ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โดย

กนกวรรณ ลินทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2568

Ref. code: 25686614032057ATZ

FACTORS PREDICTING INTENTION TOWARD ADVANCE CARE PLANNING AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

BY

KANOKWAN LINTHONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

Ref. code: 25686614032057ATZ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

กนกวรรณ ลินทอง

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 19 กันยายน 2568

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะวรรณ ขนาน)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

คณบดี .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ชื่อผู้เขียน	กนกวรรณ ลินทอง
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะวรรณ ขนาน
ปีการศึกษา	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบรรยายประเภทการศึกษาอำนาจการทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 2) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-5 (eGFR ≤ 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ที่เข้ารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐจำนวน 5 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 ของประเทศไทย ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของอัจเซน (Ajzen) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต และ 7) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 64.48 ปี (SD = 11.78) ร้อยละ 51.63 เป็นเพศหญิง (n = 95) และ ร้อยละ 51.10 (n = 94) ของกลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.20 (n = 94) มีโรคร่วมอย่างน้อย 3 โรค และ ร้อยละ 92.40 (n = 170) ไม่

Ref. code: 25686614032057ATZ

ทราบเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.20 (n = 131) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ (M = 16.89, SD = 7.83) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (β= .287, p < .001), การสนับสนุนจากครอบครัว (β = .226, p < .001), การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง (β= .217, p < .01), และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(β= .181, p < .01) โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ร้อยละ 52.9 (ค่า Adjust R^2 = .529, p < .01)

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพของคลินิกโรคไตควรมีกิจกรรมการรณรงค์ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการรับรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้ากับกระบวนการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จัดโครงการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ถูกต้องและเสริมสร้างสมรรถนะความรู้ความสามารถในการจัดการและดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจรวมถึงการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, โรคไตเรื้อรัง, ความตั้งใจ, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Ref. code: 25686614032057ATZ

Thesis Title	FACTORS PREDICING INTENTION TOWARD ADVANCE CARE PLANNING AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE.
Author	Kanokwan Linthong
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Adult and Gerontological Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Yaowarat Matchim, Ph.D., RN.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Piyawan Kanan, Ph.D., RN.
Academic Year	2025

ABSTRACT

This descriptive predictive study aimed to (1) examine the level of intention to engage in advance care planning (ACP) and (2) investigate the predictive power of attitudes toward ACP, family support, perceived self-efficacy in self-management, knowledge regarding ACP, and death anxiety on the intention to engage in ACP among patients with chronic kidney disease (CKD). Participants were CKD patients in stages 3–5 (eGFR ≤ 60 mL/min/1.73 m²) receiving care at nephrology and general internal medicine outpatient clinics in five tertiary-level public hospitals located in Health Region 4 of Thailand. The research framework was guided by Ajzen's Theory of Planned Behavior and supported by relevant literature.

Data were collected using seven instruments: (1) a demographic questionnaire; (2) the Attitudes Toward Advance Care Planning Questionnaire (A-ACPQ); (3) the Family APGAR Questionnaire; (4) the Perceived Self-Efficacy in Self-Management Questionnaire (PSE-SMQ); (5) the Knowledge About Advance Care Planning

Ref. code: 25686614032057ATZ

Questionnaire (K-ACPQ); (6) the Death Anxiety Questionnaire (DAQ); and (7) the Intention to Engage in Advance Care Planning Questionnaire (I-ACPQ). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Results showed that participants had a mean age of 64.48 years (SD = 11.78); 51.63% were female (n = 95), and 51.10% (n = 94) had completed primary education. More than half (52.20%, n = 94) had three or more comorbidities, and 92.4% (n = 170) were unfamiliar with ACP. The majority (71.20%, n = 131) demonstrated low levels of ACP knowledge, and the mean score for intention to engage in ACP was also low (M = 16.89, SD = 7.83). Four variables significantly predicted intention to engage in ACP: attitude toward ACP (β = .287, p < .001), family support (β = .226, p < .001), perceived self-efficacy in self-management (β = .217, p < .01), and knowledge of ACP (β = .181, p < .01). Together, these factors explained 52.9% of the variance in ACP intention (Adjusted R^2 = .529, p < .01).

The findings suggest that nurses and healthcare teams in nephrology settings should implement advocacy and educational interventions to enhance ACP awareness and understanding among patients and families. Strategies should aim to foster positive attitudes toward ACP, integrate ACP discussions into routine care, and strengthen family involvement. Moreover, tailored educational programs should be developed to improve patients' knowledge and self-management abilities, using accessible materials suited to their educational levels, to promote greater intention and engagement in ACP.

Keywords: advance care planning, chronic kidney disease, behavior intention, Theory of Planned Behavior

Ref. code: 25686614032057ATZ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้โดยสมบูรณ์ ด้วยความช่วยเหลือและความปรารถนาดีจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ที่มีความเมตตาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมถึงคอยกระตุ้นสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจมาโดยตลอด กระทั่งสามารถผ่านอุปสรรคมาได้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะวรรณ ขนาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ ภู่สำอางค์ และ อาจารย์ฉัตรฤดี ผัดรัตนมณีกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำอย่างดีเสมอมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาเป็นกรรมการพิจารณากลั่นกรองวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการปรับแก้วิทยานิพนธ์ให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้เกียรติมาร่วมเป็นกรรมการพิจารณากลั่นกรองวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทุกๆ ท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ สนับสนุนให้กำลังใจ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีเสมอมาตลอดการศึกษา ขอขอบคุณรุ่นพี่และเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษารหัส 66 ในทุกสาขาวิชา ที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลสระบุรีที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ทุกท่านที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่เคารพรักยิ่ง ที่คอยเลี้ยงดู ปลูกฝังความเข้มแข็งจนสามารถข้ามผ่านอุปสรรคต่างๆ จนการทำวิทยานิพนธฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

กนกวรรณ ลินทอง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	7
1.5 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	8
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
1.7 ขอบเขตการวิจัย	9
1.8 นิยามศัพท์การวิจัย	10
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 โรคไตเรื้อรัง	14
2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง	14
2.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง	15

