

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้สูงอายุมะเร็งชนิดก้อน

Factors Related to Advance Care Planning Intention Among Older Patients with Solid Tumor

นพรัตน์ ภิลาลัย**¹ จิตตวดี เจริญทอง*¹ กาญจนา ธาณะ¹ นิสาชล เดชเกรียงไกรกุล²

Noppharat Pilalai**¹ Jittawadee Rhiantong*¹ Kanjana Thana¹ Nisachol Dejkriengkraikul²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

¹Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

²โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

²MaharajNakorn Chiang Mai, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งชนิดก้อน โดยส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่เกิดประโยชน์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และ 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rpb = .220$, $p < .05$) ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทัศนคติต่อความตายและการสนับสนุนทางสังคมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($rs = .364$ และ $.538$ ตามลำดับ, $p < .01$) ในขณะที่เพศ อายุ ศาสนา และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คำสำคัญ : การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้สูงอายุ, มะเร็งก้อน

Abstract

Advance care planning (ACP) is a critical component of care for older adults with solid tumors. However, the majority of individuals in this group have not engaged in ACP, resulting in the receipt of unnecessary and non-beneficial medical treatments. This study aimed to examine the level of intention to engage in advance care planning and the factors associated with it. A descriptive correlational study design was employed, and a purposive sampling method was used to recruit 84 participants who met specified inclusion

Corresponding Author : *Email: jittawadee.r@cmu.ac.th

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ (Received) 18 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 14 ส.ค. 2568

criteria. Data were collected using five instruments: (1) a demographic questionnaire, (2) an ACP intention questionnaire, (3) a death attitude questionnaire, (4) a social support scale, and (5) an ACP knowledge questionnaire. Data analysis was conducted using descriptive statistics, point-biserial correlation, and Spearman's rank correlation coefficient. The results indicated that the overall intention to engage in ACP was high. There was a statistically significant low positive correlation between education level and ACP intention ($r_{pb} = .220$, $p < .05$). Additionally, moderate positive correlations were found between ACP intention and both attitudes toward death and social support ($r_s = .364$ and $.538$, respectively, $p < .01$). In contrast, gender, age, religion, and ACP knowledge were not significantly correlated with the intention to engage in advance care planning.

Keywords : Advance care planning, older adults, solid tumor

บทนำ

ประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากร¹ โดยร้อยละ 64.80 ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งโรคมะเร็งก้อน (solid tumor) เป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.90 และร้อยละ 94.50 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด² มะเร็งก้อนเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ขยายตัวลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงและอวัยวะอื่น ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต ทั้งนี้ มะเร็งก้อนมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ามะเร็งระบบโลหิตรวมไปถึงมีอัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตใน 90 วัน สูงกว่ามะเร็งระบบโลหิต^{3,4}

โรคมะเร็งก้อนส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุ โดยแต่ละระยะของโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะเริ่มต้นก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ไม่แพร่กระจาย ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี อัตราการรอดชีวิตสูง แต่เมื่อโรคลุกลามก้อนมะเร็งจะขยายตัวและแพร่กระจายจนไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้อัตราการรอดชีวิตต่ำลงตามไปด้วยสำหรับผู้สูงอายุเมื่อโรคดำเนินสู่ระยะท้ายจะประสบกับความเสื่อมของร่างกายและการทำงานของอวัยวะลดลง ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาลดลง และได้รับความทุกข์ทรมานจากทั้งอาการของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่าวัยอื่น⁵

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้ามาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกการรักษาเชิงรุกเพื่อยืดชีวิต⁶ โดยคาดหวังว่าการหายจากโรค แม้จะได้ผลการรักษาดีแต่ก็มีผลข้างเคียงตามมา เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายผู้สูงอายุมะเร็งจะตอบสนองต่อการรักษาลดลง และได้รับผลข้างเคียงจากการรักษามากขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้สูงอายุมะเร็งมักเผชิญกับภาวะเพื่อสับสน

ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 68.30⁷ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาได้ด้วยตนเอง ทำให้คนรอบข้างต้องเข้ามาตัดสินใจแทน ซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ ดังนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) จึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้การรักษาสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมะเร็งอย่างแท้จริง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เป็นกระบวนการตัดสินใจในการวางแผนดูแลสุขภาพหรือเลือกรับบริการสาธารณสุขในอนาคตเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตที่เผชิญกับความยากลำบากในการตัดสินใจหรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนได้⁸ ซึ่งผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถลดภาระการตัดสินใจลดความขัดแย้งในการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ลดการรักษาที่ไม่จำเป็น ลดการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่ไม่จำเป็น และส่งเสริมให้เกิดการตายดี⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีการปฏิบัติน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งเนื่องจากโอกาสในการสื่อสารมีน้อย การพูดคุยเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่เปราะบางในสังคมไทย อีกทั้งการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักเริ่มในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองเป็นหลัก และยังไม่ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมะเร็งอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นผลมาจาก

ความตั้งใจของผู้ป่วย ซึ่งความตั้งใจในการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้าจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นเป็นผลมาจากหลายปัจจัยทั้งจาก
ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ¹⁰ อายุ ศาสนา¹¹ ระดับการศึกษา¹²
ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ¹³ ประสบการณ์
ความเจ็บป่วย¹⁴ และปัจจัยที่สามารถจัดกระทำหรือส่งเสริม
ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแล การสนับสนุน
ทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุน
จากครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มบุคคลรอบข้างและสังคม¹⁵
ทัศนคติต่อความตายในแง่การยอมรับความตาย และการ
หลีกเลี่ยงความตาย¹⁶

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุ
ระยะเร่งชนิดก่อน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทัศนคติต่อ
ความตาย ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ
การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใน
การวางแผนดูแลล่วงหน้า ($r = .359$, $r = .486$ และ $r = .488$,
 $p < .01$ ตามลำดับ)^{16,17} แม้ว่าจะอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบท
ของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคระยะเร่งชนิดก่อนในประเทศไทย
และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องความตั้งใจในการ
วางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อนมาก่อน
อีกทั้งจากงานวิจัยในต่างประเทศส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วย
กลุ่มผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะ
เจ็บป่วยเรื้อรังแต่ไม่ใช่กลุ่มระยะเร่งชนิดก่อน ซึ่งผลของการศึกษา
ไม่สามารถนำมาอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อนได้
เนื่องจากกระบวนการรักษาและการเผชิญกับความรุนแรงของ
โรคแตกต่างกัน อีกทั้งในบริบทของต่างประเทศมีความแตกต่าง
จากประเทศไทยในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพแวดล้อม
และนโยบาย ส่งผลให้ผลของการศึกษาในต่างประเทศยังไม่
สามารถนำมาอธิบายในกลุ่มของผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อน
ในประเทศไทยได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา
ในประเด็นดังกล่าว โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็น
ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้า ลดการรักษาที่ไม่จำเป็น ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ
การตายดีในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ทัศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับ
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตั้งใจในการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อน

คำถามการวิจัย

1. ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าใน
ผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อนเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อความตาย
การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งชนิดก่อนหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการ
วางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเลือกรับ
บริการสาธารณสุขในอนาคต โดยมีความตั้งใจเป็นปัจจัยนำไป
สู่การกระทำดังกล่าว ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจใน
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษา และศาสนา โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้ม
ที่จะวางแผนดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย¹⁰ อายุที่มากขึ้นเกิด
ความเสื่อมของร่างกายและเกิดความรุนแรงของโรคส่งผล
ให้ตระหนักถึงความเปราะบางของชีวิตมากกว่าวัยอื่น¹⁵ ระดับ
การศึกษาที่สูงขึ้นช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น¹⁸ ศาสนา
เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวที่ส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อความตาย¹⁹
และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ทัศนคติต่อความตาย
การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้า โดยทัศนคติเชิงบวกต่อความตายมีผลให้กล้าตัดสินใจ
วางแผนมากขึ้น¹⁶ การได้รับการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์
ข้อมูล และสิ่งของส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญ
ความเจ็บป่วย¹⁵ ความรู้ที่เพียงพอทำให้เกิดความเข้าใจใน
กระบวนการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มากยิ่งขึ้น ซึ่ง
ส่งผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹³ ดังนั้น
เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ทัศนคติต่อความตาย
การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการ
วางแผนการดูแลล่วงหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก้อน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งที่มีความผิดปกติของเซลล์ในร่างกายลักษณะชนิดเป็นก้อนที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนครั้งแรก และจะต้องไม่มีอาการไม่คงที่ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ปวดรุนแรง เป็นต้น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น (alpha) ที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง และนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The short portable mental status questionnaire (SPMSQ))²⁰ และ 2) แบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS))²¹

