

## บทความวิจัย (Research Article)

## การแปลและการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ณัฐธินิชา พูลเพิ่ม (พย.บ.) และ ศิริินภา จิตติมณี (ปร.ด.)

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

## บทคัดย่อ

**บทนำ** การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลในการจัดการชีวิตและร่างกายของตนเอง บุคคลมีส่วนร่วมตัดสินใจแนวทางการดูแลรักษาในอนาคตตามที่ตนเองต้องการได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีเครื่องมือประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยดำเนินการถึงขั้นตอนใด

**วัตถุประสงค์** เพื่อแปลแบบประเมิน Advance care planning จำนวน 15 ข้อ เป็นภาษาไทย และตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงฉบับภาษาไทย

**วิธีการศึกษา** มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การแปลแบบประเมินจากภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย ใช้เทคนิคแปลไปข้างหน้า และแปลย้อนกลับ โดยผู้แปลอาชีพจากสถาบันภาษาในมหาวิทยาลัย 2 แห่งที่แปลอิสระจากกัน และ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยง ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอด อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในเดือนกรกฎาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

**ผลการศึกษา** แบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับมีความหมายเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษ และฉบับภาษาไทย มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Content validity index = 0.87) มีความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.86) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในแต่ละคำถามอยู่ระหว่าง 0.27 - 0.77 ซึ่งถือว่ายอมรับได้

**สรุป** แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีคุณภาพ สามารถใช้ประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทประเทศไทยได้

**คำสำคัญ** การแปลเครื่องมือ การวางแผนดูแลล่วงหน้า การดูแลรักษาในระยะท้าย

## ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ

ศิริินภา จิตติมณี

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: sirinapha.j@chula.ac.th

## Localization of Advance Care Planning directives – assessing a reliable and quality translation

---

Nattanicha Pulperm (B.N.S) and Sirinapha Jittimane (Ph.D)

Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

### Abstract

**Introduction:** Advance care planning is an inherent right of individuals to manage their own life and body, enabling them to participate in decisions about their future care according to their wishes. However, there is currently no assessment tool for advance care planning that can determine the extent to which patients have progressed through that care process.

**Objectives:** To translate the 15-item Advance Care Planning document into Thai language and to evaluate the content validity and reliability of the resulting Thai version.

**Method:** The research design is a descriptive study and was conducted in two phases. Phase 1 involved translating the original English version of the assessment into Thai language and then back into English using the translation and back-translation technique by a professional translator from a university language institute. Both translations were conducted independently, and the validity of the content was verified by five qualified experts. Phase 2 assessed the reliability of the translated content with a sample of 30 patients aged 20 years and older with lung cancer. Phase 2 was conducted at a tertiary hospital in Bangkok between July and August 2025. The reliability of the assessment was analyzed using Cronbach's alpha coefficient.

**Results:** The findings revealed that the back-translated version was consistent with the original English version. The Thai language version demonstrated good content validity (Content Validity Index = 0.87) and satisfactory internal consistency (Cronbach's alpha = 0.86). The item-total correlation coefficients ranged from 0.27 to 0.77, which are considered acceptable.

**Conclusions:** The Thai language version demonstrated good quality and can be used to assess advance care planning among patients receiving palliative care in the Thai context.

**Keywords:** Translation, Advance Care Planning, Palliative care

**Corresponding author:** Sirinapha Jittimane  
Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing,  
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand  
E-mail: sirinapha.j@chula.ac.th

Received: October 17, 2025

Revised: November 26, 2025

Accepted: December 1, 2025

**การอ้างอิง**

ณัฐธิดา พูลเพิ่ม, ศิริินภา จิตติมณี. การแปลและการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า. บูรพาเวชสาร. 2568; 12(2): 52-66.

**Citation**

Pulperm N, Jittimane S. Localization of Advance Care Planning directives – assessing a reliable and quality translation . Bu J Med. 2025; 12(2): 52-66.

## บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้าย โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>1</sup> ทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.8 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 28.20<sup>2</sup> ในปี พ.ศ.2560 ประเทศไทยรายงานผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 18.72 โดยเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 55.66<sup>1</sup> โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่รักษาไม่ได้หรือรักษาไม่หายเมื่อดำเนินมาถึงระยะท้ายอาการจะเกิดขึ้นรวดเร็วมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิต<sup>3</sup> สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเมื่อได้รับการวินิจฉัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นระยะที่โรคแพร่กระจายแล้ว (ระยะที่ 3 และ 4) มีการดำเนินไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยร้อยละ 90.00 เสียชีวิตใน 1 ปี<sup>4</sup>

การวางแผนดูแลล่วงหน้า หมายถึง การวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลประคับประคอง เปิดโอกาสให้บุคคลได้สะท้อนความต้องการและเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในอนาคต รวมถึงหลีกเลี่ยงการดูแลหรือการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือตรงข้ามกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนดูแลล่วงหน้าสามารถเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น สมุดเบาใจ<sup>5</sup> หรือ บันทึกความต้องการลงในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (พินัยกรรมชีวิต) โดยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแลล่วงหน้าตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตามการวางแผนดูแลล่วงหน้า

เป็นการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพร่วมอธิบายแผนการรักษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย บรรเทาอาการ การจัดการโรค ให้การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมทั้งประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ<sup>6</sup>

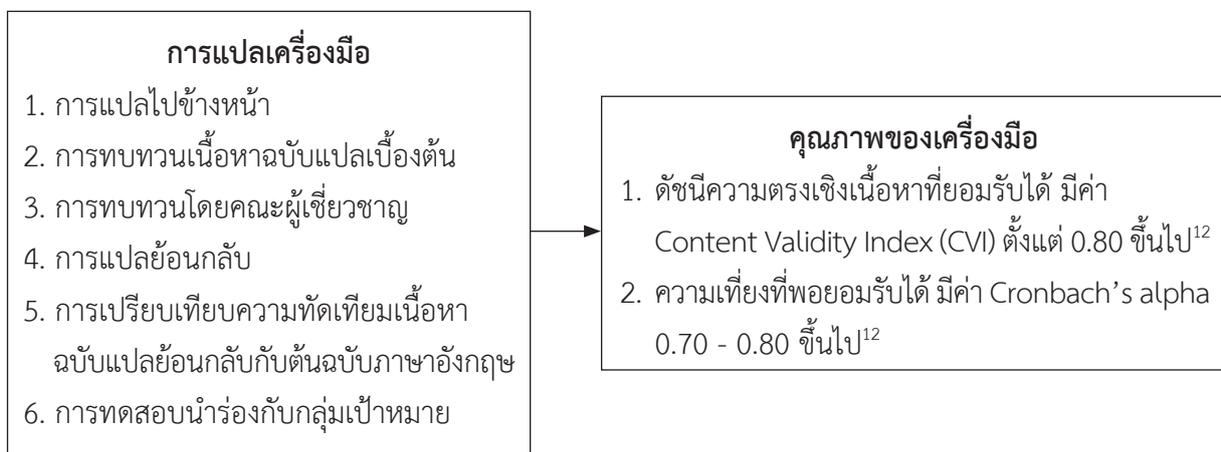
การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยวางแผนดูแลล่วงหน้าถึงขั้นตอนใด และมีการพัฒนาแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าในโรคต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>7</sup> จำนวน 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 มีข้อจำกัดคือ บริบทเฉพาะเจาะจงกับโรคหัวใจ แบบประเมิน Behavior Intention to Sign Up for Hospice and Palliative Care<sup>8</sup> จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.76 แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สอดคล้องกับกฎหมายของประเทศไทย แบบสอบถาม The Advance Care Planning Engagement Survey<sup>9</sup> จำนวน 82 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 มีข้อจำกัด คือ จำนวนข้อคำถามมากเกินไป ในขณะที่เครื่องมือ Advance care planning<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 เป็นเครื่องมือในการประเมินการกระทำของผู้ป่วยในการวางแผนดูแลล่วงหน้า 4 ด้าน ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในบริบทประเทศไทย แต่ยังไม่มีการแปลฉบับภาษาไทย