Ref. code: 256866140320 57ATZ

2.1.3 พยาธิสภาพและวิถีการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง 17
2.1.4 อาการ อาการแสดงและผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง 18
2.1.5 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังและวิธีการบำบัดทดแทนไต 20
2.2 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Intention toward advance care planning: ACP) 22
2.2.1 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) 22
2.2.1.1 ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 23
2.2.1.2 องค์ประกอบของการวางการแผนดูแลล่วงหน้า 23
2.2.1.3 ขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 24
2.2.1.4 ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 25
2.2.1.5 อุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 26
2.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 27
2.2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) 27
2.2.2.2 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 29
2.2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 30
2.2.2.4 เครื่องมือประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 31
2.3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 32
2.3.1 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 32
2.2.3.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 32
2.2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 33
2.2.3.3 เครื่องมือประเมินทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 34
2.3.2 การสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 35

Ref. code: 256866140320 57ATZ

2.3.2.1 นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบของการสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 35
2.3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัว ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 36
2.3.2.3 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 36
2.3.3 การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 37
2.3.3.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 37
2.3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 38
2.3.3.3 เครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 39
2.3.4 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 40
2.3.4.1 นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 40
2.3.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 40
2.3.4.3 เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 42
2.3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 44
2.2.3.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 44
2.2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 44
2.2.3.3 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 45
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 46

บทที่ 3 วิธีการวิจัย 48

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 48

Ref. code: 256866140320 57ATZ

3.1.1 ประชากร 48
3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง 48
3.1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 48
3.1.4 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 49
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 53
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 57
3.3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) 57
3.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) 58
3.4 การดำเนินการวิจัย 58
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 60
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 61

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 64

4.1 ผลการวิจัย 65
4.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล 65
4.1.1.1 ข้อมูลทั่วไป 65
4.1.1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย 67
4.1.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 69
4.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติ ต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 71
4.1.3 วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านทัศนคติต่อการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 73
4.2 อภิปรายผลการวิจัย 78
4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง 78

Ref. code: 256866140320 57ATZ

4.2.2 ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 80
4.2.3 อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 83

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 91

5.1 สรุปผลการวิจัย 91
5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล 92
5.1.2 ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 92
5.1.3 ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 93
5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย 93
5.3 ข้อเสนอแนะ 93

รายการอ้างอิง 95

ภาคผนวก 110

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 110
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ 124
ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 125
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการวิจัย 132
ภาคผนวก จ เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย 143
ภาคผนวก ฉ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล 153

ประวัติผู้เขียน 166

Ref. code: 256866140320 57ATZ

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	สรุปขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล	51
4.1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	65
4.2	ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย	67
4.3	จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	69
4.4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	71
4.5	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบรายข้อของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	72
4.6	แสดงระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	73
4.7	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	74
4.8	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ปัจจัยทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	75
4.9	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	77
ค.1	ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	125
ค.2	ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว	126
ค.3	ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	127
ค.4	ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	128
ค.5	ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	129

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ค.6 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 130

ค.7 การหาค่าความสอดคลองภายใน (Internal consistency reliability) และเปรียบเทียบ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย 131

ฉ.1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผน การดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 153

ฉ.2 ระดับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแล 154

ฉ.3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทัศนคติต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 155

ฉ.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนของครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=184) 156

ฉ.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง 157

ฉ.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 158

ฉ.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลต่อความตาย 159

ฉ.8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 160

ฉ.9 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรที่นำมาศึกษา 161

ฉ.10 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย) 165

ฉ.11 ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม 165

Ref. code: 256866140320 57ATZ

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)	28
3.1 แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power	49
3.2 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
ฉ.1 การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้น (homoscedasticity)	162
ฉ.2 scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	162
ฉ.3 scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	163
ฉ.4 scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	163
ฉ.5 scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	164
ฉ.6 scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	164

Ref. code: 256866140320 57ATZ

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกมากถึง 850 ล้านคน (บัญชา สถิระพจน์, 2560; ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566; Francis et al., 2024) มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี โดยนับจากปี 1990 ถึง 2017 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.5 และคาดการณ์ว่าภายในปี 2040 โรคไตเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 จากอันดับ 12 (Kovesdy, 2022) ในปัจจุบัน โดยทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรค ร้อยละ 8-16 เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุของประชากร สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรวมทุกระยะจำนวน 1,062,756 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.63 ต่อประชากรไทยทั้งหมด โดยในเขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ 78,859 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.12 ต่อประชากรไทยทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 7.42 จากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดในประเทศไทย (Health data center, 2566) โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ พบว่าสูญเสียงบประมาณของประเทศเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รายงานจากระบบฐานข้อมูลบริการฯ สปสช. พบว่างบประมาณรายจ่ายกองทุนไตวายเรื้อรังในปีพ.ศ. 2565 จำนวนมากถึง 11,808 ล้านบาท มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่าจากงบประมาณที่ใช้ไปเมื่อปีพ.ศ. 2553 (ไตรเทพ ฟองทอง, 2566)

วิถีการเจ็บป่วยของโรคไตเรื้อรังระยะลุกลาม ผู้ป่วยอาจประสบกับอาการรบกวนซึ่งมีความถี่ ความรุนแรงของอาการ ความกังวลใจมากขึ้นหรือน้อยลง มีความไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย (Murtagh et al., 2011) การดำเนินโรคจะมีทั้งระยะสงบและวิกฤติสลับกันไปมา ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต และไม่สามารถคาดการณ์ได้ (กิตติกร นิลมานัตและคณะ, 2564) เนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดการคั่งของของเสียหรือสารพิษยูเรียนำไปสู่ภาวะยูรีเมีย (uremia) มีน้ำเกินในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยจะต้องประสบกับความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน จากอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ภาวะน้ำท่วมปอด หัวใจเต้นผิดจังหวะจากความผิดปกติในการส่งสัญญาณไฟฟ้าในห้องหัวใจ ส่งผลให้มีหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อเป็นการรักษาชีวิตและยืดอายุของผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟอกไต มีระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ย 38.5 เดือน และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามปีที่ได้รับการฟอกไต (Zafar Mohtashami et al., 2022) โดยในปีที่ 5 อัตราการเสียชีวิต

