OR, 1.23; 95% CI, 1.00-1.51, $p \leq 0.05$) และเช่นเดียวกันผู้ที่มีอายุการศึกษา 16 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มในการได้วางแผนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้าแล้วมากกว่ากลุ่มอายุการศึกษา 12 ปี อยู่ 1.3-1.4 เท่า (ในที่นี้ การวางแผนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึง 1. พินัยกรรมชีวิต 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และ 3. การพูดคุยเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต)

ผลการศึกษาของ Alano et al. (2010) ให้ผลที่สนับสนุนงานวิจัยข้างต้น โดยงานวิจัยนี้ได้วัดระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มออกเป็นสองกลุ่มคือ 1. กลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมหรือต่ำกว่าระดับมัธยม และ 2. กลุ่มที่สำเร็จระดับชั้นมัธยมปลายขึ้นไป พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ($p < 0.0039$) โดยกลุ่มที่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ พบผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมปลายขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 93 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีหนังสือแสดงเจตนาฯ คิดเป็นร้อยละ 78

อย่างไรก็ดี มีผลการวิจัยบางส่วนที่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป งานวิจัยของ Lynn et al. (2016) ไม่พบความแตกต่างในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($p = 0.578$) ส่วนงานวิจัยของ Matsui (2007) ให้ผลการศึกษาที่สนับสนุนงานวิจัยข้างต้น โดยได้สอบถามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโดยส่วนมากจบในระดับชั้นมัธยมต้นแล้ว ร้อยละ 18.1 จบในระดับชั้นมัธยมศึกษาปลาย และร้อยละ 12.8 จบในระดับอุดมศึกษาแล้ว ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการมี

ทัศนคติที่ดีต่อหนังสือแสดงเจตนาฯ เช่นเดียวกัน ในงานวิจัยของ Kim (2011) ได้เก็บข้อมูลการศึกษาโดยใช้จำนวนปีที่ได้ศึกษา ผลพบว่าการศึกษาไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้

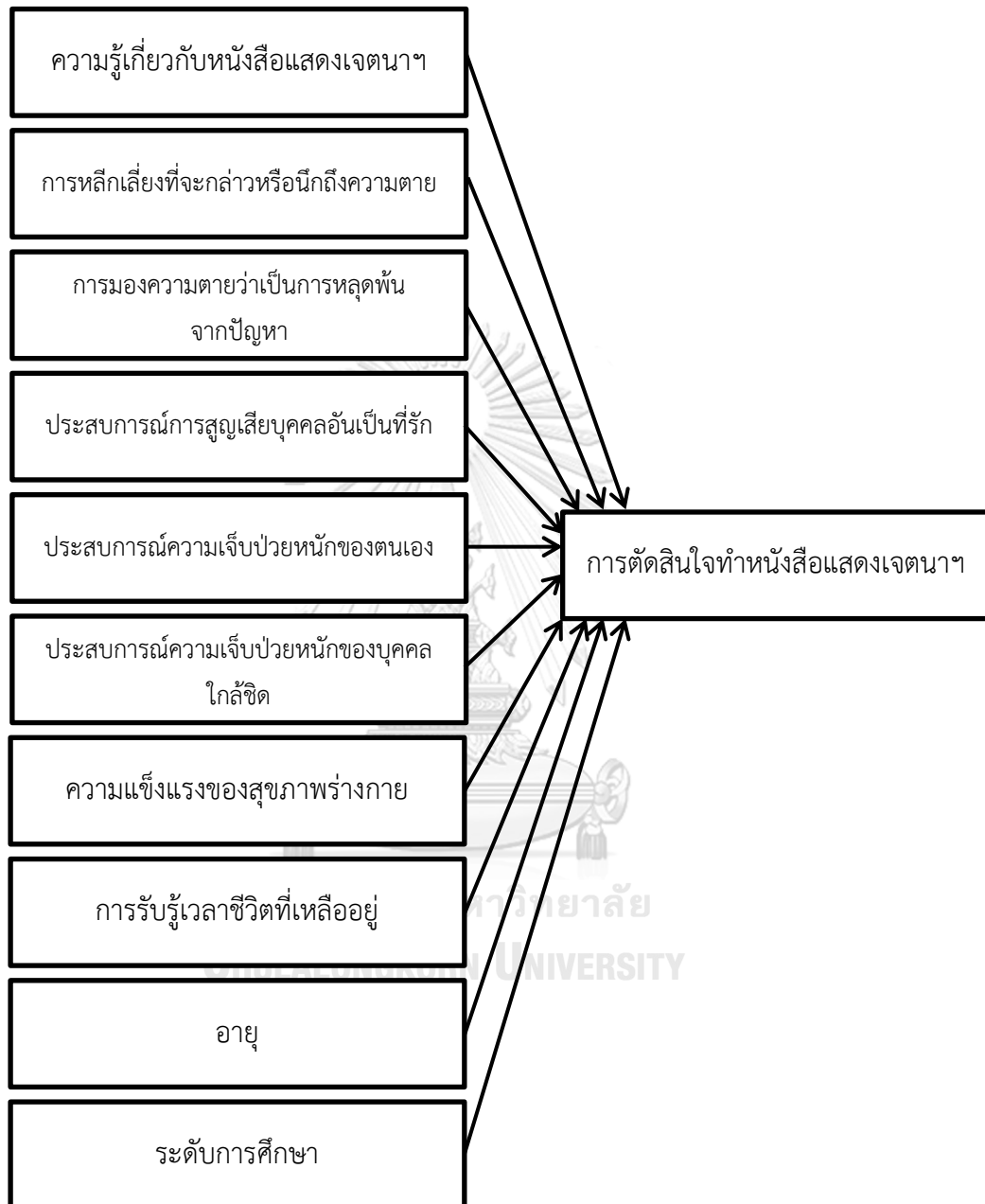
ในส่วนของงานวิจัยไทยของ Srinonprasert et al. (2014) ได้ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป งานวิจัยนี้ได้แบ่งระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ไม่เคยได้เข้ารับการศึกษา 2. ระดับประถมศึกษา (6 ปี) 3. ระดับมัธยมศึกษา (12 ปี) และ 4. ระดับปริญญาตรี พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุการศึกษามากกว่า 6 ปีนั้น บุคคลที่มีอายุการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี มีแนวโน้มที่จะไม่ต้องการยื้อชีวิตเมื่อโอกาสรอดมีน้อย (OR, 3.15; 95% CI, 1.11-8.95, $p = 0.03$) กล่าวคือผู้ที่มีอายุการศึกษาน้อยกว่ามีแนวโน้มแสดงความจำนงไม่ขอยื้อชีวิตในระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ที่มีอายุการศึกษามากกว่า

โดยสรุป ทิศทางของผลการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของศึกษาต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มีความหลากหลาย จึงต้องทำการสำรวจและศึกษาต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและมีความประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ และปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพ การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจะเป็นบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 204 คน กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะเป็นผู้ที่ประเมินว่าตนรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต และเป็นผู้ที่สามารถอ่านข้อความและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแจกแบบสอบถามให้กับบุคคล หรือหน่วยงานที่ผู้วิจัยรู้จักหรือที่ได้ทำการติดต่อเข้าไป ตลอดจนการประชาสัมพันธ์การวิจัยและขอความร่วมมือผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชัน เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น รูปแบบของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นทั้งแบบเอกสารและออนไลน์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

หมายถึง หนังสือแสดงเจตนาฯ (Advance Directive) ซึ่งเป็นหนังสือที่เจ้าของชีวิตได้ลงลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้า เพื่อที่ว่าหนังสือนี้จะสามารถใช้ได้เมื่อเจ้าของชีวิตไม่สามารถตัดสินใจหรือแสดงความต้องการด้วยตนเองได้อีกต่อไปแล้ว กล่าวคืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและไร้สติสัมปชัญญะอย่างถาวร (National Institute on Aging, 2016)

โดยทั่วไป หนังสือแสดงเจตนาฯ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามประเภทบุคคลที่ตัดสินใจในกระบวนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ 1. พินัยกรรมชีวิต (Living Will) คือ หนังสือที่เจ้าของชีวิตแสดงความต้องการล่วงหน้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์ที่ตนเองต้องการ บุคคลสามารถแสดงการปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ เช่น การไม่ขอใช้เครื่องยื้อชีวิต อาทิ การปั๊มหัวใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจไม่ได้ทำให้โอกาสรอดมีมากขึ้น แต่เป็นการสร้างความทรมาน ซึ่งไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้การปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์นี้ บุคคลจะยังได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทรมานจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ (American Cancer Society, 2016; National Institute on Aging, 2016; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และ 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Durable Power of Attorney for Health Care; Health Care Power of Attorney; Health Care Proxy) คือ หนังสือที่เจ้าของชีวิตมอบอำนาจให้บุคคลที่ตนไว้วางใจและรู้ในค่านิยมของตน ได้ตัดสินใจในกระบวนการรักษาแทนเมื่อตนเองไม่สามารถตัดสินใจหรือแสดงความต้องการได้ด้วยตนเองอีกต่อไป (American Cancer Society, 2016; National Institute on Aging, 2016)

2. การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้ วัดโดยใช้แบบสอบถามแนวนอนในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความน่าจะเป็นที่จะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในรูปแบบร้อยละ ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนนเต็มคือร้อยละ 100 ซึ่งการสอบถามนี้สร้างโดยผู้วิจัย

3. ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

หมายถึง คะแนนความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งหมด 8 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน หรือมีคะแนนเต็มทั้งหมด 8 คะแนน ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้สร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย

4. การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย

หมายถึง คะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย มีคะแนนเต็มทั้งหมด 7 คะแนน ซึ่งพัฒนามาจากมาตรวัดของ Wong et al. (1994)

5. การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา

หมายถึง คะแนนความเชื่อที่ว่าความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ภาระ หรือความเจ็บปวดใดใด มีคะแนนเต็มทั้งหมด 7 คะแนน ซึ่งพัฒนามาจากมาตรวัดของ Wong et al. (1994)

6. ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

หมายถึง คะแนนผลกระทบต่อจิตใจจากการที่บุคคลเคยมีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เช่น เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ที่ตอบว่าไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว จะเท่ากับ 0 คะแนน และผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าวพร้อมด้วยการประเมินระดับผลกระทบของประสบการณ์ต่อจิตใจตน คือ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนเต็มคือ 5 คะแนน การวัดดังกล่าวนี้พัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016)

7. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง

หมายถึง คะแนนผลกระทบต่อจิตใจจากการที่บุคคลเคยเผชิญกับโรคร้ายที่ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยหนักในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เช่น ประสบอุบัติเหตุ เคยเข้าไอซียู (ICU) เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ โดยผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว จะมีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน และผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว พร้อมด้วยการประเมินระดับผลกระทบของประสบการณ์

ต่อจิตใจตน คือ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนเต็มคือ 5 คะแนน การวัดดังกล่าวนี้พัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016)

8. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด

หมายถึง คะแนนผลกระทบต่อจิตใจจากการที่บุคคลเคยเผชิญหรือพบเห็นบุคคลใกล้ชิด ประสบกับโรคร้ายที่ทำให้ร่างกายเจ็บป่วยหนักในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เช่น เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบอุบัติเหตุ เคยเข้าไอซียู (ICU) เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ โดยผู้ที่ตอบว่าไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว จะมีคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน และผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว พร้อมด้วยการประเมินระดับผลกระทบของประสบการณ์ต่อจิตใจตน คือ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ดังนั้นคะแนนเต็มคือ 5 คะแนน การวัดดังกล่าวนี้พัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016)

9. ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย

หมายถึง คะแนนการรับรู้ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย มีคะแนนเต็มทั้งหมด 4 คะแนน ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยของ ขวัญจิรา วงศ์ศิริภักดี เพ็ญพิชชา เกตุชัยโกศล และสกาวรรณ บรรณกุลพิพัฒน์ (2558)

10. การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่

หมายถึง คะแนนการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 7 คะแนน ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยของ Strough et al. (2016)

11. อายุ

หมายถึง จำนวนปีนับจากตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

12. ระดับการศึกษา

หมายถึง คะแนนของระดับการศึกษาสูงสุด โดย ประถมศึกษาปีที่ 6, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช., อนุปริญญา/ปวส., ปริญญาตรี, ปริญญาโท, ปริญญาเอก มีคะแนน 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 ตามลำดับ การวัดนี้สร้างโดยผู้วิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ตระหนักเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต และการวางแผนการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 12 และหนังสือแสดงเจตนาฯ จากเอกสารหรือไฟล์ให้ความรู้ที่ผู้วิจัยได้มอบให้หลังจากการตอบแบบสอบถาม
3. ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ
4. ผลการวิจัยเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยหรือผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในการนำไปต่อยอดงานวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้มากขึ้น

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ และปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ที่มีต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 74 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 204 คน ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ตามช่วงอายุ เพื่อความทั่วถึงในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1. ช่วงอายุ 18-35 ปี ($M = 25.45$ ปี, $SD = 4.717$) 2. ช่วงอายุ 36-53 ปี ($M = 45.27$ ปี, $SD = 4.773$) และ 3. ช่วงอายุ 54-74 ปี ($M = 59.96$ ปี, $SD = 4.599$) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ มีอายุเฉลี่ย 39.86 ปี ($SD = 15.251$) แบ่งเป็นเพศชาย 35 คน และหญิง 169 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สามารถอ่านข้อความและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะเป็นผู้ที่ประเมินว่าตนรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แบ่งเป็นผู้ที่ “รู้จักบ้าง” 174 คน (ร้อยละ 85.29) และ “รู้จักเป็นอย่างดี” 30 คน (ร้อยละ 14.71) โดยในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตัดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ (ผู้ที่ตอบว่า “ไม่เคยรู้จักเลย” หรือ “น่าจะรู้จัก ไม่แน่ใจ”) ออกไปเป็นจำนวน 286 คน

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้การแจกแบบสอบถามให้กับบุคคลหรือหน่วยงานที่ผู้วิจัยรู้จัก ตลอดจนการประชาสัมพันธ์การวิจัย และขอความร่วมมือผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชัน เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น รูปแบบของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นทั้งแบบเอกสารและออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบรายงานตนเอง โดยเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรตามที่เสนอในกรอบแนวคิดในการวิจัยในบทที่ 1 เพื่อใช้วิเคราะห์เพื่อตอบสนองสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ข้อคำถามแนวนิยมในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ
 2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
 3. มาตรการหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตาย
 4. มาตรการมองความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา
 5. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
 6. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง
 7. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด
 8. มาตรการความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย
 9. มาตรการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่
- และ 10. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ซึ่ง จะรวมถึงตัวแปรอายุ และระดับการศึกษาด้วย

1. ข้อคำถามแนวนิยมในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ข้อคำถามนี้สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้คะแนนที่ได้เป็นตัวแปรตามในการวัดแนวนิยมในการตัดสินใจทำหนังสือเจตนา โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินความน่าจะเป็นที่ตนจะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในรูปแบบร้อยละ ซึ่งมีตั้งแต่ ร้อยละ 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, และ 100

โดยร้อยละ 0 หมายถึงไม่ตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แน่นอน และร้อยละ 100 หมายถึงตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แน่นอน

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

แบบวัดนี้สร้างโดยผู้วิจัยเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยอ้างอิงข้อมูลจาก American Cancer Society (2016), Annadurai et al. (2014), National Institute on Aging (2016), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2558), สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559), แสง บุญเฉลิมวิภาส (2550), และอภิชาติ รอดสม และคณะ (2558) ซึ่งในส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านประโยคบอกเล่าที่กล่าวถึงประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งสิ้น 8 ประโยค จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าแต่ละประโยคนั้นกล่าวถูกต้องหรือผิด โดยให้ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าประโยคที่เห็นว่าถูกต้อง และเครื่องหมาย X หน้าประโยคที่เห็นว่าผิด ประโยคที่ถูกต้องมีทั้งหมด 4 ข้อ ดังนี้ 1. หนังสือแสดงเจตนาฯ คือหนังสือที่เจ้าของชีวิตเขียนไว้ล่วงหน้า เพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในกรณีที่แพทย์ได้ลงความเห็นว่าเป็นเจ้าของชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว 2. เจ้าของชีวิตเขียนหนังสือแสดงเจตนาฯ เมื่อตนยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน 3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ จะได้รับการดูแลตามที่แสดงเจตจำนงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยในกรณีที่ไม่ต้องการการรักษาบางชนิด เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ จะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทรมานจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ และ 4. เจ้าของชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้หนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ และประโยคที่ผิด มีทั้งหมด 4 ข้อ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ว่าไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด 2. เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหมดความหวังในการรักษา แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต 3. หนังสือแสดงเจตนาฯ คือ การขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยาจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของร่างกาย (การุณยฆาต) และ 4. หนังสือแสดงเจตนาฯ ยังไม่มีผลบังคับใช้ในเมืองไทย

โดยการคิดคะแนนคือประโยคละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนนตามจำนวนประโยค และช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 – 8 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงคือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ มาก

จากการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้ดูอำนาจในการจำแนกกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำในแต่ละข้อ โดยกลุ่มสูงจะเป็นผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73 ขึ้นไป (กลุ่มที่มีคะแนนความรู้สูง) และกลุ่มต่ำจะเป็นผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27 ลงไป (กลุ่มที่มีคะแนนความรู้ต่ำ) (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2548) จากการวิเคราะห์สถิติ independent-samples *t*-test พบว่า โดยรวมแล้วแต่ละข้อมีอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ดี ($p < .05$) ยกเว้นข้อที่ 3 คะแนนของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากทั้งกลุ่มสูงและต่ำตอบถูกต้องทั้งหมด โดยมีรายละเอียดรายข้อดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มผู้ที่มีความรู้สูง(กลุ่มสูง)และความรู้ต่ำ(กลุ่มต่ำ)
($N = 92$)

ข้อที่	กลุ่ม	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (หนึ่งทาง)
1	สูง	30	.97	.183	2.877	.003**
	ต่ำ	31	.71	.461		
2	สูง	30	.93	.254	6.290	.000**
	ต่ำ	31	.32	.475		
3	สูง	30	1.00	.000	-	-
	ต่ำ	31	1.00	.000		
4	สูง	30	.93	.254	1.782	.041*
	ต่ำ	31	.77	.425		
5	สูง	30	.97	.183	2.311	.013*
	ต่ำ	31	.77	.425		
6	สูง	30	.87	.346	4.066	.000**
	ต่ำ	31	.42	.502		
7	สูง	30	.87	.346	3.450	.001**
	ต่ำ	31	.48	.508		
8	สูง	30	.80	.407	7.659	.000**
	ต่ำ	31	.10	.301		

หมายเหตุ: * $p < .05$ และ ** $p < .01$

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าเป็นว่าข้อที่ 3 กลุ่มสูงและกลุ่มต่ำสามารถตอบได้ถูกต้องทั้งหมด อย่างไรก็ตามก็ควรนำมาใช้ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากการตอบมาตรวัดนี้ก็ขึ้นประโยชน์ต่อผู้ตอบในการทบทวนความรู้ และการสร้างความตระหนักในประเด็นดังกล่าวให้แก่ผู้ตอบอีกด้วย มาตรวัดนี้ยังสามารถทำให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยในภาพรวมแล้วยังไม่ทราบในประเด็นใดของหนังสือแสดงเจตนาฯ อีกเหตุผลหนึ่งคือมาตรวัดนี้ไม่นำมาใช้เป็นเกณฑ์การคัดเข้าหรือคัดออกใดใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงยังคงใช้ 8 ข้อนี้ในแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

3. มาตรวัดการหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตาย

มาตรวัดนี้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายหรือ Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) ของ Wong et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยได้แปลเนื้อหาของข้อกระทงจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขการแปล มาตรวัดการหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตายหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตายเป็นการตอบแบบรายงานตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยมีตัวเลือกทั้งหมด 7 ตัวเลือก ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3) ไม่สามารถตัดสินใจได้ (4) ค่อนข้างเห็นด้วย (5) เห็นด้วย (6) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) มาตรวัดนี้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 35 คะแนน และช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 5 - 35 คะแนน ตัวอย่างข้อกระทง เช่น ฉันหลีกเลี่ยงความคิดเกี่ยวกับความตายในทุกกรณี, เมื่อไหร่ก็ตามที่ความคิดเกี่ยวกับความตายเข้ามาในจิตใจ ฉันพยายามจะกำจัดความคิดนั้นออกไป, ฉันพยายามไม่คิดเกี่ยวกับความตาย เป็นต้น ผู้วิจัยพบค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .87 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978)