เครื่องมือ Advance care planning<sup>10</sup> ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในช่วงใดของการวางแผนดูแลล่วงหน้า 4 ด้าน ได้แก่ ความสมดุลในการตัดสินใจ ความเชื่อทางการแพทย์ ความเชื่อด้านศาสนา และกระบวนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพในการนำผลการประเมินมาสนับสนุนให้

ผู้ป่วยดำเนินการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้ครบถ้วน ช่วยให้การสื่อสาร การตัดสินใจ และการวางแผน การดูแลล่วงหน้าสอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อแปลแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
2. เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการแปลแบบประเมิน และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และระยะที่สอง เป็นการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอดที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ 1 แห่งที่สังกัดรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ซึ่งเพียงพอในการตรวจสอบความเที่ยง<sup>12</sup>

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยขององค์การอนามัยโลก<sup>11</sup> เป็นกระบวนการที่ยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วย 1) การแปลไปข้างหน้า 2) การทบทวนเนื้อหาฉบับแปลเบื้องต้น 3) การทบทวนโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ 4) การแปลย้อนกลับ 5) การเปรียบเทียบความทัดเทียมเนื้อหาฉบับแปลกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ และ 6) การทดสอบนำร่องกับกลุ่มเป้าหมาย (รูปที่ 1)

### เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดทุกระยะ เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป กรณีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมิน Mini-cog<sup>®</sup> ได้คะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)<sup>13</sup>

2. สามารถอ่าน พูด ฟัง ภาษาไทยได้

### เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

มีอาการรุนแรงและไม่สามารถตอบคำถามได้ เช่น เหนื่อย หอบ เป็นต้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

2. แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning)<sup>10</sup> พัฒนามาจากปัญหาการทำพินัยกรรมชีวิตยังไม่สามารถเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการที่แท้จริง เอกสารพินัยกรรมชีวิตไม่ได้ถูกเก็บรักษาไว้กับผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทน เมื่อถึงเวลาจำเป็น แพทย์จึงไม่สามารถให้การรักษาได้ตรงตามความประสงค์ของผู้ป่วย และผู้กระทำการแทนก็ไม่ทราบถึงความต้องการที่ผู้ป่วยเคยระบุไว้ ดังนั้น advance care planning<sup>10</sup> ได้พัฒนาแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า จำนวน 15 ข้อ เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้และผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ประเมินว่าผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในช่วงใดของการวางแผนดูแลล่วงหน้า 4 ด้าน ได้แก่ ความสมดุลในการตัดสินใจ ความเชื่อทางการแพทย์ ความเชื่อด้านศาสนา และกระบวนการเปลี่ยนแปลงค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.93 เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (likert scale) 5 ระดับ คือ แทบไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) และเกือบตลอดเวลา (5 คะแนน) รวม 75 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom<sup>14</sup> คือ

0 - 44 คะแนน หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ

45 - 69 คะแนน หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง

60 - 75 คะแนน หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง

3. แบบประเมินภาวะรู้คิดบกพร่อง ใช้แบบประเมิน Mini-Cog ฉบับภาษาไทย<sup>13</sup> จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม  $\leq 3$  คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

### ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะที่ 1 การแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2568

ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2568

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ตามแนวทางการแปลขององค์การอนามัยโลก<sup>11</sup>

### ระยะที่ 1 การแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของแบบประเมินและดำเนินการดังนี้

1. การแปลไปข้างหน้า จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยผู้แปลอาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากสถาบันภาษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาฉบับแปลภาษาไทยเบื้องต้นก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งปอด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและพยาบาล 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน ที่ให้ความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม ต้องปรับปรุงเล็กน้อย