Ref. code: 256866140320 57ATZ

อาจสูงถึงร้อยละ 60.9 โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Demir et al., 2024)

นอกจากนั้น ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยอาจถูกจำกัดด้วยพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง เมื่อมีของเสียคั่งในระบบประสาทและการเสียสมดุลของเกลือแร่และอิเล็คโทรไลท์ ผู้ป่วยมักมีภาวะความผิดปกติทางการรับรู้ การรู้คิด (Bolignano et al., 2024) ความผิดปกติของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและหากการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ รุนแรงอาจจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2564) การรักษาพยาบาลเพื่อยื้อชีวิตจากแพทย์โดยหน้าที่สำคัญที่พึงกระทำต่อผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมวิชาชีพ อาจเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากความตาย แต่ผลลัพธ์หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจจะต้องพึ่งพาญาติในการช่วยเหลือดำรงชีพต่อไป มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อการมีชีวิตอยู่แบบไม่มีคุณภาพ ครอบครัวมีภาระรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจมิใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง (กนกศักดิ์ พ่วงลาภ, 2566) ดังนั้น การไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการที่จะเลือกและตัดสินใจในสิ่งที่ตนเองปรารถนา ในสถานการณ์ที่อาจกำลังเผชิญ ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการตัดสินใจทางการแพทย์ ซึ่งในบริบทของครอบครัววัฒนธรรมของไทย การเป็นคนดีต้องมีความกตัญญูต่อผู้มีบุญคุณ บิดามารดา การตัดสินใจให้แพทย์ทำการยุติการช่วยชีวิตและการรักษา จึงเป็นสิ่งที่บุคคลในครอบครัวคิดเห็นว่าไม่ควรกระทำ (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563) ฉะนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือ Advance Care Planning (ACP) เป็นกระบวนการที่มุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาพยาบาลล่วงหน้าสำหรับภาวะการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) ความต้องการของผู้ป่วย (Patient Preferences) เป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญ ความเชื่อ ค่านิยม และเป้าหมายในการรักษา 2) เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance Directive หรือ Living Will) เป็นเอกสารที่ระบุความประสงค์ของบุคคลเกี่ยวกับการรับหรือไม่รับการรักษาในระยะท้ายของชีวิต และ 3) การแต่งตั้งตัวแทนตัดสินใจทางการแพทย์ (Proxy Nomination) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Sudore et al., 2017) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยสะท้อนคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน สนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง (Lagay, 2000) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Malhotra et al., 2024) ช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจและการกู้ชีพ (ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณและศิริจิต เนติภูมิกุล, 2564; สุนีย์ ณีศะนันท์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลัง

Ref. code: 25686614032057ATZ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้จัดทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 65 ราย โดยพบว่าร้อยละ 91 ไม่ต้องการ CPR และร้อยละ 86 ไม่ต้องการฟอกไต ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน 56 ราย โดยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาสอดคล้องกับความต้องการที่ระบุไว้ในแผนการดูแลล่วงหน้า และได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Li et al., 2023)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับนโยบายการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กระทรวงสาธารณสุขเสนอแผนสาธารณสุขแห่งชาติพร้อมประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยกฎหมายนี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 และเริ่มมีการพูดถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (กนกศักดิ์ พ่วงลาภ, 2566) เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สร้างคู่มือและเผยแพร่มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 กำหนดตัวชี้วัดการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลอย่างมีคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง โดย กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด มากกว่า ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ของเขตสุขภาพที่ 4 ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 40.69 และ 52.18 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

ความตั้งใจ (Intention) เป็นกุญแจสำคัญหรือตัวกำหนดให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อ้างอิงตามองค์ประกอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) (Theory of Planned Behavior : TPB) ที่กล่าวไว้ว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากความเชื่อใน 3 ด้าน คือ 1) ทัศนคติ ต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) ศึกษาความตั้งในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผน การดูแลล่วงหน้า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาของรุ่งทิวา กังวานสุระ และคณะ (2565) ศึกษาความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ จำนวน 100 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต

Ref. code: 25686614032057ATZ

บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจและบริบททางสังคม นอกจากนี้ มีการศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของอาภรณ์ ยิ้มเนียมและนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2566) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r= .568, p< .001; r = .331, p< .01) ความเชื่อทางศาสนาและอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .260, p < .01; r= .169,p< .05) และความวิตกกังวลต่อการตายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ (r= -.185, p< .05) กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

สำหรับปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี แผนกโรคหัวใจและผู้ป่วยในของศูนย์การแพทย์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศไต้หวัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r = .535, p <. 01) และสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูการดูแลล่วงหน้าได้ (β = .040, p < .045) (Ke et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องพินัยกรรมชีวิตเท่ากับ 4.88 (Score 8, SD=3) และความรู้สามารถทำนายความตั้งใจในการทำพินัยกรรมชีวิตได้ (β = 1.230, p<.001) (Fang et al., 2020) บริบทของประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาในต่าง ประเทศ คือ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยหากผู้ที่เป็นมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตที่มากขึ้นจะมีโอกาสในการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79) โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.6 และในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46 และระดับต่ำร้อยละ 29.2 แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน (อธิพงศ์ มุณีโน, 2566)

ปัจจัยต่อมาที่สำคัญและอาจมีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพบว่า ทัศนคติอาจส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเริ่มต้นหรือการเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาของอภิรฎี พิมเสน และคณะ (2019) พบว่า เจตคติต่อหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้สูงอายุในชุมชน (r = .585, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตคือการมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต (รุ่งทิวา กังวานสุระ