สำหรับการคิดคะแนน ผู้วิจัยจะรวมคะแนนจากทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อกระทง คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด (คะแนนเต็ม) ของมาตรวัดการหลีกเลี่ยงพูดถึงเรื่องความตายคือ 7 คะแนน หมายถึง บุคคลมีความไม่สบายใจในระดับมากที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 0 คะแนน หมายถึง บุคคลรู้สึกเฉย ๆ เมื่อกล่าวหรือนึกถึงความตาย

4. มาตรการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา

มาตรวัดนี้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรวัดทัศนคติเกี่ยวกับความตายหรือ Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) ของ Wong et al. (1994) ซึ่งผู้วิจัยได้แปลเนื้อหาของข้อกระทงจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและแก้ไขการแปล มาตรการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาเป็นการตอบแบบรายงานตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยมีตัวเลือกทั้งหมด 7 ตัวเลือก ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไม่เห็นด้วย (2) ค่อนข้างเห็นด้วย (3) ไม่สามารถตัดสินใจได้ (4) ค่อนข้างเห็นด้วย (5) เห็นด้วย (6) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) มาตรวัดนี้มีคะแนนเต็มเท่ากับ 35 คะแนน และช่วงคะแนนที่เป็นไปได้คือ 5 – 35 คะแนน ตัวอย่างข้อกระทง เช่น ความตายทำให้ปัญหาทุกอย่างของฉันสิ้นสุด, ความตายจะช่วยให้คนหลุดพ้นจากโลกที่มีแต่ปัญหา, ความตายทำให้พ้นจากความเจ็บปวดและทรมาน เป็นต้น ผู้วิจัยพบค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .87 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978)

สำหรับการคิดคะแนน ผู้วิจัยจะรวมคะแนนจากทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อกระทง คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด (คะแนนเต็ม) ของมาตรการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาคือ 7 คะแนน หมายถึง บุคคลเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่าความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาหรือความเจ็บปวดใดใด และคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 0 คะแนน หมายถึง บุคคลไม่ได้มองว่าความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหาหรือความเจ็บปวดใดใด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ในการสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016) กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่า “ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา คุณเคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือไม่” โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก คือ 1. เคยมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และ 2. ไม่เคยมีประสบการณ์เลย

ในงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมในส่วนของการประเมินผลกระทบของการสูญเสียครั้งนั้นต่อจิตใจของตนเอง โดยมีตัวเลือก ดังนี้ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก ในส่วนของการประเมินผลกระทบนี้ ผู้ที่ตอบจะต้องเป็นผู้ที่ตอบว่ามีประสบการณ์

ดังกล่าวเท่านั้น โดยถ้ามีการสูญเสียมากกว่า 1 คน ให้นึกถึงคนที่สนิทมากที่สุด อ้างอิงตามงานวิจัยของ Carr (2012)

สำหรับการคิดคะแนน ผู้ที่ตอบว่าไม่มีประสบการณ์เลยจะเท่ากับ 0 คะแนน ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์แล้วมีผลกระทบต่อจิตใจในระดับ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

6. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง

ในการสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016) กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่าเคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ เช่น ประสบอุบัติเหตุ เคยเข้าไอซียู (ICU) เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก คือ 1. มีประสบการณ์ตรงกับตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหนัก และ 2. ไม่เคยมีประสบการณ์เลย

ในงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมในส่วนของการประเมินผลกระทบของประสบการณ์ดังกล่าวต่อจิตใจของตนเอง โดยมีตัวเลือกดังนี้ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก ในส่วนของการประเมินผลกระทบนี้ ผู้ที่ตอบจะต้องเป็นผู้ที่ตอบว่ามีประสบการณ์ดังกล่าวเท่านั้น

สำหรับการคิดคะแนน ผู้ที่ตอบว่าไม่มีประสบการณ์เลยจะเท่ากับ 0 คะแนน ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์แล้วมีผลกระทบต่อจิตใจในระดับ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

7. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด

ในการสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของ Carr (2012) Carr and Khodyakov (2007) และ Luth (2016) กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่าเคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักที่เกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด (อาทิ คนในครอบครัวหรือคนสนิท) หรือไม่ เช่น เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบอุบัติเหตุ เคยเข้าไอซียู (ICU) เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ เคยใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก คือ 1. มีประสบการณ์ตรง คือมีคนในครอบครัวหรือคนสนิทประสบกับความเจ็บป่วยหนัก และ 2. ไม่เคยมีประสบการณ์เลย

ในงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมในส่วนของการประเมินผลกระทบของประสบการณ์ดังกล่าวต่อจิตใจของตนเอง โดยมีตัวเลือก ดังนี้ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก ในส่วนของการประเมินผลกระทบนี้ ผู้ที่ตอบจะต้องเป็นผู้ที่ตอบว่ามีประสบการณ์ดังกล่าวเท่านั้น

สำหรับการคิดคะแนน ผู้ที่ตอบว่าไม่มีประสบการณ์เลยจะเท่ากับ 0 คะแนน ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์แล้วมีผลกระทบต่อจิตใจในระดับ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

8. มาตรวัดความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย

มาตรวัดนี้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของ Lawton, Moss, Fulcomer, and Kleban (1982) ซึ่งต่อมา ขวัญจิรา วงศ์ศิริภักดี และคณะ (2558) ได้พัฒนาและแปลเนื้อหาของข้อกระทงจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และได้เพิ่มตัวเลือกตอบว่า “ปานกลาง” อีกหนึ่งตัวเลือกในข้อที่สอบถามว่า “คุณคิดว่าสุขภาพของคุณขัดขวางการใช้ชีวิตประจำวันของคุณหรือไม่” เพื่อเพิ่มความละเอียดในการประเมินความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวเลือกและปรับข้อความของตัวเลือกในข้อที่สอบถามว่า “สุขภาพของคุณในตอนนี้เมื่อเทียบกับ 3 ปีที่แล้วเป็นอย่างไร” จากตัวเลือกดั้งเดิมคือ “ไม่ดีมากนัก” “เหมือนเดิม” และ “ดีกว่า” เปลี่ยนเป็น “แย่งลง” (1) “เหมือนเดิม” (2) “ดีขึ้นมาเล็กน้อย” (3) และ “ดีเยี่ยม” (4) และเช่นเดียวกัน ในข้อที่สอบถามว่า “เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของคนในวัยเดียวกันกับคุณแล้ว คุณคิดว่าสุขภาพของคุณ.....คนอื่น” จากตัวเลือกดั้งเดิมคือ “แย่งกว่า” “พอ ๆ กันกับ” และ “ดีกว่า” เปลี่ยนเป็น “แย่งกว่า” (1) “พอ ๆ กันกับ” (2) “ดีกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับ” (3) และ “ดีมากกว่า” (4) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความละเอียดในการประเมินความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายให้มากยิ่งขึ้น

มาตรวัดนี้เป็นการประเมินแบบรายงานตนเองเกี่ยวกับความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายของตนเอง มีข้อกระทงทั้งหมด 4 ข้อ ตัวอย่างของข้อกระทงอื่น ๆ เช่น “หากให้คุณประเมินสุขภาพของคุณในปัจจุบัน คุณคิดว่าสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร” โดยมีตัวเลือกคือ แย่ (1) ปานกลาง (2) ดี (3) และดีมาก (4), “คุณคิดว่าสุขภาพของคุณขัดขวางการใช้ชีวิตประจำวันของคุณหรือไม่” โดยมีตัวเลือกคือ มาก (1) ปานกลาง (2) เล็กน้อย (3) และไม่เลย (4) เป็นต้น โดยข้อกระทงทั้ง 4 ข้อ จะมีคะแนน

ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ผู้วิจัยพบค่า Cronbach Alpha เท่ากับ .65 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978)

สำหรับการคิดคะแนน ผู้วิจัยจะรวมคะแนนจากทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อกระทง คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด (คะแนนเต็ม) ของมาตรวัดความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายคือ 4 คะแนน หมายถึง บุคคลประเมินหรือรับรู้สุขภาพร่างกายของตนเองว่าอยู่ในระดับดี และคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 0 คะแนน หมายถึง บุคคลประเมินหรือรับรู้สุขภาพร่างกายของตนเองว่าอยู่ในระดับแย่

9. มาตรวัดการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่

ผู้วิจัยใช้มาตรวัดการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่เป็นมาตรวัดรายงานตนเองจำนวน 12 ข้อ ที่ Strough et al. (2016) ได้พัฒนาขึ้นมาจากมาตรวัดการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ของ Carstensen and Lang (1996) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้แปลเนื้อหาของข้อกระทงทั้ง 12 ข้อ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกประเมินระดับความสอดคล้องของข้อความกับความคิดเห็นของตนจาก 7 ตัวเลือกคือ 1 (ไม่จริงเลย) จนถึง 7 (จริงมากที่สุด)

ตัวอย่างของข้อกระทง เช่น มีโอกาสมากมายรอฉันอยู่ในอนาคต, ฉันคิดว่าฉันจะมีเป้าหมายใหม่ ๆ ให้ทำอีกมากมายในอนาคต เป็นต้น และมีจำนวน 5 ข้อกระทงที่ต้องกลับคะแนน ดังนี้ โอกาสในอนาคตของฉันนั้นมีไม่มากนัก, ฉันมีเวลาเหลืออยู่ในชีวิตอย่างจำกัด, ฉันมีความรู้สึกที่เวลาในชีวิตของฉันกำลังจะหมด, เมื่อฉันอายุมากขึ้น ฉันเริ่มรู้สึกว่าเวลาของฉันมีจำกัด, และฉันรู้สึกว่าเวลาที่ผ่านไปในแต่ละวินาทีนั้นมีความสำคัญ ผู้วิจัยพบค่า Cronbach Alpha เท่ากับ .84 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978)

สำหรับการคิดคะแนน ผู้วิจัยจะรวมคะแนนจากทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนดิบที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยโดยการนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อกระทง คะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด (คะแนนเต็ม) ของมาตรวัดการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่คือ 7 คะแนน หมายถึง บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายาว และคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 0 คะแนน หมายถึง บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัด

10. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ตัวแปรคุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบซึ่งจะนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อตอบสนองมติฐานการวิจัยคือ ตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา

โดยตัวแปรอายุ เป็นข้อกระทงแบบปลายเปิด มีหน่วยเป็น ปี นับจำนวนปีตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม และตัวแปรระดับการศึกษา ให้เลือกระดับการศึกษาสูงสุด เป็นข้อกระทง 8 ตัวเลือก คือ ประถมศึกษาปีที่ 6, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช., อนุปริญญา/ปวส., ปริญญาตรี, ปริญญาโท, ปริญญาเอก และ อื่น ๆ (โดยให้ระบุการศึกษาสูงสุดที่นอกเหนือจากข้างต้นด้วย) โดยมีคะแนน 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 ตามลำดับ ส่วนคำตอบที่ได้จากช่อง “อื่น ๆ” ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาการคะแนนอีกครั้ง