2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับค่านิยามเล็กน้อย ต้องปรับปรุงเป็นอย่างมาก

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม โดยนำความคิดเห็นมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณด้วยสูตร Content Validity Index (CVI) = จำนวนข้อที่ได้ 3 หรือ 4 คะแนน / จำนวนข้อทั้งหมด และพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่า CVI มากกว่า 0.80 ขึ้นไป<sup>12</sup>

4. การแปลย้อนกลับ จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยผู้แปลอาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจากสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

5. การเปรียบเทียบความทัดเทียมเนื้อหาฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยผู้วิจัย และส่งฉบับแปลย้อนกลับให้กับเจ้าของเครื่องมือวิจัยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา

### ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยง

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินการ ดังนี้

1. การทดสอบนำร่องกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน โดยเชิญทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยเรียงลำดับตามการมารับบริการ เพื่อป้องกันอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อครบ จำนวน 30 คน จึงยุติการทดสอบนำร่อง

2. การตรวจสอบความเที่ยง โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.70 - 0.80<sup>12</sup>

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่รับรอง 025/2568 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้รับการชี้แจงข้อมูลก่อนเข้าร่วม และลงนามในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือตัวตน และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการรักษา

### ผลการศึกษา

#### ระยะที่ 1 การแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การแปลย้อนกลับมีภาษาและเนื้อหาเทียบเท่ากับแบบประเมินชุดต้นฉบับภาษาอังกฤษ การตรวจสอบ โดยเจ้าของแบบประเมินผลการตรวจสอบของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 หมายถึง เนื้อหาที่มีความตรงตามนิยามในระดับที่ยอมรับได้ (ตารางที่ 1)<sup>12</sup>

---

**ตารางที่ 1** ตารางแสดงการเปรียบเทียบแบบประเมินต้นฉบับกับการแปลย้อนกลับภาษาอังกฤษ
 

---

ข้อ	ต้นฉบับ	การแปลย้อนกลับ
1	I looked for information on advance care planning.	I have searched for information about advance care planning.
2	Doing advance care planning makes me feel like a person who cares about my loved ones.	(Doing) Advance care planning makes me feel like a caring person to the people I love.
3	I can count on my loved ones to help me with advance care planning.	I can rely on my loved ones for advance care planning.
4	I think about information people have given me on advance care planning.	I acknowledge the information others provide me about advance care planning.
5	I think of myself as someone who can reduce suffering for me and my family by doing advance care planning.	I think I can reduce suffering for myself and my family through advance care planning.
6	My loved ones will support me as I do advance care planning.	My loved ones will support me in advance care planning.
7	I remember information people have given me on the need for advance care planning.	I can remember the information others provide about the necessity of advance care planning.
8	The thought of having an advance care plan makes me feel good about taking responsibility for my healthcare.	Having an advance care plan makes me feel good about taking responsibility for my own healthcare.
9	There is someone I can talk to about doing advance care planning.	I have someone I can talk to about (doing) advance care planning.
10	I review my advance care documents so that I know what they say.	I review my advance care planning documents to understand the information written in them.
11	I feel committed to doing advance care planning.	I feel determined to do advance care planning.
12	I make sure people close to me have copies of my advance care plans with them.	I must be sure that people who are close to me have a copy of my advance care plans (with them).
13	I tell myself that now is the right time to do advance care planning.	I tell myself that now it is the right time to do advance care planning.
14	I make sure that I know where my advance care documents can be found.	I must be sure that (I know where) my advance care planning documents are easily accessible.
15	I tell myself I can do advance care planning even if it is difficult for my loved ones.	I tell myself that I can do advance care planning although it might be difficult for my loved ones.