Ref. code: 25686614032057ATZ

และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2557) กลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีเป็นต้นไป ที่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ ร้อยละ 37.1 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิตที่สูงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2 = 5.386, p < .020) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุบริบทประเทศไต้หวัน พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r = .494, p < .01) และสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (B = 0.057, p < .001) (Ke et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทประเทศญี่ปุ่น ซึ่งศึกษากับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีเป็นต้นไป พบว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (r = .828, p < .05) (Takeshita et al., 2021) ในบริบทประเทศเกาหลีใต้ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิต จะเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเขียนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าฯ มากขึ้น 6.5 เท่า (OR 6.50, 95% CI=1.23~34.38) และทัศนคติต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าฯ สามารถทำนายความตั้งใจในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตได้ (B = 1.87, p = .028) (Eun-Ju Ha & Mee Ock Gu, 2021)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นอีกปัจจัยที่อาจสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าคนที่มีความสำคัญต่อเขาจะให้การสนับสนุนหรือคัดค้านต่อการทำพฤติกรรม บุคคลก็จะมีแนวโน้มในการคล้อยตามความคิดเห็นของคนเหล่านั้น โดยในวัฒนธรรมของชาวเอเชียและประเทศไทย ครอบครัวถือว่าเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลมากที่สุด นอกจากนี้ งานวิจัยทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของครอบครัวเมื่อทำการตัดสินใจ (Sakai et al., 2022) และการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีนั้นช่วยให้ความช่วยเหลือทางอารมณ์ เศรษฐกิจ ข้อมูลและจิตใจ (Miyashita et al., 2021) ซึ่งช่วยลดอารมณ์ด้านลบของผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและความรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับแผนการรักษามากขึ้น การศึกษาของสารภี รังษีโกศัย (2556) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายในภาวะใกล้ตาย (r = .332, p < .01) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.3) การศึกษาในประชาชนของประเทศญี่ปุ่น พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r = .759, p < .001) (Takeshita et al., 2021) นอกจากนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวกับการวางแผนการดูแล

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ล่วงหน้าของผู้สูงอายุ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับความสัมพันธ์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสที่บุคคลจะมีการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการเขียนพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุ (p < .05) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรสจะเพิ่มโอกาสในการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ (OR = 4.34, p < .05) (Boerner et al., 2013) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น (OR = 0.04, 95% Cl: 0.004 - 0.495, p = .011) (นิติรัฐ นาให้ผล, 2567) จึงสามารถสรุปได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรม องค์ประกอบสำคัญของ Perceived Behavioral Control ตามหลักการของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและอำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของศิริวรรณ พายพัตร และคณะ(2564) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (r = .655, p = .000) ดังนั้น เมื่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสูง บุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความง่าย ส่งผลให้มีแนวโน้มในการที่บุคคลจะทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับความกลัวความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความไม่แน่นอนในช่วงท้ายของชีวิต กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Walbaum et al., 2024) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีผลกระทบทางลบทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (Alwhaibi et al., 2023) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาทางการแพทย์ไว้ก่อนตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่ภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย (พระชาย อภินนฺโท, 2562; สารภี รังษีโกศัย, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิพงศ์ มุณีโน (2566) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง จะส่งผลต่อโอกาสที่ผู้ป่วยจะพูดคุยและทำพินัยกรรมชีวิตลดลงร้อยละ 13 (OR = 0.87, 95% CI = 0.82-0.92) นอกจากนี้การศึกษาของ อาภรณ์ ยิ้มเนียมและคณะ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายสูงขึ้น (r = -.185, p = . 05) ดังนั้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลในช่วงท้ายของชีวิตหรือการ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

วางแผนการดูแลล่วงหน้า จากความกลัวหรือไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความจริงเรื่องความตาย (Gao et al., 2025)

การทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถนำผลการศึกษาที่ค้นพบใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อปฏิบัติการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับทราบและมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าดียิ่งขึ้นไป ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่มาก นอกจากนี้ ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของประเทศไทยว่ามีอำนาจและอิทธิพลมากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.2.2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผน การดูแลล่วงหน้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับใด

1.3.2 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้หรือไม่

1.3.3 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้หรือไม่

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย รายปัจจัยสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

1.4.2 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตก

Ref. code: 25686614032057ATZ

โรคกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1) ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2) ตัวแปรตาม (dependent variables) คือ ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) (Ajzen & Fishbein, 1975) เพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยมีตัวกำหนด พฤติกรรมที่สำคัญ คือความตั้งใจ (Intention) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดจากการชี้นำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และ ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Control beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ (Ajzen, 1991)

โดยพื้นฐานของทฤษฎีจะประกอบด้วย (1) พฤติกรรม (Behavior) การกระทำของบุคคลที่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) หรือเรียกว่า เจตนาเชิงพฤติกรรมที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ (2) เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ได้รับอิทธิพลจาก ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน 3 ปัจจัย ได้แก่

(1) เจตคติหรือทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) โดยการมีทัศนคติทางบวกจะส่งผลให้เกิดเจตนาหรือความตั้งใจ (Intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ในการศึกษานี้ คือ ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) บุคคลมีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและกระทำพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองว่าบุคคลที่มีความสำคัญ มีความคาดหวัง ต้องการหรือไม่ต้องการให้เขากระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษา ปัจจัยการการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Ref. code: 256866140320577ATZ

(3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) หากบุคคลความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมใดๆง่ายต่อการปฏิบัติ รวมไปถึงสามารถควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างที่ตั้งใจได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

โดยในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษา ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่ามีปัจจัยอื่น ที่อาจมีอิทธิพลกับความตั้งใจในการวางแผนการดูล่วงหน้า ได้แก่