สำหรับคุณลักษณะทั่วไปอื่น ๆ มีดังนี้

1. เพศ เป็นข้อกระทงแบบตัวเลือก มี 2 ตัวเลือก คือ เพศชาย และเพศหญิง
2. จังหวัดที่อาศัยอยู่ ณ ปัจจุบันเป็นข้อกระทงแบบตัวเลือก มี 3 ตัวเลือก คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เชียงใหม่ และอื่น ๆ (โดยให้ระบุจังหวัดที่นอกเหนือจากข้างต้นด้วย)
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การสอบถามนี้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของ Ko and Lee (2014) กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่า “ปัจจุบันนี้ คุณมีปัญหาสุขภาพหรือไม่” โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก คือ 1. มีปัญหาสุขภาพ ในแบบสอบถามจะเสนอมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่สามารถพบเห็นได้ในชีวิตประจำวัน หากกลุ่มตัวอย่างกำลังประสบกับโรคดังกล่าว ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าปัญหาสุขภาพทั้งหมดที่ตนมี และหากไม่มีโรคหรืออาการตามที่ได้เสนอไว้ ให้ระบุโรคหรืออาการไว้ที่ช่อง “อื่น ๆ” และ 2. ไม่มีปัญหาสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมในส่วนของการประเมินความกังวลใจต่อปัญหาสุขภาพดังกล่าว โดยมีตัวเลือก ดังนี้ น้อย ค่อนข้างน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมาก ในส่วนของการประเมินความกังวลใจนี้ ผู้ที่ตอบจะต้องเป็นผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาสุขภาพเท่านั้น สำหรับการคิดคะแนน ผู้ที่ตอบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจะเท่ากับ 0 คะแนน ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพแล้วมีความกังวลใจต่อปัญหาสุขภาพในระดับ ไม่กระทบเลย กระทบเล็กน้อย กระทบปานกลาง กระทบค่อนข้างมาก และกระทบมาก จะมีคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ผนวกแบบสอบถามเชิงสำรวจอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ ดังนี้

1. แบบสอบถามความคุ้นเคยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ในส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่า “คุณรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ living will หรือ advance directive มากน้อยเพียงใด” โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก ดังนี้ 1. ไม่เคยรู้จักเลย 2. น่าจะรู้จัก ไม่แน่ใจ 3. รู้จักบ้าง และ 4. รู้จักเป็นอย่างดี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า “รู้จักบ้าง” หรือ “รู้จักเป็นอย่างดี” จะเป็นกลุ่มที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อตอบสนองมติฐานการวิจัย

2. สถานการณ์จำลองเมื่อตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในส่วนนี้สร้างโดยผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านสถานการณ์จำลองเมื่อตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่อาการของโรคไม่อาจรักษาให้หายขาดได้แล้ว มีแต่ทรงตัวกับทรุดลง และจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยมีคำตอบที่ให้เลือก ดังนี้ 1. แสดงเจตนา ระบุว่าไม่ต้องการให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้เครื่องยื้อชีวิต เพราะต้องการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ 2. แสดงเจตนา ให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจรวมทั้งใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีเพื่อยื้อชีวิตของฉันไว้ให้นานที่สุด 3. ตัดสินใจไม่ได้ เลยคิดว่าจะให้หมอเป็นคนตัดสินใจให้ และ 4. ตัดสินใจไม่ได้ เลยคิดว่าจะให้คนในครอบครัวเป็นคนตัดสินใจให้

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับแผนการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา

ในส่วนนี้สร้างโดยผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบคำถามว่า “คุณมีแผนจะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ living will หรือ advance directive หรือไม่” โดยจะต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยมีคำตอบที่ให้เลือก ดังนี้ 1. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เรียบร้อยแล้ว 2. มีแผนว่าจะทำ (โดยให้ผู้ตอบระบุเพิ่มเติมว่าคาดว่าจะทำเมื่อตนเองมีอายุกี่ปี) 3. ไม่แน่ใจ และ 4. ไม่คิด และไม่สนใจจะทำ

4. สถานการณ์จำลองเมื่อคนในครอบครัวหรือคนสนิทเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้

กลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านสถานการณ์จำลอง ดังนี้ “หากคนในครอบครัวหรือคนสนิทของคุณได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ และขณะนี้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณจะยอมให้แพทย์ทำการรักษาตามแบบที่คนที่คุณรักต้องการหรือไม่” จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งมีคำตอบให้เลือก คือ 1. ทำ และ 2. ไม่ทำ (โดยระบุเหตุผลประกอบด้วย)

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการศึกษานำร่องและทดสอบเครื่องมือ

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการให้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลนำร่อง คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจริงมากที่สุด (18-74 ปี) ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ โดยแยกเป็นช่วงอายุ ได้แก่ 1. ช่วงอายุ 18-35 ปี 2. ช่วงอายุ 36-53 ปี และ 3. ช่วงอายุ 54-74 ปี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 92 คน ผ่านทางแบบสอบถามในรูปแบบเอกสารและออนไลน์

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริง

ก่อนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลในรูปแบบของเอกสารและออนไลน์ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านจะได้ทำแบบสอบถามเพียงช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น

ก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยสังเขปแล้ว ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยนี้เพื่อชี้แจงเรื่องจุดประสงค์รายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัย การเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ รวมถึงแจ้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการตอบแบบถามโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้สึกไม่สบายใจจากการตอบ

แบบสอบถาม สำหรับการเก็บข้อมูลในรูปแบบของเอกสาร ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้ตอบแบบสอบถามตามหน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อเข้าไป ภายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้ตอบแบบสอบถามกระดาษอาจเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยรู้จักหรือมีโอกาสได้พูดคุยกัน ทั้งนี้ก่อนการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเข้าไปดำเนินการอธิบายและชี้แจงข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยสังเขป อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดโครงการวิจัยและคำชี้แจงต่าง ๆ ด้วยตนเองอีกครั้งพิจารณาการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภายในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถามนี้จะเป็นการส่งและคืนภายในครั้งเดียว โดยผู้วิจัยจะเดินเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง กระบวนการทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของผู้วิจัย

สำหรับการเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ ผู้วิจัยส่งลิงก์แบบสอบถามออนไลน์ไปยังบุคคลที่ผู้วิจัยรู้จักผ่านทางอินเทอร์เน็ต เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น และฝากให้บุคคลเหล่านั้นกระจายลิงก์แบบสอบถามออนไลน์ให้กับบุคคลอื่น ๆ อีกต่อหนึ่งด้วย เมื่อกดเข้าไปในลิงก์แบบสอบถามออนไลน์ หน้าแรกจะปรากฏข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัยและคำชี้แจงต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาก่อนเพื่อพิจารณาการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเช่นเดียวกับแบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร โดยจะมีข้อความให้เลือกว่า “คุณตกลงที่จะเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้หรือไม่ โดยมีตัวเลือกกว่า 1. ตกลง และ 2. ไม่ตกลง (ขอขอบคุณที่ให้เวลาและความสนใจในงานวิจัยนี้)” ภายในแบบสอบถามออนไลน์นี้จะไม่มีการระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยเช่นกัน

เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เบื้องต้นแล้ว ต้องเป็นผู้ที่รู้จักคำว่า “หนังสือแสดงเจตนาฯ” ผู้วิจัยจะนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าตนรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่า “รู้จักบ้าง” หรือ “รู้จักเป็นอย่างดี” เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ เท่านั้นที่จะนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ดังนั้นเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18-74 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ สามารถอ่านข้อความและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ ตลอดจนมีความสมัครใจที่จะตอบแบบสอบถาม

เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำแบบสอบถามเอกสาร ผู้วิจัยจะแจกเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 12 และหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเป็นความรู้เพิ่มเติมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และในกรณีของแบบสอบถามออนไลน์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จจะมีการให้ข้อมูลความรู้ดังกล่าวเช่นกัน โดยให้ผู้สนใจกรอกอีเมลหรือช่องทางการติดต่อออนไลน์ที่สะดวกเพื่อที่ผู้วิจัยจะสามารถส่งไฟล์เอกสารความรู้ไปได้



บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีตัวแปรในงานวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ และปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์โมเดล และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
3. ผลการวิเคราะห์โมเดลการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้มีอายุระหว่าง 18-74 ปี ($M = 39.860$ ปี, $SD = 15.251$) จำนวน 204 คน โดยเกือบครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี (ร้อยละ 46.57) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิงโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.80) และมากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ปริญญาตรี (ร้อยละ 54.40) ปริญญาโทและปริญญาเอก ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 45.10 และเชียงใหม่ ร้อยละ 54.90 โคนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรค (ร้อยละ 68.14) โดยทั้งหมดเป็นผู้ที่ประเมินว่าตนรู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ (รู้จักบ้าง 174 คน และ รู้จักเป็นอย่างดี 30 คน)

จากสถานการณ์จำลองที่ให้นี้กว่าตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ต้องการยื้อชีวิต ต้องการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ (ร้อยละ 87.3) และจากการสอบถามแผนการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกินครึ่งมีแผนว่าจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (ร้อยละ 54.9) โดยจะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เมื่อมีอายุโดยเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 13.11$) และจากสถานการณ์จำลองที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยนึกถึงว่าตนมีใครในครอบครัวหรือคนสนิทที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ ร้อยละ 95.1 ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ต้องการให้แพทย์ประเมินความเป็นไปได้ของอาการก่อน เพราะบางครั้งอาการร้ายแรงอาจมีโอกาสดีขึ้นได้ (ร้อยละ 40) และต้องการทำทุกวิถีทาง รักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ เพื่อมีปาฏิหาริย์ ซึ่งอาจเป็นวิธีที่ดีกว่าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ และไม่ทรมาน (ร้อยละ 40) (ดูภาคผนวก ก)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามในรูปแบบเอกสารจำนวน 64 ชุด และในรูปแบบออนไลน์ จำนวน 140 ชุด สำหรับข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้แจกแจงเป็นความถี่และร้อยละโดยละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความถี่และร้อยละของคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย ($N = 204$)

คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	17.20
หญิง	169	82.80
อายุ		
18-35 ปี	95	46.57
36-53 ปี	56	27.45
54-85 ปี	53	25.98
$M = 39.860$ ปี ($SD = 15.251$)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงความถี่และร้อยละของคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย (N = 204)

คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาปีที่ 6	2	1.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	6.80
อนุปริญญา/ปวส.	4	2.00
ปริญญาตรี	111	54.40
ปริญญาโท	54	26.50
ปริญญาเอก	18	8.80
จังหวัดที่อาศัยอยู่ ณ ปัจจุบัน		
กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	92	45.10
เชียงใหม่	112	54.90
โรค/ปัญหาสุขภาพ		
1. มี (บางบุคคลเป็นหลายโรค)	65	31.86
โรคเมร็งต่าง ๆ	4	
โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	9	
โรคเบาหวาน	4	
โรคความดันโลหิตสูง	25	
โรคอ้วนลงพุง	14	
โรคกระดูก/ข้อ	7	
โรคไม่เกรน/ปวดศีรษะ	4	
โรคภูมิแพ้	6	
อื่น ๆ	19	
ระดับความกังวลใจต่อโรค/ปัญหาสุขภาพ (M = 2.708, SD = .897)	139	68.14
2. ไม่มี		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงความถี่และร้อยละของคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย (N = 204)

คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการรู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ		
รู้จักบ้าง	174	85.29
รู้จักเป็นอย่างดี	30	14.71
สถานการณ์จำลองเมื่อตนเองเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
1. แสดงความเจตนา ระบุไม่ต้องการให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องยื้อชีวิต เพราะต้องการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ	178	87.3
2. แสดงเจตนา ให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจรวมทั้งใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีเพื่อยื้อชีวิตของฉันไว้ให้นานที่สุด	10	4.9
3. ตัดสินใจไม่ได้ เลยคิดว่าจะให้หมอเป็นคนตัดสินใจ	5	2.5
4. ตัดสินใจไม่ได้ เลยคิดว่าจะให้คนครอบครัวเป็นคนตัดสินใจให้	11	5.4
แผนการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ		
1. ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เรียบร้อย	6	2.9
2. มีแผนว่าจะทำ เมื่ออายุ โดยเฉลี่ย 55.24 ปี ($SD = 13.11$)	112	54.9
3. ไม่แน่ใจ	78	38.2
4. ไม่ทำแน่นอน	8	3.9
เมื่อคนในครอบครัวหรือคนสนิทเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้		
ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ	194	95.1
ไม่ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ*	10	4.9

หมายเหตุ: * เหตุผลประกอบอยู่ในภาคผนวก ก

โดยภาพรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างนี้สามารถตอบได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ เกือบเต็ม ($M = 6.451$) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน โดยมีผู้ตอบถูกต้องทั้ง 8 ข้อ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 16.2) และ 7 ข้อ จำนวน 80 คน (ร้อยละ 39.2) โดยข้อที่คนมักตอบผิดคือ ข้อที่กล่าวว่า “หนังสือแสดงเจตนาฯ ยังไม่มีผลบังคับใช้ในเมืองไทย” (ร้อยละ 51) ซึ่งแท้จริงมีผลบังคับใช้แล้ว รองลงมาคือ ร้อยละ 30.4 เชื่อว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ว่าไม่ต้องการรับบริการทาง

การแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด” ซึ่งแท้จริงแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบประคับประคองจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ถัดไปคือ ร้อยละ 29.9 เชื่อว่า “เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหมดความหวังในการรักษา แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต” ซึ่งแท้จริงแล้วแพทย์จะต้องปรึกษากับญาติหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อน และ ร้อยละ 24.5 เชื่อว่า “หนังสือแสดงเจตนาฯ คือ การขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยาจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อหยุดความทุกข์ทรมานของร่างกาย (การุณยฆาต)” ซึ่งแท้จริงแล้วการทำการุณยฆาตเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในไทย โดยผู้วิจัยได้แจกแจงการตอบข้อกระทงที่มีเนื้อหา “ถูกต้อง” และ “ผิด” ดังตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ข้อกระทงที่เนื้อหา ”ถูกต้อง“(N = 204)

เนื้อหารายชื่อ	จำนวนคนที่ได้คะแนน (ตอบว่าข้อกระทงนี้ “ถูกต้อง”) (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ไม่ได้คะแนน (ตอบว่าข้อกระทงนี้ “ผิด”) (ร้อยละ)
1. หนังสือแสดงเจตนาฯ คือหนังสือที่เจ้าของชีวิตเขียนไว้ล่วงหน้าเพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในกรณี que แพทย์ได้ลงความเห็นว่าเป็นเจ้าของชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว	187 (91.7)	17 (8.3)
2. เจ้าของชีวิตเขียนหนังสือแสดงเจตนาฯ เมื่อตอนยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน	203 (99.5)	1 (0.5)
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ จะได้รับการดูแลตามที่แสดงเจตจำนงไว้ในหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยกรณีที่ไม่ต้องการการรักษาบางชนิด เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ จะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทรมานจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ	194 (95.1)	10 (4.9)
4. เจ้าของชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลง ระบุใช้ชั่วคราว หรือยกเลิกการใช้หนังสือแสดงเจตนาฯ ได้	193 (94.6)	11 (5.4)

ตารางที่ 4 ข้อกระทงที่เนื้อหา “ผิด” ($N = 204$)

เนื้อหารายชื่อ	จำนวนคนที่ได้	จำนวนคนที่ไม่ได้
	คะแนน (ตอบว่าข้อ กระทงนี้ “ผิด”) (ร้อยละ)	คะแนน (ตอบว่าข้อกระทง นี้ “ถูกต้อง”) (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไว้ว่าไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด	142 (69.6)	62 (30.4)
2. เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยหมดความหวังในการรักษา แพทย์มีสิทธิตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิต	143 (70.1)	61 (29.9)
3. หนังสือแสดงเจตนาฯ คือ การขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยาจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของร่างกาย (การุณยฆาต)	154 (75.5)	50 (24.5)
4. หนังสือแสดงเจตนาฯ ยังไม่มีผลบังคับใช้ในเมืองไทย	100 (49.0)	104 (51.0)

ในส่วนของค่าเฉลี่ยคะแนนในตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ตัวแปรการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มไม่หลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย คือกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสะดวกใจที่จะพูดหรือนึกถึงความตาย ($M = 3.124$) และโดยรวมไม่ค่อยสนับสนุนความคิดที่ว่าความตายเป็นทางออกของปัญหา ($M = 3.264$) ในส่วนของตัวแปรประสบการณ์ต่าง ๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ($M = 3.430$) และประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ($M = 3.110$) ที่มีผลกระทบต่อจิตใจในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก และเคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองแบบไม่มีผลกระทบต่อจิตใจ หรือแทบจะไม่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองเลย ($M = .700$) นอกจากนี้ในส่วนของตัวแปรความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับกลาง ($M = 2.523$) และมีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในระดับกลาง คือไม่จำกัดหรือยืนยาวเกินไป ($M = 4.680$) สุดท้ายในส่วนของตัวแปรคุณลักษณะภายในบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย

39.860 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี ($M = 5.230$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ($M = 72.790$) โดยแจกแจงรายละเอียดข้างต้นในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปร ($N = 204$)

ตัวแปร	ช่วง	M	SD	Min	Max
คะแนน					
1 ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	0-8	6.451	1.097	4	8
2 การหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงความตาย	0-7	3.124	1.422	1	7
3 การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา	0-7	3.264	1.514	1	7
4 ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	0-5	3.430	1.739	0	5
5 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง	0-5	.700	1.433	0	5
6 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด	0-5	3.110	1.839	0	5
7 ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย	0-4	2.523	.569	1	4
8 การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่	0-7	4.680	.935	1.330	6.750
9 อายุ	-	39.860	15.251	18	74
10 ระดับการศึกษา	1-7	5.230	1.032	1	7
11 การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ	0-100	72.790	22.603	0	100

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์โมเดล และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ข้อตกลงเบื้องต้นอีกข้อหนึ่งก่อนการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ คือตัวแปรต้นทุกตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันที่มากเกินไป ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) จากการใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันในตารางที่ 6 พบว่าตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิดกับประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ($r = .495, p < .01$) รองลงมาคืออายุกับการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ ($r = -.300, p < .01$) และการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่กับการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย ($r = .260, p < .01$) ซึ่งโดยรวมแล้วไม่มีตัวแปรต้นตัวใดที่มีความสัมพันธ์มากกว่าหรือเท่ากับ .90 ดังนั้นตัวแปรต้นทุกตัวในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างกันที่มากเกินไป (Tabachnick, Fidell, & Osterlind, 2001)

ตารางที่ 6 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (N = 204)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	-										
2 การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย	-.133	-									
3 การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา	.018	.090	-								
4 ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	.193**	-.135	-.081	-							
5 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง	-.017	.138*	-.044	.089	-						
6 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด	.211**	-.111	-.035	.495**	.183**	-					
7 ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย	-.098	.113	.003	-.052	.073	.061	-				
8 การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่	-.117	.260**	-.210**	-.216**	.042	-.078	.179*	-			
9 อายุ	-.076	-.058	-.123	.169*	.182**	.052	.185**	-.300**	-		
10 ระดับการศึกษา	-.036	-.144*	-.149*	.085	.080	.030	-.089	-.020	.195**	-	
11 การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ	.106	-.212**	.066	.043	.064	.158*	.083	-.121	.257**	.088	-

หมายเหตุ: * $p < .05$ และ ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์โมเดลการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

เพื่อตอบสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณครั้งนี้ โดยมีปัจจัยหรือตัวแปรต้น 10 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ อายุ และระดับการศึกษา และตัวแปรตามคือ การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

เบื้องต้น เพื่อเป็นการยืนยันตามข้อตกลงเบื้องต้น ว่าตัวแปรต้นไม่มีปัญหาภาวะเส้นตรงร่วมพหุ (multicollinearity) ดังตารางที่ 7 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่า Tolerance และ VIF พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีค่า Tolerance มากกว่า .10 และค่า VIF น้อยกว่า 10 หมายความว่าตัวแปรต้นแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นตัวอื่น ๆ ในระดับที่ยอมรับได้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ อายุ และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ร้อยละ 15.5 ($R^2 = .155$, $F(10, 193) = 3.538$, $p < .001$) และเมื่อปรับค่าความคลาดเคลื่อนจะสามารถอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ร้อยละ 11.1 โดยมีเพียงตัวแปรการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย ($p = .005$) และอายุ ($p = .001$) ที่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอ้างอิงรายละเอียดจากตารางที่ 7 ดังนี้