---

**ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยง****ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.67) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 63.30) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 93.33)

นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.33) มีคู่สมรส (ร้อยละ 63.33) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 73.33) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.33) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 53.33) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 63.33) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)**

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	13	43.33
หญิง	17	56.67
<b>อายุ (ปี) Mean ± SD, (Min-Max) 63±11.61, (37-88)</b>		
น้อยกว่า 60 ปี	11	36.67
60 ปีขึ้นไป	19	63.33
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	28	93.33
อิสลาม	2	6.67
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	28	93.33
อื่น ๆ	2	6.67
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่สมรส	19	63.33
โสด	6	20.00
หม้าย/หย่า	5	16.67
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	73.33
ปริญญาตรี	6	20.00
อื่นๆ	2	6.67
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ไม่เพียงพอ	16	53.33
เพียงพอ	14	46.67
<b>สิทธิการรักษา</b>		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16	53.33
ประกันสังคม	7	23.33
ข้าราชการ	7	23.33
<b>สถานภาพการอยู่อาศัย</b>		
บุตรหลาน	19	63.33
คู่สมรส	8	26.67
ลำพัง	2	6.67
ญาติ	1	3.33

**การวินิจฉัยและรักษา**

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่น ๆ (ร้อยละ 56.67) พบมะเร็งปอดระยะที่ 1 (มะเร็งปอดส่วนบนหรือบริเวณหลอดลม) (ร้อยละ 46.67) ระยะเวลาที่

ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 60.00) ไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 26.67) รักษา มะเร็งปอดด้วยวิธีการผ่าตัดมะเร็งและเคมีบำบัด (ร้อยละ 23.33) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคและรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)**

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัวอื่น ๆ</b>		
มี	17	56.67
ไม่มี	13	43.33
<b>ระยะของโรคมะเร็งปอด</b>		
ระยะที่ 1 (มะเร็งปอดส่วนบนหรือบริเวณหลอดลม)	14	46.67
ระยะที่ 2 (มะเร็งที่กระจายไปยังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก ผนังหน้าอก หรือกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง)	3	10.00
ระยะที่ 3 (มะเร็งที่กระจายไปยังปอดกลีบอื่นๆ ในข้างเดียวกัน ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะที่อยู่ข้างเคียง)	3	10.00
ระยะที่ 4 (มะเร็งที่กระจายออกนอกเนื้อปอด แพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นๆ ไกลจากจุดเริ่มต้น)	10	33.33
<b>ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรคมะเร็งปอด</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	18	60.00
1-2 ปี	7	23.33
มากกว่า 2 ปี	5	16.67
<b>การรักษา มะเร็งปอดที่ได้รับ</b>		
ยังไม่ได้รับ	8	26.67
เคมีบำบัด และการฉายรังสี	7	23.33
การผ่าตัดมะเร็ง	3	10.00
เคมีบำบัด	3	10.00
อื่น ๆ	9	30.00

**การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)**

การวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย 49.07 คะแนน (SD = 13.09) จากคะแนนรวม 75 คะแนน ซึ่งเป็นการกระทำเกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง โดยข้อที่คะแนนต่ำสุด (3 คะแนน) คือ ฉันสามารถพึ่งพาคนที่ฉันรักในการวางแผนดูแลล่วงหน้า

**การตรวจสอบความเที่ยง**

ความเที่ยงของแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 แสดงว่าแบบประเมินมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง เมื่อตรวจสอบรายข้อพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าระหว่าง 0.26 - 0.77 โดยส่วนใหญ่มีค่าเกิน 0.30 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ยกเว้นข้อที่ 2 ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.26 แม้จะต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย แต่ยังถือว่าใกล้เคียงและไม่ส่งผลกระทบต่อความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือ (ตารางที่ 4)