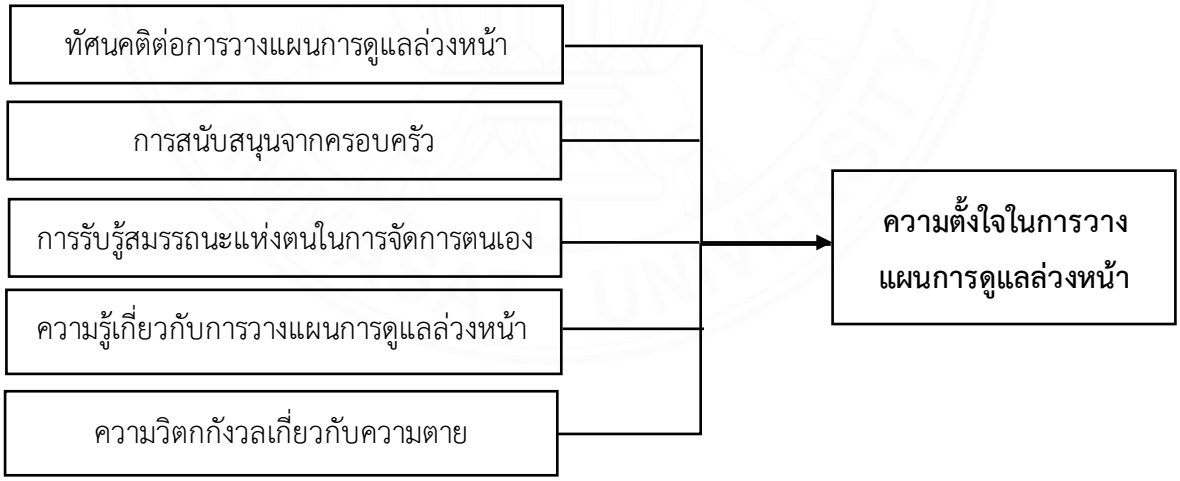
(4) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดีจะนำไปสู่ความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มมากขึ้น

(5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดทัศนคติทางด้านลบต่อความตาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

มีความเป็นไปได้ว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงได้สร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังภาพที่ 1.1

ภาพที่ 1.1

กรอบแนวคิดการวิจัย



1.7 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยศึกษาในคลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่

Ref. code: 25686614032057ATZ

เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลปทุมธานี และ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับยี่สิบปีบริบูรณ์ที่มาพบแพทย์ตรวจตามนัดในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–5 เนื่องจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการสื่อสารและการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เตรียมการเลือกแนวทางการดูแลรักษาที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและค่านิยมของบุคคล แม้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อาจยังไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการลุกลามของโรคอย่างรุนแรง การเริ่มต้นพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงเวลานี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาในการเรียนรู้ ทบทวน ทำความเข้าใจ และเตรียมตัวอย่างรอบด้าน ไม่ต้องเผชิญกับการตัดสินใจในภาวะเร่งด่วนหรือวิกฤติ นอกจากนี้ยัง และเปิดโอกาสให้เกิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Frandsen et al., 2023)

1.8 นิยามศัพท์

1.8.1 ความรู้เกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง ความจดจำ ระลึกได้ เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) แปลจากแบบสอบถาม Knowledge Regarding Advance Care Planning Questionnaire (K-ACPQ) ที่สร้างและพัฒนาโดยเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ และ คะแนนสูง หมายถึง บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง

1.8.2 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การประเมินคุณค่าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมไปถึงผลที่จะตามมาทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถาม Attitude Regarding Advance Care Planning Questionnaire (A-ACPQ) ที่สร้างและพัฒนาโดย เชง และคณะ (Cheng et al., 2022) คะแนนต่ำ หมายถึง บุคคลมีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง บุคคลมีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง

1.8.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่าตนมีความสามารถที่จะจัดระบบและกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

Ref. code: 25686614032057ATZ

ประเมินโดยการใช้แบบสอบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง (The Perceived Self-Efficacy in Self-management Questionnaire [PSE-SMQ]) ของ ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ (2555) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองในระดับสูง

1.8.4 การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงความช่วยเหลือและความใส่ใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับจากครอบครัว และประเมินโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire Thai Version) ได้รับการสร้างโดย สมิลค์สไตน์ และคณะ (1982) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2544) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง

1.8.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความกลัวหรือความกังวลที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือการสิ้นสุดของชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire [DAQ]) ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง

1.8.6 ความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า หมายถึง ความสนใจหรือความปรารถนาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการเตรียมความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยแบบสอบถาม Behavioral Intentions for Advance Care Planning Questionnaire (I-ACPQ) ของเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลโดย สุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) คะแนนต่ำ หมายถึง บุคคลมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง บุคคลมีความตั้งใจต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ผลการวิจัยไปเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.9.2 ด้านการวิจัย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในเชิงกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองในเรื่องของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

1.9.3 ด้านการศึกษาทางการพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนในประเด็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในหลักสูตรการพยาบาล

Ref. code: 256866140320 57ATZ

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทการศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยต่อความตั้งใจในวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้ทำการค้นคว้า สืบค้นบทความของงานวิจัย การศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

2.1 โรคไตเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง

2.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2.1.3 พยาธิสภาพและวิถีการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง

2.1.4 อาการ อาการแสดงและผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง

2.1.5 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังและวิธีการบำบัดทดแทนไต

2.2 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Intention toward advance care planning)

2.2.1 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

2.2.1.1 ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.1.2 องค์ประกอบของการวางการแผนดูแลล่วงหน้า

2.2.1.3 ขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.1.4 ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.1.5 อุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)

2.2.2.2 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.2.4 เครื่องมือประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.1 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.1.1 นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบของทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Ref. code: 256866140320 57ATZ

2.3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.1.3 เครื่องมือประเมินทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.2 การสนับสนุนของครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.2.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของการสนับสนุนของครอบครัวต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า