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และศาสนา

2) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Behavioral intentions toward ACP)²² ประเมินสิ่งที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยผ่านกระบวนการแปล

ย้อนกลับ 5 ขั้นตอน (Back translation)²³ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 6 ข้อ

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย²⁴ คำถามประเมินความรู้สึกและความคิดเห็นต่อการสิ้นสุดชีวิตในเชิงบวกและเชิงลบ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 18 ข้อ

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม²⁵ คำถามประเมินการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลหรือกลุ่มคนอื่น โดยนำข้อคำถามมาดัดแปลง คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 8 ข้อ

5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Knowledge of ACP)²² คำถามประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกการบริการทางการแพทย์และการวางแผนการรักษาในอนาคต แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ 5 ขั้นตอน (Back translation)²³ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย คำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” จำนวน 9 ข้อ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยมะเร็ง ได้ค่าดัชนีเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้ว ได้ค่าดัชนีเท่ากับ 0.81 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้นำไปทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) กับผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก้อนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.78 0.86 และ 0.71 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยสถิติของ Kuder-Richardson

(KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.71

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลแบบตัวต่อตัวเพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยผ่านผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกและประจำหอผู้ป่วยในที่มีคุณสมบัติการผ่านการอบรมระยะสั้น หลักสูตรพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 10 วัน โดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเริ่มเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยทำการสัมภาษณ์ในห้องแยกที่จัดเตรียมไว้ที่มีความเป็นส่วนตัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Study Code: 2567-EXP091) ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Study Code: FAC-MED- 2567-0714) ลงวันที่ 2 มกราคม 2568 และก่อนการเก็บข้อมูลได้สอบถามความสมัครใจชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม และลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในหนังสือแสดงความยินยอม รวมทั้งการจัดเก็บเอกสารเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนทัศนคติต่อความตาย คะแนนการสนับสนุนทางสังคม คะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (correlational analysis) ความตั้งใจในการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า ทัศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุเมื่เริ่มชีวิตก่อนทดสอบการแจกแจงข้อมูลพบว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งไม่ปกติจึงทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ผลข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งก่อนและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 84 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.10 มีอายุเฉลี่ย 68.27 ปี (S.D. = 5.66) ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 33.30 รองลงมาศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 29.80 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.00

2. ผลข้อมูลเกี่ยวกับระดับทัศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อความตาย เท่ากับ 74.48 คะแนน (SD = 6.80) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 34.50 คะแนน (SD = 4.15) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เท่ากับ 5.08 คะแนน (SD = 1.82) อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เท่ากับ 26.55 คะแนน (SD = 2.72) อยู่ในระดับสูง

3. ผลข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุเมื่เริ่มชีวิตก่อน

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{pb})	p - value
เพศ	-.053	.633
อายุ (ปี)	.097	.379
ระดับการศึกษา	.220*	.044
ศาสนา	.097	.381

หมายเหตุ r_{pb} = Point Biserial Correlation Coefficient, * p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศ อายุ และศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r_{pb} = -.053$ $p = .633$, $r_{pb} = .097$ $p = .379$ และ $r_{pb} = .097$ $p = .381$ ตามลำดับ) แต่ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .220$, $p < .05$)

4. ผลข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งด่วน

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งด่วนของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ตัวแปร	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
ทศนคติต่อความตาย	.364**	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.538**	.000
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.107	.331