## ตารางที่ 4 การตรวจสอบความเที่ยง

ข้อ	คำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	ฉันได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.42	0.87
2.	การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ห่วงใยคนที่ฉันรัก	0.27	0.88
3.	ฉันสามารถพึ่งพาคนที่ฉันรักในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.50	0.87
4.	ฉันรับรู้ถึงข้อมูลที่ผู้อื่นให้ฉันเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.34	0.88
5.	ฉันคิดว่าฉันสามารถลดความทุกข์ให้กับตัวเองและครอบครัวได้ด้วยการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.53	0.87
6.	คนที่ฉันรักจะสนับสนุนฉันในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.45	0.87
7.	ฉันจำข้อมูลที่ผู้อื่นให้เกี่ยวกับความจำเป็นของการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้	0.56	0.87
8.	การมีแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้ฉันรู้สึกดีที่ได้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของตัวเอง	0.59	0.87
9.	ฉันมีคนที่สามารถพูดคุยด้วยเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.65	0.86
10.	ฉันทบทวนเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อให้ทราบข้อมูลที่เขียนไว้ในเอกสาร	0.50	0.87
11.	ฉันรู้สึกมุ่งมั่นที่จะทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.77	0.86
12.	ฉันต้องแน่ใจว่าคนใกล้ชิดของฉันมีสำเนาแผนการดูแลล่วงหน้าของฉันอยู่กับพวกเขา	0.60	0.87
13.	ฉันบอกตัวเองว่าตอนนี้เป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า	0.66	0.86
14.	ฉันต้องแน่ใจว่าเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าของฉันสามารถค้นหาเจอได้	0.63	0.86
15.	ฉันบอกตัวเองว่าฉันสามารถวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ แม้ว่าอยากสำหรับคนที่ฉันรัก	0.54	0.87

## วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning)<sup>10</sup> จำนวน 15 ข้อ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง

กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) มีบทบาทในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามภาษาไทยให้คงความหมายตรงกับต้นฉบับ แบบสอบถามฉบับแปลย้อนกลับกับฉบับต้นฉบับมีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย จำเป็นต้องคงไว้ซึ่งความหมายเชิงแนวคิดและความถูกต้องของบริบททางภาษา มากกว่าการแปลแบบตรงตัวตามถ้อยคำในบริบททั่วไป<sup>15</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>16</sup>

กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก<sup>11</sup> การแปลไปข้างหน้าและแปลย้อนกลับโดยผู้แปลสองชุดที่เป็นอิสระต่อกันเพื่อช่วยลดอคติและเพิ่มความแม่นยำของภาษา ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาฉบับแปลภาษาไทยเบื้องต้นก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

กระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม 15 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด 5 ท่าน มีการปรับข้อคำถามเล็กน้อยให้ชัดเจนและเข้าใจง่าย ขยายความให้สมบูรณ์และสื่อสารชัดเจน และเขียนความคิดเห็นเกี่ยวกับแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมการใช้ภาษาไทย จากนั้นนำระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 หมายถึงแบบประเมินฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>12</sup> สะท้อนว่าเครื่องมือมีความครอบคลุมและเหมาะสมต่อการวัดเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กระบวนการตรวจสอบความเที่ยงเป็นขั้นตอนสำคัญในการยืนยันคุณภาพและความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการประเมินความสอดคล้องภายในของรายการคำถามแต่ละข้อ เพื่อตรวจสอบว่าแบบประเมินมีความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นว่าเครื่องมือสามารถวัดโครงสร้างของตัวแปรเดียวกันได้อย่างสม่ำเสมอ

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 แสดงว่าแบบประเมินมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง สามารถวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์ได้ สะท้อนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างสม่ำเสมอ และเชื่อถือได้ในการนำไปใช้ในการวิจัยหรือประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่างอื่น อาจเนื่องจากการสร้างข้อคำถามยึดตามกรอบวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้เครื่องมือสามารถวัดคุณลักษณะตามตัวแปรที่สนใจได้อย่างตรงประเด็นและเที่ยงตรง โดยคำถามข้อที่ 11 (ฉันรู้สึกมุ่งมั่นที่จะทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า) มีความเที่ยงระดับสูงมาก มีค่าสหสัมพันธ์ในแต่ละข้อคำถามของข้อคำถามเท่ากับ 0.77 สะท้อนว่าข้อคำถามนี้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาของแบบประเมินโดยรวม และสามารถวัดแนวคิดเรื่องแรงจูงใจหรือความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอดเชื่อว่ากรวางแผนดูแลล่วงหน้า