เมื่อคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ลดลง .203 หน่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.203$, $p = .005$) และ เมื่ออายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพิ่มขึ้น .267 หน่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .267$, $p = .001$)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (N = 204)

ค่าคงที่	ตัวแปร	B	SE _B	β	t	p	Tolerance	VIF
		35.085	18.796		1.867	.063		
1	ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	1.958	1.429	.095	1.370	.172	.910	1.099
2	การหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหาหรือนึกถึงความตาย	-.647	.227	-.203	-2.843*	.005	.855	1.170
3	การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา	.372	.212	.125	1.758	.080	.872	1.146
4	ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก	-1.438	1.032	-.111	-1.394	.165	.695	1.439
5	ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง	.386	1.101	.024	.350	.727	.899	1.112
6	ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด	1.900	.969	.155	1.961	.051	.705	1.419
7	ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย	.462	.706	.047	.654	.514	.866	1.155
8	การรับรู้วิถีชีวิตที่เหลืออยู่	.058	.159	.029	.364	.716	.702	1.424
9	อายุ	.396	.114	.267	3.463*	.001	.736	1.358
10	ระดับการศึกษา	.797	1.522	.036	.524	.601	.907	1.103

หมายเหตุ: R = .394, R² = .155

บทที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย และอายุ สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ กล่าวคือ หากบุคคลยังมีคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายสูง บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ น้อยลง ในทางกลับกัน หากบุคคลมีคะแนนการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายต่ำ บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากยิ่งขึ้น ผลที่พบในส่วนของตัวแปรการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายนี้ เป็นไปตามงานวิจัยของ Carr and Khodyakov (2007) และ Lynn et al. (2016) ที่ว่า การที่บุคคลมีทัศนคติ “หลีกเลี่ยงความตาย” กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลพบเห็นหรือมีประเด็นเรื่องความตายเข้ามาในความคิดและจิตใจ บุคคลนั้นจะพยายามเบี่ยงเบนหรือขจัดประเด็นเกี่ยวกับความตายนั้นออกไป และเนื่องด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นเรื่องที่คุณต้องคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงประเด็นเกี่ยวกับความตาย ดังนั้นบุคคลที่มีทัศนคติหลีกเลี่ยงความตายจึงมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ผลการวิจัยในส่วนของตัวแปรอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ กล่าวคือ หากบุคคลยังมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากยิ่งขึ้น ผลที่พบในส่วนของตัวแปรอายุนี้ เป็นไปตามงานวิจัยของ Alano et al. (2010) และ Lynn et al. (2016) และเมื่ออ้างอิงจากทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ที่ว่าบุคคลที่ผ่านประสบการณ์บางอย่างที่ทำให้ตนเองรับรู้เวลาชีวิตว่าจำกัดนั้น (ซึ่งมักจะเป็นผู้ที่มีอายุมาก) มีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมบางอย่างทันทีเพื่อให้ตนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

อาจเป็นไปได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการได้รับประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อจิตใจที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เพื่อตรวจสอบแนวคิดนี้ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มสูง (ผู้ที่มีอายุมากกว่า) และกลุ่มต่ำ (ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า) ตามอายุ

ซึ่งผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วย independent-samples *t* test พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า มีผลกระทบต่อจิตใจจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ($t = 2.872, p = .003$, หนึ่งทาง) และจากประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ($t = 2.185, p = .016$, หนึ่งทาง) มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ ในส่วนของการประเมินการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีคะแนนการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่น้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ($t = -3.816, p < .01$, หนึ่งทาง) (ดูภาคผนวก ข) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบนี้ทำให้เห็นว่า ผู้ที่มีอายุมาก ประกอบกับการมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองและประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่มีผลกระทบต่อจิตใจที่มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย ประสบการณ์เหล่านี้อาจทำให้ผู้ที่มีอายุมากได้มีโอกาสมากกว่าในการได้สัมผัสถึงความลำบากและทรมานจากการเจ็บป่วยตลอดกระบวนการรักษาของทั้งตนเองและผู้อื่น ทั้งหมดนี้จึงอาจทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนมีเวลาชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัด ซึ่งการรับรู้นี้อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เพื่อให้ตนเองได้เลือกวาระสุดท้ายของตนตามเจตจำนงหรือดั่งเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นจากการศึกษานี้ ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงมีแนวโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากการอภิปรายด้วยทฤษฎีดังกล่าว มีงานวิจัยมากมายพบว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มกลัวความตายน้อยกว่าและมักพูดคุยเกี่ยวกับความตายมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Lynn et al., 2016; Neimeyer, 2015) สิ่งนี้จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของตนเอง

อย่างไรก็ดี การวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ การมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิด ความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ และระดับการศึกษา ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จากการวิเคราะห์ผลค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ค่อนข้างสูง ($M = 6.451, SD = 1.097$) จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ดังนั้นจาก

การศึกษานี้ ในกลุ่มตัวอย่างที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ อยู่แล้ว ตัวแปรนี้จึงอาจมีค่าความแปรปรวนไม่มากพอที่จะอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ผลการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ของการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lynn et al. (2016) ที่พบว่าหากบุคคลมองความตายว่าเป็นทางออกของปัญหาหรือความเจ็บปวดทรมาน บุคคลนั้นก็มีความโน้มที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในตัวแปรนี้แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่อนข้างต่ำที่มองว่าความตายนั้นไม่ได้เป็นการทำให้ตนหลุดพ้นจากปัญหา ซึ่งอาจแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความโน้มไม่เห็นด้วยกับทัศนคติเกี่ยวกับความตายในประเด็นนี้ อีกทั้งมาตรวัดนี้พัฒนาขึ้นในวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งอาจมีความโน้มเปิดเผยต่อความคิดเรื่องความตายมากกว่าวัฒนธรรมไทย ซึ่งเป็นประเด็นศึกษาที่ต้องทำการวิจัยเพิ่มเติม จึงทำให้ตัวแปรนี้มีค่าความแปรปรวนไม่มากพอที่จะอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ต่อมา ในส่วนของตัวแปรด้านประสบการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเอง ต่างไม่พบความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ นั้น Carr (2012) ได้เสนอความเห็นว่าการอธิบายความโน้มต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ อาจต้องประเมินว่าบุคคลอันเป็นที่รักนั้นเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (sudden) หรือด้วยความเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) เนื่องจากการสูญเสียอย่างกะทันหันนั้น บุคคลไม่ทันได้เฝ้าดูหรือพบเห็นบุคคลอันเป็นที่รักทรมานจากความเจ็บป่วย ส่วนการที่บุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น บุคคลอาจได้เห็นความทรมานของการดำเนินโรค ตลอดจนความลำบากในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา ประสบการณ์ที่ใกล้ชิดเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้บุคคลมีความโน้มที่จะตัดสินใจในกระบวนการรักษาหรือทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ด้วยตนเอง

งานวิจัยของ Kim (2011) และ Srinonprasert et al. (2014) สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งการที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ยังไม่ค่อยมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองในระดับที่รุนแรงนัก คืออยู่ในระหว่างไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว จนถึงเคยมีประสบการณ์แต่ไม่มีผลกระทบต่อจิตใจเลย ($M = .070$,

มองได้ว่า โดยภาพรวมแล้ว ณ ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้อาจยังไม่ประสบกับปัญหาสุขภาพที่เหนียวนาให้ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในส่วนของตัวแปรการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ ก็ไม่พบความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Luth (2016) ที่พบความสัมพันธ์ว่าผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่ายืนยาวมีแนวโน้มไม่สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง แต่ในขณะเดียวกันก็พบผลที่ไม่เป็นตามทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม คือ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง ผู้ที่รับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ว่าจำกัดนั้นก็ยังมีแนวโน้มไม่สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เช่นกัน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีการรับรู้เวลาที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง คือ รับรู้ว่าเหลือเวลาชีวิตไม่ได้ยืนยาวและก็ได้ไม่น้อยเกินไป ($M = 4.680, SD = .935$) อย่างไรก็ตามเนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังมีจำกัด จึงยากที่จะอภิปรายถึงความสัมพันธ์นี้

สุดท้าย ในส่วนของตัวแปรระดับการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lynn et al. (2016) Matsui (2007) และ Kim (2011) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ปริญญาตรี ($M = 5.23, SD = 1.032$) แต่ก็มีระดับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่หลากหลาย โดยส่วนตัวแล้วผู้วิจัยมีความเห็นว่าระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่อาจอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่ดีเท่ากับการเจอประสบการณ์จริง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยหนักของตนเอง บุคคลใกล้ชิด หรือประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง ฯลฯ จึงอาจกล่าวได้ว่า ในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ที่เป็นผู้ที่รายงานว่ารู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ อยู่แล้วนั้น ระดับการศึกษาไม่ได้เป็นตัวแปรหลักที่อธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

โดยสรุป จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรต้นทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ร้อยละ 11 โดยมีตัวแปรการหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวหรือนึกถึงความตายและอายุ ที่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (exploratory study) ผลการศึกษาที่ได้ อาจสามารถอธิบายได้เพียงกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาเท่านั้น คือ เป็นกลุ่มคนที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้เอง และอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ และปริมณฑล และจังหวัดเชียงใหม่ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 46.57 เป็นผู้ที่อายุระหว่าง 18-35 ปี (ดูตารางที่ 2) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรคนไทยที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยนี้อาจสร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้ รวมถึงเป็นองค์ความรู้ต่อยอดในการศึกษาเรื่องการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ และการแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการที่ไม่พบความสัมพันธ์ในส่วนของตัวเองแปรความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า งานวิจัยในครั้งต่อไป หากได้ลองเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ระหว่างผู้ที่รู้จักและไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ หรือการรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งที่รู้จักและไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ ในสมการพยากรณ์ อาจสร้างข้อค้นพบที่น่าสนใจให้กับตัวแปรนี้