หมายเหตุ r_s = Spearman Rank Correlation Coefficient, ** p-value < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ทศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง ($r_s = .364$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง ($r_s = .538$, $p < .01$) ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งด่วน ($r_s = .107$, $p = .331$) ดังที่แสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเร่งด่วน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่อาจส่งผล ได้แก่ การรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งทำให้บุคคลตระหนักถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ ประสพการณ์ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด อาจกระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงความเสี่ยง

แน่นอนของชีวิต และเพิ่มความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุได้หัวหน้าที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในแผนกโรคหัวใจ และเป็นญาติผู้ดูแลมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง¹⁷ อย่างไรก็ตามระดับความตั้งใจดังกล่าวมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายได้จากความแตกต่างของภาวะเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยระยะเรื้อรังจะรับรู้โรคเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีข้อจำกัดต่อชีวิต ส่งผลให้บุคคลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง²⁶ ดังนั้น ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก่อนจึงอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยร้ายแรง และการรับรู้ถึงข้อจำกัดของชีวิต

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และปัจจัยทัศนคติต่อความตาย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก่อน ดังนี้

เพศ เพศเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจุบันสังคมให้ความสำคัญกับบทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาคทำให้การตัดสินใจของบุคคลมีความเท่าเทียมกัน²⁷ ทั้งนี้ความตั้งใจในการวางแผนขึ้นอยู่กับกระบวนการคิด วิเคราะห์ และประสบการณ์ชีวิตมากกว่าเพศ อีกทั้งจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า เพศหญิงมีผลต่อความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากกว่าเพศชาย²⁸ แต่ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของผลการศึกษา ที่แสดงให้เห็นว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ พบว่า เพศไม่มีผลต่อความเต็มใจในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹³

อายุ ผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก่อนทุกช่วงวัยต่างเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของโรคระยะเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการรับรู้ว่าตนอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากกว่าปัจจัยอายุของผู้สูงอายุ²⁹ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุช่วงต้นซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังคงมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ค่อนข้างดี และยังคงมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง อาจส่งผลให้

ผู้สูงอายุยังไม่นึกถึงการใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และอาจไม่ให้ความสำคัญกับการวางแผนการดูแลสุขภาพในระยะท้าย โดยมองว่ายังเป็นเรื่องไกลตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศพบว่า ระดับความแตกต่างอายุของผู้สูงอายุไม่มีผลต่อความตั้งใจหรือความยอมรับในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .053$)¹⁶

ศาสนา แม้ว่าศาสนาจะมีผลต่อการรอบความคิดและมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและการตัดสินใจในช่วงท้ายชีวิต แต่ระดับความเชื่อหรือความศรัทธาในศาสนาอาจมีอิทธิพลมากกว่าการนับถือศาสนานั้น ๆ กล่าวคือ หากบุคคลนับถือศาสนาแต่มีระดับความเชื่อที่แตกต่างกัน การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก็จะแตกต่างกันไป³⁰ ดังนั้น การนับถือศาสนาอาจไม่มีผลโดยตรงต่อการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ศาสนาไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า³¹ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสะท้อนถึงพัฒนาทางความคิด กระบวนการตัดสินใจ และพฤติกรรมของบุคคลทำให้เกิดแนวโน้มที่จะประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางสุขภาพและเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทราบประโยชน์และเห็นความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น¹² อีกทั้งยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาคต่ำ³²

ทัศนคติต่อความตาย บุคคลที่มีทัศนคติต่อความตายในทางบวก จะมองความตายหรือการสิ้นสุดชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้คิดและตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่มีเหตุผล และเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการในช่วงท้ายชีวิต ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า³³ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีทัศนคติต่อความตายในด้านลบ จะมีความกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญหน้าหรือพูดถึงเกี่ยวกับความตาย และมองว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นการเผชิญหน้ากับความตายที่ตนไม่พร้อมรับมือ³⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยการกลัวความตายและการหลีกเลี่ยงความตายมีความ

สัมพันธ์เชิงลบกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ($r = -.259$ และ $r = -.260$, $p < .01$) และการยอมรับความตายตามธรรมชาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ($r = .359$, $p < .001$)¹⁶

การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และคนรอบข้าง ช่วยให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจ ในการเปิดใจพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของตนในช่วงท้ายชีวิต¹⁸ ทั้งยังช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจกันระหว่างคนรอบข้าง ซึ่งส่งผลให้มีแนวโน้มต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่า ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคล้อยตามบุคคลรอบข้างที่ใกล้ชิด จากกลุ่มคู่สมรส พี่น้อง ลูก หลาน แพทย์ พยาบาล และเพื่อน ($r = .488$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แม้ว่าความรู้จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจแนวคิดและขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ดีขึ้น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่มีผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยจากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior: (TPB))³⁵ กล่าวว่า การจะกระทำของบุคคลต้องได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านทัศนคติ ความเชื่อทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยหากบุคคลมีความรู้ที่ดีแต่ไม่มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นก็จะทำให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า และจากการศึกษาในครั้งนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับคำว่าวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคองหรือการยื้อชีวิตในเชิงลึกอย่างแท้จริง ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางและไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า³⁶ และอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงถึงร้อยละ 68.90 แต่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดังกล่าวเพียงร้อยละ 12.30 ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า³⁷

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุระยะเรื้อรังชนิดก้อน สำหรับตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์ในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แนะนำให้นำไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรอื่นที่มีความหลากหลาย ทั้งด้านช่วงวัย ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และประสบการณ์การเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น ระยะของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และศึกษาความตั้งใจว่ามีผลต่อการปฏิบัติให้เกิดการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือไม่

References

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics 2021. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer: Global cancer observatory. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Burstein R, Aviv A, Even-Zohar NG, Nachmias B, Haran A, Braun M, et al. Comparing end-of-life care of hematologic malignancy versus solid tumor patients in a tertiary care center. European Journal Haematology. 2023; 111(4): 528-35.
4. Newcomb RA, Nipp RD, Waldman LP, Greer JA, Lage DE, Hochberg EP, et al. Symptom burden in patients with cancer who are experiencing unplanned hospitalization. Cancer. 2020; 126(12): 2924-33.
5. Utthiya P. Role of Home Care Nurses for Older Adults with End Stage Cancer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 18-25. (in Thai)

6. Liao J, Wu B, Mao J, & Ni P. Preference for aggressive end-of-life care among advanced cancer patients in wuhan, china: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(18): 1-12.
7. Martínez-Arnau FM, Puchades-García A, & Pérez-Ros P. Accuracy of delirium screening tools in older people with cancer-A systematic review. *Cancers (Basel)*. 2023; 15(10): 1-15.
8. National Health Commission Office of Thailand. Thai standards for advance care planning 2022. Nonthaburi: National Health Commission Office of Thailand; 2022. (in Thai)
9. Goswami P. Advance Care Planning and End-Of-Life Communications: Practical Tips for Oncology Advanced Practitioners. *Journal of the Advanced Practitioner Oncology*. 2021; 12(1): 89-95
10. Hu L, Chu Q, Fan Z, & Chen Y. Discussion of advance care planning on end-of-life decisions with lung cancer patients in Wuhan, China: attitude, timing and future directions. *Internal Medicine Journal*. 2021; 51(12): 2111-8.
11. Breslin L, Connolly E, Purcell R, Lavan A, Kenny RA, & Briggs R. What factors are associated with advance care planning in community-dwelling older people? Data from TILDA. *European Geriatric Medicine*. 2022; 13(1): 285-9.
12. Hong M, & Kim K. Advance care planning among ethnic/racial minority older adults: Prevalence of and factors associated with informal talks, durable power of attorney for health care, and living will. *Ethnicity Health*. 2022; 27(2): 453-62.
13. Tsai WT, Chen CM, Chung MC, Tsai PY, Liu YT, Tang FC, et al. Important factors influencing willingness to participate in advance care planning among outpatients: A pilot study in central Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(9): 1-9.
14. Yang Z, Hou B, Chen P, & Zhang H. Preference and influencing factors of advance care planning for Chinese elderly patients with chronic diseases: A mixed-methods approach. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2021; 23(2): 178-86.
15. Takeshita Y, Kaneko F, & Okamura H. Factors associated with facilitating advance care planning based on the theory of planned behaviour. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2021; 51(6): 942-9.
16. Zheng X, Gao Y, Yan XX, Zhu X, & Wang C. Acceptance status and influencing factors of advance care planning among elderly patients with chronic disease. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103(49): e40526.
17. Ke LS, Cheng HC, Ku YC, Lee MJ, Chang SY, Huang HY, et al. Older adults' behavioral intentions toward advance care planning based on theory of reasoned action. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2022; 24(6): E294-300.
18. Zhang P, Sun F, & Hirsch J. Perceived barriers and social cultural factors associated with advance care planning conversations among Chinese American older adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2023; 42(10): 2110-8.
19. Kelly EP, Henderson B, Hyer M, Pawlik TM. Intrapersonal factors impact advance care planning among cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2021; 38(8): 907-13.
20. Chiangmai Provincial public health Office. Health screening guide for the elderly health promotion. Chiang Mai: Chiangmai Provincial Public Health Office; 2018. (in Thai)
21. Nilchaikovit T, Lotrakul M, & Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 1996; 41(1): 18-30. (in Thai)