มีประโยชน์ ช่วยส่งเสริมการทบทวนคุณค่าชีวิตและรักษาศักดิ์ศรีของพวกเขาไว้เมื่อต้องตัดสินใจเรื่องการประคับประคองชีวิต<sup>15</sup> ข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำ คือ ข้อคำถามที่ 2 (การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ห่วงใยคนที่ฉันรัก) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.26 อาจเกิดจากความแตกต่างในภาษาต้นทางและภาษาไทย ด้านวัฒนธรรมที่บุคคลในประเทศตะวันตกคุ้นเคยกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเองในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต<sup>18</sup> ในขณะที่วัฒนธรรมไทยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลประคับประคอง<sup>17</sup> นอกจากนั้นคำถามข้อ 2 (การวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ห่วงใยคนที่ฉันรัก) มีความหมายที่ต้องตีความ อาจทำให้ความเข้าใจของผู้ตอบแบบประเมินคลาดเคลื่อน<sup>19</sup>

การทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ในภาษาอื่น แบบประเมินต้นฉบับมีเฉพาะภาษาอังกฤษ ในการศึกษาครั้งนี้จึงแปลแบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นภาษาอื่นครั้งแรก พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ย 49.07 คะแนน (SD = 13.09) จากคะแนนรวม 75 คะแนน ซึ่งเป็นการกระทำเกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอดยังไม่ตื่นตัวและคุ้นเคยต่อกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า และอาจมีความเข้าใจไม่ครบถ้วน ในขณะที่บางการศึกษา รายงานว่าผู้ที่จัดทำเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่ผู้ป่วยแต่เป็นครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนัก หรือไม่มีสติสัมปชัญญะ 5 วันก่อนเสียชีวิต<sup>20</sup> อย่างไรก็ตาม การวางแผนดูแลล่วงหน้าสามารถเริ่มต้นด้วยตนเองที่บ้านหรือโรงพยาบาล อาจปรึกษานิติกรในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์<sup>5</sup> โรงพยาบาลสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ค่านิยม เป้าหมายการดูแลมุมมอง

เกี่ยวกับการใช้ชีวิต และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย บรรเทาอาการ การจัดการโรคให้การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ<sup>21</sup> ช่วยอำนวยความสะดวกในการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้า และเตรียมแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง โดยตระหนักถึงอาการความพร้อมในการมีส่วนร่วมและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องและทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น<sup>22</sup>

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม บางแนวคิดในวัฒนธรรมต้นฉบับอาจไม่สอดคล้องกับบริบทไทย เช่น ค่านิยมความเชื่อทางศาสนา ส่งผลให้การแปลบางข้ออาจไม่สามารถถ่ายทอดความหมายได้ตรงตามต้นฉบับทั้งหมด แม้แบบประเมินจะได้รับการปรับให้เข้ากับภาษาไทยแล้ว แต่ยังคงต้องการการทดสอบเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความเที่ยงและความตรงในบริบทต่าง ๆ

## สรุป

แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้าฉบับภาษาไทยมีคุณภาพ มีภาษาและเนื้อหาเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษ มีความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงในระดับสูง และสามารถใช้ประเมินผู้ที่ป่วยโรคในระยะประคับประคองตามบริบทประเทศไทยได้

## ข้อเสนอแนะ

1. แบบประเมินสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลตติยภูมิได้ เนื่องจากมีระบบการดูแลแบบประคับประคอง สามารถส่งต่อให้การปรึกษา กรณีที่ผู้ตอบแบบประเมินเกิดความรู้สึกเครียดหรือสับสน
2. การนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ ควรจัดทำคู่มืออธิบายรายละเอียดแต่ละข้อคำถาม ซึ่งช่วยให้มีความเข้าใจถูกต้อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Terri R Fried, West Haven Veterans Affairs Connecticut Healthcare System, USA ที่อนุญาตให้แปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปลในครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## References