2.3.2.3 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนของครอบครัวต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.3.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.3.3 เครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.4 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.3 เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.3.5.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.3.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.3.5.3 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

2.1 โรคไตเรื้อรัง

2.1.1 ความหมายและอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease : CKD) เป็นภาวะความผิดปรกติทางโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตมากกว่า 3 เดือน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการตรวจพบลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือพบร่วมกันทั้งสองลักษณะต่อไปนี้ 1) มีความผิดปกติของไต (kidney damage) อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่ขึ้นกับค่าการทำงานหรืออัตราการกรองของไต ได้แก่ ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albumin excretion rate, AER) ≥ 30 มก.ต่อวัน หรือสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีแอตินีนในปัสสาวะ (albumin-to creatinine ratio, ACR) ≥ 30 มก.ต่อกรัมของครีแอตินีน ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) มีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลท์ (electrolyte) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดฝอยไต (renal tubules) ตรวจพบความผิดปกติของไตทางรังสีวิทยา ทางพยาธิสภาพของไต หรือมีประวัติการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต (glomerular filtration rate, GFR) 2) มีค่าการทำงานหรืออัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ตร.ม. ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งอาจจะมีการตรวจพบหรือตรวจไม่พบว่ามีภาวะไตที่มีความผิดปกติ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับของค่าอัตรากรองของไต (GFR) และระดับของอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565)

ระยะที่1 (CKD stage G1) ค่าอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะนี้ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติแต่บางรายอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 (CKD stage G2) ค่าอัตราการกรองของไต 60 - 89 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปกติความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ

ระยะที่ 3 (CKD stage G3) ค่าอัตราการกรองของไต 30 - 59 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร (แบ่งย่อยออกเป็นอีก 2 ระยะ ได้แก่ ระยะ G3a มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง เล็กน้อยถึงปานกลางคือ 45 - 59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และ ระยะ G3b มีค่าอัตราการกรอง ของไตลดลงปานกลางถึงมากคือ 30 - 44 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร) หมายถึง มีความผิดปกติของไต อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการผิดปกติ อาจพบ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงได้ ในระยะนี้ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ระยะที่ 4 (CKD stage G4) ค่าอัตราการกรองของไต 15 - 29 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร หมายถึง มีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ผิดปกติพบภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) และ ไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

ระยะที่5 (CKD stage G5) หรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/ นาที/1.73 ตารางเมตร ทำให้มีความผิดปกติทุกระบบของร่างกาย สูญเสียสมดุลน้ำและ เกลือแร่ มีภาวะของเสียคั่งค้างในเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว และนอนไม่หลับ เป็นต้น และหากระดับอัตราการกรองของไตลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับที่ต่ำกว่า 6 มล./นาที/1.73ตร.ม. ผู้ป่วยจำเป็นต้องเลือกการบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง

2.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังอาจเกิดจากโรคหรือภาวะความผิดปกติต่างๆ ภายในร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของไตอย่างถาวร รวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรม โรคเรื้อรังบางชนิดที่พบในครอบครัว ดังต่อไปนี้

(1) เบาหวาน (diabetic nephropathy) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อ รัง ความชุกของโรคไตจากเบาหวานของคนไทยร้อยละ 20-40 (บัญชา สถิระพจน์, 2563) น้ำตาลกลูโคสที่สูงในร่างกายจะนำไปสู่พยาธิสภาพในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กของเนื้อไต ส่งผลให้ไตต้องเพิ่มอัตราการกรองและขนาดเพิ่มขึ้น (glomerular hyperfiltration และ glomerular hypertrophy) จนเซลล์เยื่อบุบริเวณ glomerular basement membrane (GBM) หนาตัวจนเกิด mesangial matrix สะสมมากขึ้นจนทำให้เกิดภาวะ glomerulosclerosis สุดท้ายไตจะสูญเสียหน้าที่ในการกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของเกศริน บุญรอด (2562) พบว่า ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับอัตราการกรองของไต (r = - .171, p = .012) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี พบมีความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง 2.3 เท่า และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.2 เท่า เมื่อเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 20 ปี (แสงอรุณ สื่อยรรยงศิริ, 2566) โดยในระยะแรกของโรคจะมีการตรวจพบการรั่วของโปรตีนที่เรียกว่า microalbumin ในปัสสาวะ ต่อมาเกิด macroalbuminuria นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะท้าย (กรอง จันทร์เปรมปรี, 2021) การดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน มีอัตราการเสื่อมของการทำงานของไต (progression of kidney disease) ที่เร็วกว่าโรคไตเรื้อรังจากสาเหตุอื่น อาจมีการลดลงของค่าอัตราการกรองของไต (GFR) สูงถึงประมาณ 10 มล./นาที/ปี โรคไตจากเบาหวานเพิ่มอัตราเจ็บป่วย การนอนโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

(2) โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันซิสโตลิก (SBP) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการกรองของไต (r =-.253, p=.000) (เกศริน บุญรอด, 2562) โดยภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในไต หลอดเลือดจะเกิดการแข็งตัว ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือด เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และไปกระตุ้นระบบเรนนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (Rennin-Angiotensin Aldosterone System) ส่งผลให้ไตขับเกลือและน้ำออกได้น้อยลง ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นไปอีก นอกจากนี้แรงดันในหลอดเลือดฝอยของโกลเมอรูลัสที่เพิ่มขึ้น (Glomerular capillary pressure) ทำให้โกลเมอรูลัสขยายตัวและเกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ กระตุ้นการเกิดกระบวนการอักเสบ หากดำเนินต่อไปอย่างเรื้อรัง หลอดเลือดฝอยถูกทำลายและเนื้อไตจะถูกทำลายไปด้วยจนเกิดพังผืดในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Tubulointerstitial fibrosis) ของไต ส่งผลให้ไตเสียหน้าที่ในที่สุด (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566) โรคความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้เกิดไตเสื่อมถึงร้อยละ 56.4 ต่อปี และมีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมมากกว่าผู้ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง 7-8 เท่า (กุลลดา เลียวเสถียรวงศ์ และ ปทุมพร อภัยจิตต์, 2565) นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงยังส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นโดยสัมพันธ์กับระยะของโรคไตเรื้อรังที่มากขึ้น (Sapantong & Tanglai, 2022)