จากการที่ไม่พบความสัมพันธ์ในส่วนของตัวเองแปรการมองความตายว่าเป็นการหลุดพ้นจากปัญหา ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยแล้วพบสังคมไทย หรือสังคมเอเชียยังมีความเชื่อที่ว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสิ่งที่ต้องห้ามที่ไม่ควรกล่าวหรือนึกถึง (Chan & Pang, 2011) ด้วยเหตุนี้ ชาวเอเชียบางส่วนจึงอาจไม่ได้มองความตายไปในทิศทางบวก อาทิ ไม่ได้มองว่าเป็นหนทางแห่งการหลุดพ้นจากปัญหา ซึ่งทัศนคติเกี่ยวกับความตายนี้อาจมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงต้องศึกษาประเด็นนี้ให้ลึกซึ้งในงานต่อ ๆ ไป

จากการที่ไม่พบความสัมพันธ์ในส่วนของตัวเองแปรประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การวิจัยครั้งต่อไป ตามคำแนะนำของ Carr (2012) ควรมีการสอบถามเพิ่มเติมว่าการสูญเสียครั้งนั้นเกิดขึ้นโดยฉับพลัน (sudden) หรือเกิดจากโรคเรื้อรัง (chronic illness) เนื่องจากการสูญเสียจากโรคเรื้อรัง บุคคลได้มีโอกาสเห็นการดำเนินโรค ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และอาจมีโอกาสดู

พบความยากลำบากในการตัดสินใจในการรักษามากกว่าแบบฉับพลัน (sudden) ด้วยประสบการณ์นี้อาจทำให้บุคคลตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากกว่า

การศึกษาที่พิสูจน์ทฤษฎีการเลือกสรรทางอารมณ์สังคม (Socioemotional Selectivity Theory) ในเรื่องการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังเป็นการศึกษาที่ค่อนข้างใหม่ จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะศึกษาการรับรู้เวลาชีวิตที่เหลืออยู่ (Future time perspective) ในกลุ่มที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของตนเองหรือของบุคคลใกล้ชิด หรือการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รักที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจตัวแปรนี้ให้ดียิ่งขึ้น

ในส่วนของตัวแปรอายุในการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 46.57 เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ซึ่งช่วงอายุนี้มีแนวโน้มที่จะยังไม่เคยมีประสบการณ์การความเจ็บป่วยหนักของตนเองหรือประสบการณ์ที่ต้องข้องเกี่ยวกับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป อาจสามารถเริ่มศึกษาตั้งแต่กลุ่มบุคคลวัย Sandwich Generation คือช่วงอายุ 30-60 ปี (Miller, 1981) จนถึงผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มบุคคลวัย Sandwich Generation นั้นเป็นวัยที่ต้องมีการเลี้ยงดูแลลูกหลานและต้องดูแลพ่อแม่วัยสูงอายุอีกด้วย ซึ่งกลุ่มคนวัยนี้อาจประสบการณ์พบเจอความเจ็บป่วยหนักของพ่อแม่ตนเองจากความชราหรือโรคเรื้อรัง หรือความเจ็บป่วยหนักของตนเองจากภาระงานและความรับผิดชอบที่หนัก ตลอดจนจนถึงการที่มีเพื่อน ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดประสบการณ์กับความเจ็บป่วยหนักที่มากขึ้นตามวัย หรือ midlife crisis ต่าง ๆ (Jacques, 1965) ดังนั้น การศึกษาตั้งแต่กลุ่มบุคคลวัย Sandwich Generation เป็นต้นไป จึงอาจสร้างผลศึกษาที่น่าสนใจ

จากการที่ไม่พบความสัมพันธ์ในส่วนของตัวแปรระดับการศึกษา ดังที่เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีระดับการศึกษาสูงสุดเฉลี่ยอยู่ที่ปริญญาตรีแต่กลับมีระดับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่ค่อนข้างหลากหลาย อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี หากจะศึกษาตัวแปรระดับการศึกษางานวิจัยในครั้งต่อไปอาจจะต้องเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหลากหลายระดับการศึกษา ประกอบกับการสอบถามเรื่องประสบการณ์ต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ตลอดจนการสอบถามอาชีพของบุคคลนั้น เพราะหากประกอบอาชีพในสายสาธารณสุขหรือสายกฎหมาย บุคคลอาจมีความคุ้นเคยกับหนังสือแสดงเจตนาฯ และให้ผลการศึกษาที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจตัวแปรนี้ให้ดียิ่งขึ้น

ตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ อาจยังไม่สามารถอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ได้ครอบคลุม ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหาปัจจัยต่าง ๆ เพิ่ม เพื่อมาอธิบายพฤติกรรมนี้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยทางคุณลักษณะภายในบุคคล เช่น ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ความต้องการยื้อ/ไม่ยื้อชีวิต การไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ความเชื่อในความสามารถของทีมแพทย์ ความต้องการตัดสินใจในชีวิตหรือการรักษาของตนเอง ความเชื่อว่าคุณผลการทางการแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิดจะทำตามความต้องการของตน ความเชื่อในปาฏิหาริย์ ความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย ความยึดมั่นในศาสนา (religious affiliation, religiosity) เป็นต้น หรือปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือแพทย์เกี่ยวกับการเตรียมตัวในวาระสุดท้าย การมีบุคคลที่ไว้วางใจหรือรู้ในค่านิยมของตน เพศ รายได้ครอบครัว สถานะสมรส ความผูกพันในครอบครัว การอาศัยในเมือง/ชนบท วัฒนธรรมและความเชื่อท้องถิ่น ลักษณะการอยู่อาศัย (living arrangement) เช่น อยู่คนเดียว อยู่เห็นคู่ หรือครอบครัวใหญ่ เป็นต้น

การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเฉพาะกลุ่ม ตลอดจนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เช่น ช่วงวัยต่าง ๆ กลุ่มผู้ที่รู้จัก/ไม่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ กลุ่มผู้ที่สนใจ/ไม่สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้ที่ยังไม่ทำ/ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้ว กลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ หรือญาติผู้ป่วย กลุ่มสายอาชีพต่าง ๆ เช่น กลุ่มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มนักกฎหมาย ซึ่งกลุ่มลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้อาจสร้างข้อค้นพบที่เสริมสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ มากขึ้น

หนังสือแสดงเจตนาฯ (Advance directive) แบ่งออกเป็น พินัยกรรมชีวิต (Living will) และหนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Durable Power of Attorney for Health Care: DPAHC) ซึ่งถึงแม้ว่าจะจะเป็นกลุ่มหนังสือแสดงเจตนาฯ เหมือนกัน แต่แตกต่างกันตรงที่ผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในอนาคต หากได้ศึกษาปัจจัยที่อธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในแต่ละประเภท อาจทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนกว่าการอธิบายการตัดสินใจทำการหนังสือแสดงเจตนาฯ แบบกว้าง ๆ

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบทั้งแบบเอกสาร และออนไลน์ ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ งานวิจัยต่อไปควรเก็บแบบสอบถามในรูปแบบเดียวกัน เนื่องจากสื่อในแต่ละรูปแบบอาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน หรือเก็บข้อมูลจากทั้งสองรูปแบบให้เท่า ๆ กัน แล้วตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลก่อนนำมาใช้จริง และควรวางแผนในการเก็บกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้นและมีระบบมากขึ้น เพื่อความเหมาะสมต่อการเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่ายิ่งบุคคลมีการหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงความตาย จะยิ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ สะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยอาจยังไม่สัมผัสเรื่องการพูดและคิดเกี่ยวกับเรื่องความตาย ดังนั้นหากต้องการให้คนไทยได้แสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง จึงมีความสำคัญยิ่งที่จะต้องรณรงค์ให้คนเปิดใจและสะดวกที่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องความตาย ก่อน หรือส่งเสริมการฝึกการเจริญมรณานุสติ หรือ “การระลึกถึงความตาย” เพื่อให้บุคคลได้ตระหนักว่า ความตายนั้นสามารถเกิดขึ้นกับคนเราได้ตลอดเวลา

นอกจากนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นผู้ที่รู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ค่อนข้างสูง แต่มีผู้รายงานว่ารู้จักหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นอย่างดี เพียงร้อยละ 14.71 และเมื่อวิเคราะห์คะแนนความรู้รายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ เช่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.4 เห็นว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ว่าไม่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ จะยังได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตไว้ให้นานที่สุด” ซึ่งแท้จริงแล้วการแสดงเจตนาไม่ต้องการหรือการปฏิเสธการรักษา นั้น ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการยื้อชีวิต หากได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจนจนเกินไปอย่างสงบ (ดูตารางที่ 3) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.9 เห็นว่า “แพทย์มีสิทธิตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ยื้อชีวิตเมื่อผู้ป่วยหมดหนทางรักษา” ซึ่งแพทย์ไม่มีสิทธิ กล่าวคือ แพทย์ต้องยึดตามเจตนาของผู้ป่วยก่อน หากผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาไว้ ก็ต้องปรึกษาญาติและบุคคลใกล้ชิดที่รู้ในค่านิยมของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.5 เห็นว่า “หนังสือแสดงเจตนาฯ คือการทำกรณียขาด” ซึ่งแท้จริงแล้วยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในไทย และที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 51) ยังไม่ทราบหนังสือแสดงเจตนาฯ มีผลบังคับใช้ในเมืองไทยแล้ว (ดูตารางที่ 4)

จากที่กล่าวข้างต้น การรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ รวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 12 น่าจะทำให้ประชาชนคนไทยได้ตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นนี้ ตลอดจนส่งเสริมให้บุคคลได้มีอิสระในการตัดสินใจเลือกวาระสุดท้ายของตนเอง ซึ่งจะช่วยลดความปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการตัดสินใจของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่อยู่เบื้องหลัง ตลอดจนการลดทรัพยากรในการรักษาที่เกินจำเป็น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีโอกาสหายขาดได้ใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาล



รายการอ้างอิง

- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., . . . Lesser, M. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care, 8*(3), 267-275.
- American Cancer Society. (2016). Types of advance directives. Retrieved September 13, 2017 <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/advance-directives/types-of-advance-health-care-directives.html>
- Annadurai, K., Danasekaran, R., & Mani, G. (2014). 'Euthanasia: Right to die with dignity'. *Journal of family medicine and primary care, 3*(4), 477.
- Carr, D. (2012). "I don't want to die like that...": The impact of significant others' death quality on advance care planning. *The Gerontologist, 52*(6), 770-781.
- Carr, D., & Khodyakov, D. (2007). End-of-life health care planning among young-old adults: An assessment of psychosocial influences. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(2), S135-S141.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in Psychological science, 4*(5), 151-156.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science, 312*(5782), 1913-1915.
- Carstensen, L. L., & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology, 17*(6), 494.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist, 54*(3), 165.
- Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (1996). Future time perspective scale. *Unpublished manuscript, Stanford University.*

- Chan, H. Y., & Pang, S. (2011). Readiness of Chinese frail old age home residents towards end-of-life care decision making. *Journal of clinical nursing, 20*(9-10), 1454-1461.
- English, T., & Carstensen, L. L. (2015). Socioemotional selectivity theory. *Encyclopedia of geropsychology, 1-6*.
- Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and aging, 5*(3), 335.
- Fung, H. H., & Carstensen, L. L. (2006). Goals change when life's fragility is primed: Lessons learned from older adults, the September 11 attacks and sars. *Social Cognition, 24*(3), 248-278.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lutz, A. M. (1999). Influence of time on social preferences: Implications for life-span development. *Psychology and aging, 14*(4), 595.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Jacques, E. (1965). Death and the mid-life crisis. *International Journal of Psychoanalysis, 46*, 502-514.
- Kim, S. H. (2011). Factors influencing preferences of Korean people toward advance directives. *Nursing ethics, 18*(4), 505-513.
- Ko, E., & Lee, J. (2014). Completion of advance directives among low-income older adults: Does race/ethnicity matter? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 31*(3), 247-253.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of gerontology, 37*(1), 91-99.
- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of personality, 72*(6), 1395-1424.
- Luth, E. A. (2016). Future time perspective and end-of-life planning in older adults. *Research on aging, 38*(2), 178-201.