1. Department of Medical Services. Palliative and end-of-life care manual (for medical personnel). 1<sup>st</sup> ed. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
2. Knaul F, Radbruch L, Connor S, Lima LD, Arreola-Ornelas H, Carniado OM, et al. Global atlas of palliative care. 2<sup>nd</sup> ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
3. Weerathanabut P. Who are “terminally ill patients”? Peacefuldeath[Internet]. 2018 [accessed Oct 15, 2025]. Available from: <https://peacefuldeath.co/terminallyillpatients/>. (in Thai)
4. Wichaphat W. Factors related to mortality and survival rates in patients with metastatic non-small cell lung cancer diagnosed and treated at Saraburi Hospital. J Dept Med Serv. 2020; 46: 182–92. (in Thai)

5. National Health Commission Office. Standards for advance care planning in Thailand B.E. 2565 (2022). Royal Gazette. 2021; 3: 1–17. (in Thai)
6. Thaipradit S. Nurse's role in advance care planning for critically ill patients. Thai J Nurs. 2017; 44: 189–94. (in Thai)
7. Ounkham S, Matchim Y, Kanhasing R, Thanyarath B. Intention toward advance care planning among patients with heart failure. Thai Red Cross Nurs J. 2024; 17: 15–34. (in Thai)
8. Chen YC, Huang HP, Tung TH, Lee MY, Beaton RD, Lin YC, et al. The decisional balance, attitudes, and practice behaviors, its predicting factors, and related experiences of advance care planning in Taiwanese patients with advanced cancer. BMC Palliat Care. 2022; 21: 189.
9. Sudore RL, Heyland DK, Barnes DE, Howard M, Fassbender K, Robinson CA, et al. Measuring advance care planning: Optimizing the advance care planning engagement survey. J Pain Symptom Manage. 2017; 53: 669–81.
10. Fried TR, Redding CA, Robbins ML, Paiva A, O'Leary JR, Iannone L. Promoting advance care planning as health behavior change: Development of scales to assess decisional balance, medical and religious beliefs, and processes of change. Patient Educ Couns. 2012; 86: 25–32.
11. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva: World Health Organization; 2014.
12. Thato R. Nursing research: Concepts to applications. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
13. Somdet Phra Sangharaja Yan Sangwon Geriatric Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Development of appropriate tools for dementia screening in the Thai context. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
14. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay. 1956; 483-98.
15. Sukkueng J, Jittimane S. Translation and Psychometric Testing of the Short-Form Pulmonary Functional Status Scale© (PFSS-11©). Lanna Public Health Journal. 2025; 21: 15-30. (in Thai)
16. Lertanunsit J, Jittimane S. Translation and psychometric testing of the Head and Neck Symptom Checklist© for persons receiving radiotherapy. Journal of Health Research and Development. 2025; 11: 152–65. (in Thai)

17. Sripaew S, Assanangkornchai S, Limsomwong P, Kittichet R, Vichitkunakorn P. Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: A qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2024; 23: 211.
18. Thipkanjanareka K, Salikun S, Apisittivasana N, Thiammok M. Advance care planning for peaceful death. *J Boromarajonani Coll Nurs Bangkok*. 2017; 33: 138–45. (in Thai)
19. Treklangdon K, Sukwiset A, Insiam N. Strategies for using English to convey Thai cultural terms. *J Faculty of Humanities and Social Sciences, Suan Sunandha Rajabhat Univ*. 2022; 8: 51–69. (in Thai)
20. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliat Med Rep*. 2021; 2: 272–9.
21. Thaipradit S. Nurse's role in advance care planning for critically ill patients. *Thai J Nurs*. 2017; 44: 189–94. (in Thai)
22. Sinclair C, Auret KA, Evans SF, Williamson F, Dormer S, Wilkinson A, et al. Advance care planning uptake among patients with severe lung disease: A randomised patient preference trial of a nurse-led, facilitated advance care planning intervention. *BMJ Open*. 2017; 7: e013415.