(3) การติดเชื้อ เช่น กรวยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerulonephritis) กระบวนการอักเสบที่เรื้อรังจะทำลายผนังของหลอดไตนำไปสู่การเกิดแผลเป็นในเนื้อเยื่อไต ในที่สุดทำให้ไตเกิดพังผืด เมื่อไตถูกทำลายมากขึ้นไตจึงเสียหน้าที่ อัตราการกรองจึงลดลง (Fogo et al., 2016)

(4) การอุดตันในทางเดินปัสสาวะ เช่น โรคนิ่วในไต เนื้องอกในไต ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก ท่อปัสสาวะตีบ ทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะเหนือบริเวณที่ถูกอุดกั้น ไตและกรวยไตจึงเพิ่มแรงบีบเพื่อขับน้ำออก หากการอุดตันเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับ การแก้ไขไตและกรวยไตจะขยายตัวขึ้น ผนังของกรวยไตยืดบางลง มีน้ำขังในกรวยไตและ เกิดไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ไตเสียหน้าที่ (Rishor-Olney & Hinson, 2025)

(5) ความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเอสแอลอี (SLE: Systemic lupus erythematosus) จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) ในอวัยวะของร่างกาย พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดและเซลล์เยื่อบุผิวของโกลเมอรูลัสของไต โดยมีผนังหนาตัวขึ้นร่วมกับมีการอักเสบของไต ทำให้ความสามารถในการกรองของไตลดลง มีการรั่วของอัลบูมินซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบและเกิดพังผืดขึ้นในไต (บัญชา สถิระพจน์, 2560)

(6) ความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ถุงน้ำในไต (Polycystic kidney disease) ถุงน้ำที่โตขึ้นจะไปกดกรวยไต เกิดการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ และกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไต ทำให้ เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง เนื้อไตมีขนาดเล็กลงและสูญเสียหน้าที่การทำงาน (Bergmann et al., 2018)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

(7) การได้รับสารพิษต่อไต เช่น การรับประทานยากลุ่มเอนเสด (NSAIDs) เป็นเวลานานยาปฏิชีวนะกลุ่มอมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycosides) ทำให้เกลือและน้ำถูกดูดกลับมากขึ้น เกิดอาการบวมและอาจเกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้ ยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamides) ทำให้ปัสสาวะเป็นกรดและปัสสาวะลดลง เกิดการตกผลึกในไตและเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการได้รับพิษจากโลหะหนักบางชนิด สะสมต่อเนื่อง เป็นเวลานานจะทำลายเซลล์ของไตและเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566)

2.1.3 พยาธิสภาพและวิถีการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง

ในคนปกติไตจะทำหน้าที่ในการรักษาสมดุลภายในร่างกาย (homeostasis) ให้คงไว้ โดยพยาธิสภาพที่หน่วยไต จะพบใน 2 ส่วน คือ ส่วนของหน่วยไตที่ได้รับผลกระทบจากกระบวนการของโรคจนทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ และหน่วยไตที่ยังสามารถทำหน้าที่ได้ปกติ หน่วยไตในส่วนนี้จะมีขนาดโตขึ้น (hypertrophy) และทำหน้าที่มากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลภายในร่างกาย โดยคงไว้ในการทำหน้าที่ของโกลเมอรูรัส (glomerulus) และท่อไต (renal tube) เมื่อหน่วยไตที่เหลือต้องทำหน้าที่ในการกรองมากขึ้น จนถึงจุดที่ไตไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้ไตที่เหลือถูกทำลายเพิ่มขึ้น ไม่สามารถปรับชดเชยได้อีกต่อไป ขณะเดียวกันเมื่ออัตราการกรอง หรือค่า GFR ลดลงน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area, BSA) 1.73 ตารางเมตร ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ มีการดูดกลับเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถกำจัดน้ำและเกลือโซเดียมออกจากร่างกายได้ เกิดภาวะไม่สมดุลจนส่งผลให้มีการคั่งของยูเรีย ระดับครีเอตินีนในเลือดเพิ่มสูงขึ้นกว่าระดับปกติ สูญเสียสมดุลกรดด่างและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ของเสียสะสมในเลือดสูงขึ้น (azotemia) นำไปสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) โดยจะตรวจพบการถูกทำลายของหน่วยไตเกือบทั้งหมด ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงมาก พบการตายของเซลล์บุท่อไตชนิดพังผืดจำนวนมาก การสร้างและการสังเคราะห์ฮอร์โมนที่ไตลดลง เกิดอาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบาย มีโอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จากความไม่สมดุลของประจุไฟฟ้าในห้องหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่อาจไม่สามารถรักษาได้จากการใช้ยาเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วยเพื่อให้สามารถรักษาชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้ (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566) ระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ยของป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 38.5 เดือน อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามปีที่มากขึ้นที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือด โดยอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 60.9% ในปีที่ 5 (Zafar Mohtashami et al., 2022)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Murtaghและคณะ (2011) ศึกษาวิถีของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต พบว่า อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ (กิตติกร นิลมานัตและคณะ, 2564)

1) วิถีคงที่ (stable trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความกังวลใจคงที่ตลอดระยะเวลาความ เจ็บป่วย

2) วิถีเพิ่มขึ้น (increasing trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งความกังวลใจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาความเจ็บป่วย

3) วิถีขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuant trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งความกังวลใจมากขึ้น น้อยลง ไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาความเจ็บป่วยในปีสุดท้ายของชีวิต