- Lynn, T., Curtis, A., & Lagerwey, M. D. (2016). Association Between Attitude Toward Death and Completion of Advance Directives. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 74*(2), 193-211.
- Matsui, M. (2007). Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(2), 172-176.
- Miller, D. A. (1981). The 'sandwich' generation: Adult children of the aging. *Social Work, 26*(5), 419-423.
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2004). High rates of advance care planning in New York City's elderly population. *Archives of Internal Medicine, 164*(22), 2421-2426.
- National Institute on Aging. (2016). Advance Care Planning. Retrieved February 5, 2017 <https://www.nia.nih.gov/health/publication/advance-care-planning>
- Neimeyer, R. A. (2015). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*: Taylor & Francis.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Supportive Care in Cancer, 13*(4), 206-214.
- Srikam, W. (2006). Urbanization and Urbanism in Thailand, . Urban Research Plaza Retrieved February 8, 2018 http://www.cujucr.com/downloads/pdf_4_2006/Wichai%20Srikam.pdf
- Srinonprasert, V., Kajornkijaroen, A., Bangchang, P., Wangtrakuldee, G., Wongboonsin, J., Kuptniratsaikul, V., . . . Praditsuwan, R. (2014). A survey of opinions regarding wishes toward the end-of-life among Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand, 97*, S216-S222.
- Strough, J., Bruine de Bruin, W., Parker, A. M., Lemaster, P., Pichayayothin, N., & Delaney, R. (2016). Hour glass half full or half empty? Future time perspective and preoccupation with negative events across the life span. *Psychology and aging, 31*(6), 558.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Osterlind, S. J. (2001). *Using Multivariate Statistics*. New York: Pearson.

- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). พิณยกรรมชีวิตไม่ใช่การุณยฆาต. *พุทธชินราชเวชสาร*, 24(1), 2-4.
- ขวัญจิรา วงศ์ศิริภักดี เพ็ญพิชชา เกตุชัยโกศล และสกาวรรณ บรรณกุลพิพัฒน์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของปู่ตายาย การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. (วิทยาสตรบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2548). การวิเคราะห์ข้อสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์. Retrieved 26 มิถุนายน 2561 <http://journal.hcu.ac.th/pdf/SCI81608.pdf>
- ธนวรรณ สิ้นประเสริฐ. (2556). การเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิต. (ดุขุณีนิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ข้อดีในการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย. Retrieved 11 กุมภาพันธ์ 2560 <http://www.thailivingwill.in.th/content/ข้อดีในการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. Retrieved 5 กุมภาพันธ์ 2560 http://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_act_ebook58_08_07_453.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (*Living Will*) หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- อภิชาติ รอดสม จุริรัตน์ กิจสมพร และ จุฬารัตน์ หัวหาญ. (2558). ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต และการนำความรู้ไปใช้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(3), 468-478.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เหตุผลประกอบสำหรับการไม่ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ ของคนในครอบครัวหรือคนสนิท

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลประกอบการไม่ยอมทำตามหนังสือแสดงเจตนาฯ

เหตุผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เบื้องต้นต้องให้แพทย์ประเมินความเป็นไปได้ที่อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเพราะบางครั้งอาการร้ายแรงอาจมีโอกาสดีขึ้นได้	4	40
2. ต้องการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ทุกวิถีทาง เพื่อมีปาฏิหาริย์ ซึ่งอาจเป็นวิธีที่ดีกว่าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ และไม่ทรมาณ	4	40
3. รักมาก ต้องการให้อยู่ด้วยนาน ๆ ไม่อยากให้จากไป	1	10
4. หากตนเองมีเงินและเวลา ตลอดจนมีหลักฐานทางการแพทย์ว่าสมองของคนที่เรารักยังไม่ตาย ก็ต้องการให้เขาอยู่ต่อไป	1	10

ภาคผนวก ข
ข้อมูลกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรอายุต่อตัวแปรอื่น ๆ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรอายุต่อตัวแปรอื่น ๆ
($N = 204$)

ตัวแปรอื่น ๆ	กลุ่มอายุ	N	M	SD	t	p (หนึ่งหาง)
1. ความเจ็บป่วย	สูง	58	.97	1.696	2.877	.003**
หนักของตนเอง	ต่ำ	56	.25	.837		
2. ประสบการณ์	สูง	58	4.02	1.318	2.185	.016*
การสูญเสียบุคคล	ต่ำ	56	3.36	1.853		
อันเป็นที่รัก						
3. การรับรู้เวลา	สูง	58	50.603	11.201	-3.816	.000**
ชีวิตที่เหลืออยู่	ต่ำ	56	58.589	11.141		

หมายเหตุ: * $p < .05$ ** $p < .01$



ภาคผนวก ค

ข้อมูลกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรประสบการณ์ความเจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิดต่อตัวแปร
การตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของตัวแปรประสบการณ์ความ
เจ็บป่วยหนักของบุคคลใกล้ชิดต่อตัวแปรการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ($N = 204$)

ตัวแปร	กลุ่ม	N	M	SD	t	p (หนึ่งหาง)
	ประสบการณ์					
การตัดสินใจ	สูง	58	79.83	18.015	2.479	.008**
ทำหนังสือ	ต่ำ	57	69.82	24.676		
แสดงเจตนาฯ						

หมายเหตุ: ** $p < .01$

ภาคผนวก ง
เอกสารให้ความรู้หลังจากตอบแบบสอบถาม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

“มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance Directive)

คือ หนังสือที่เจ้าของชีวิตได้เขียนขึ้นเมื่อตอนที่สติสัมปชัญญะครบถ้วน เพื่อแสดงความต้องการเกี่ยวกับการรักษาของตนในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีพยานร่วมลงนามรับรู้อยู่ด้วย หนังสือนี้จะมีผลในกรณีที่ผู้ป่วยผู้ป่วยหมดสติถาวร อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

ในหนังสือนี้ เจ้าของชีวิตสามารถระบุได้ว่ากระบวนการรักษาใดที่ตนเองต้องการหรือไม่ต้องการ ตลอดจนระบุได้ว่ากรณีใดที่ให้ผู้อื่นทำตามที่ต้องการ เจ้าของชีวิตสามารถระบุการปฏิเสธการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตได้ แต่จะยังได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อบรรเทาความทรมานจนจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ หนังสือแสดงเจตนา ดังกล่าว จึงเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” ซึ่งมีผลบังคับใช้ในเมื่อไทยแล้วตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 12 และไม่ใช้การทำกรณียาคม (การขอให้แพทย์ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น การฉีดยาหรือให้ยา จนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของร่างกาย) อันเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในประเทศไทย

โดยทั่วไปแล้วหนังสือแสดงเจตนา แบ่งออกเป็น 2 แบบ ซึ่งแบ่งตามประเภทบุคคลที่ตัดสินใจในกระบวนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ 1. พินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นหนังสือแสดงเจตนา ที่เจ้าของชีวิตเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการรักษาเอง ในต่างประเทศจึงเรียก Advance Directive และ Living Will แทนกันได้ และ 2. หนังสือมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Durable Power of Attorney for Health Care; DPAHC) เป็นหนังสือแสดงเจตนา ที่เจ้าของชีวิตมอบอำนาจให้บุคคลอื่นได้ตัดสินใจในกระบวนการรักษาแทนตนเองเมื่อตนเองไม่มีความสามารถในการตัดสินใจได้อีกต่อไปแล้ว ซึ่งบุคคลนั้นควรเป็นผู้ที่คุ้นเคยหรือรู้ในค่านิยมและความต้องการของผู้ที่มอบอำนาจให้ตนตัดสินใจ

เจ้าของชีวิตสามารถแก้ไข ระบุรับชั่วคราว หรือยกเลิก สามารถระทำการเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนา ได้ตลอดเวลา

สำหรับรูปแบบการเขียนหนังสือเจตนา นั้นไม่มีรูปแบบตายตัว ท่านสามารถศึกษาแนวทางในการเขียนหนังสือแสดงเจตนา ได้จากเว็บไซต์ www.thailivingwill.in.th



เลขที่โครงการวิจัย..... ๒๒๓.๑/๒๐
วันที่รับรอง..... 15 มี.ค. 2561
วันหมดอายุ..... 14 มี.ค. 2562

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 062/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 223.1/60 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า
เกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนัชพร ทิพัฒน์ชนวงศ์

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 15 มีนาคม 2561

วันหมดอายุ : 14 มีนาคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



เลขที่โครงการวิจัย: 223.1/60
วันที่รับรอง: 15 มี.ค. 2561
วันหมดอายุ: 14 มี.ค. 2562

ภาคผนวก ฉ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่



EC 009-61

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
หัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาววันชพร พิพัฒน์ธนะวงศ์ นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา แขนงวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำวิจัย	ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
ระยะเวลาดำเนินการ	๑ ปี
เอกสารที่รับรอง	- โครงการวิจัย ฉบับวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๑ - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๑ - แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๑ - แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ฉบับวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๑

รับรองโครงการเมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑
 การรับรองโครงการมีผลถึงวันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นางสาวนภาพรณิ ทิพย์จักร์)
 เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววนัชพร พิพัฒน์ธนวงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2536 จบการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา
2558 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา แขนงวิชาจิตวิทยา
พัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559