22. Cheng HC, Ke LS, Chang SY, Huang HY, Ku YC, & Lee MJ. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: questionnaire development and testing. *Public Library of Science One*. 2022; 17(7): e0272351.
23. Sawasdiapanich N, Thiansawad S. Translation of instruments for cross-cultural research: Techniques and considerations. *Thai Journal of Nursing*. 2011; 26(1): 19-28.
24. Kritsadee D, & Surinya T. Attitudes toward death, self-awareness, family support, and depression among the elderly in the elderly club, Sikhio district, Nakhon Ratchasima province. (thesis). Bangkok: Kasetsart University; 2008. (in Thai)
25. Pawapaiboon K. Mental health self-care behaviors, hope, and social support among the elderly in Ratchaburi Province. (thesis). Bangkok: Mahidol University; 2004. (in Thai)
26. Kanchanopas T, & Thanapreethiwong S. Advance care planning in the elderly. *Ramathibodi Medical Journal*. 2024; 47(4): 46–60. (in Thai)
27. Roulet C. Gender equality in politics. *Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)*; 2024
28. Gallagher J, Bolt T, & Tamiya N. Advance care planning in the community: factors of influence. *British Medical Journal Supportive and Palliative Care*. 2022; 12(3): e345–57.
29. Thapanakunlaks S. Advance care planning: Key issues in palliative care for the elderly. *The Journal of Nursing Science and Health*. 2020; 43(3): 12–23. (in Thai)
30. Sawa T. Review of Religious Variables in Advance Care Planning for End-of-Life Care: Consideration of Faith as a New Construct. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022; 30(7): 747–58.
31. Yunus RM, Duivenbode R, & Padela AI. American Muslim engagement with advance care planning: Insights from a community survey. *The American journal of hospice and palliative care*. 2024; 41(4): 405-13.
32. Rahemi Z, & Adams SA. Advance care planning among diverse U.S. older adults with varied cognition levels. *Alzheimer's & Dementia*. 2024; 20(Suppl. 7): 1-2
33. Park S-u, & Kang Y-S. The effect of cancer patients' knowledge of advanced directives and perception of good death on attitude toward withdrawal of life-sustaining treatment. *Journal of the Korea Academia Industrial Cooperation Society*. 2021; 22: 539-47.
34. Wang K, De Fries C, To MN, Sun F, Wu B, & Levkoff S. Attitudes toward advance directives among older Southeast Asian American. *Innovation in Aging*. 2023; 7(Supplement_1): 220.
35. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. Berlin: Springer-Verlag; 1985.
36. Li Z, McIlpatrick S, Hasson F, & Beck ER. Factors influencing knowledge, attitudes and behaviour towards engaging with advance care planning: A cross-sectional survey of Chinese diaspora. *Journal of Palliative Care*. 2025; 40(3): 233-43.
37. Chikada A, Arakawa Y, Takenouchi S, & Narita Y. Advance care planning in primary malignant brain tumors: Knowledge, experiences, and preferences of patients and caregivers. *Neuro-Oncology Practice*. 2025; 12(1): 1-11.