จาบลอนสกี (Jablonski, 2004) อธิบายวิถีความเจ็บป่วย วิถีการทำหน้าที่ทางกาย วิถีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถอธิบายผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังต่อผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตและครอบครัวและแบ่งวิถีความเจ็บป่วยเป็น 3 ระยะ (กิตติกร นิลมานัตและคณะ, 2564)

1) ระยะวิกฤติ ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะรับการบำบัดทดแทนไต ต้องมีการปรับตัวและวิถีชีวิตใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยเลือก

2) ระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตตามวิถีใหม่ ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนถึงระยะเวลาสุดท้ายหรือความตาย อาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลายครั้งและอาการไม่ดีขึ้น การพยากรณ์ถึงการรอดชีวิตต่ำ

3) ระยะใกล้ตาย กลุ่มที่ยังคงบำบัดทดแทนไต จะมีอาการทรุดลงและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต อย่างกะทันหันจากการติดเชื้อหรือหัวใจหยุดเต้น ส่วนในกลุ่มที่ยุติการบำบัดทดแทนไต อาการจะทรุดลงอย่างรวดเร็วและเสียชีวิตจากภาวะของเสียคั่ง

2.1.4 อาการ อาการแสดงและผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง

เมื่อไตเสียหน้าที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรีย เสียการควบคุมสมดุลของน้ำ และกรดด่างในร่างกาย การสร้างฮอร์โมนต่างๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย จากการเปลี่ยนเปลงทางพยาธิสภาพ เกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้มีอาการและอาการแสดงและผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

(1) ด้านร่างกาย การคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากจะส่งผลต่อร่างกายของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในระบบประสาท ในระยะแรกเริ่มผู้ป่วยจะมีอาการง่วงซึม แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การรับรู้และความสามารถในการคิดไตร่ตรองลดลง ความจำลดลง ในระยะที่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการชัก อาการชาตามปลายมือปลายเท้า

Ref. code: 25686614032057ATZ

ระบบทางเดินหายใจ ลักษณะการหายใจเร็วลึก (Kussmaul's Breathing) ระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เยื่อบุช่องปากแห้ง ร่วมกับมีแผลที่เยื่อบุช่องปาก ลิ้นมีสีเหลืองปนน้ำตาล เวลาหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย (Ammoniacal odor to Breath) อาการปวดกระดูก พบภาวะกระดูกพรุน พบภาวะโลหิตจาง และมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีอาการคัน ผิวแห้ง อาจพบต่อมไทรอยด์โตในระยะสุดท้าย ในระบบทางเดินปัสสาวะ ระยะแรกผู้ป่วยจะมีปัสสาวะมาก (Polyuria) ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (Nocturia) ต่อมาเมื่อไตเสียหน้าที่มากขึ้นผู้ป่วยจะปัสสาวะน้อยลง (Oliguria) และไม่มีปัสสาวะ (Anuria) ในที่สุด (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566)

(2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากมีการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการได้ตามปกติ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงแสดงออกทางอารมณ์มากขึ้น เกิดภาวะเครียด รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลาทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต (Salter, 1988) โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการคุกคามของภาวะยูรีเมียหรือการมีสารพิษสะสมในร่างกายโดยที่ไตไม่สามารถขับออกได้ ส่งผลต่อการทำงานของสมอง มีความผิดปกติด้านความคิดและจิตใจจากภาวะ Uremic Encephalopathy สมาธิลดลง ความจำเสื่อม สับสน ช่วงความสนใจสั้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สภาพอารมณ์ไม่คงที่ (Gong et al., 2018) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า โดยระดับของภาวะซึมเศร้านั้นมีตั้งแต่ระดับปานกลางถึง รุนแรง สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงจากการเสื่อมของไต กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ร่วมกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากว่าผู้ป่วยโรคไตระยะแรกเริ่ม (ศาสตรา เข็มบุบผา, 2565) อาจมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง แยกตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เงียบเหงา การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลงจากผลด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยจึงควรได้รับความเข้าใจ ให้คำแนะนำที่ถูกต้องสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น (Kim et al., 2022)

(3) จากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เช่น การควบคุมอาหารตลอดเวลาและต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรักษาที่ยาวนาน และ ต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ร่วมกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้การมีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เต็มที่โดยเฉพาะในผู้ป่วย ที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกด้อยคุณค่า สูญเสียความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตัวเอง รู้สึกว่าตนเองแตกต่างหรือต่ำต้อยกว่าบุคคลอื่น ทำให้ต้องการแยกตัวออกจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์ กับสังคมลดลง สำหรับในด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้ตามปกติอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องออกจากงานทำให้มีผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัวในเรื่องรายได้ของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการ

Ref. code: 25686614032057ATZ

รักษาเนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (กนกวรรณ ด่านส่งเสบียง, 2565)

2.1.5 แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังและวิธีการบำบัดทดแทนไต

แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังจะแตกต่างกันไปตามระยะของการดำเนินโรค สภาวะทางร่างกายของผู้ป่วย โดยสามารถสรุปแนวทางการรักษาโรคโตเรื้อรัง โดยแบ่งตามความรุนแรงโรค คือ การรักษาในระยะเริ่มต้น หรือระยะไม่รุนแรง ระยะรุนแรงและระยะยะสุดท้าย

2.1.5.1 การรักษาโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นและระยะโรคไม่รุนแรง ประสงค์ที่สำคัญของการรักษา คือ การชะลอการเสื่อมของไตซึ่งจะได้ผลดี หากเริ่มการรักษาตั้งแต่เริ่มตรวจพบความผิดปกติในการทำหน้าที่ของไต ซึ่งพบว่าการชะลอการเสื่อมของไตจะมีประสิทธิผลต่อเมื่ออัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที การรักษาทั้งโดยการไม่ใช้ยา (non-pharmacologic therapy) เช่นการควบคุมอาหาร การควบคุมปริมาณน้ำและการออกกำลังกาย และการรักษาโดยการใช้ยา เมื่อมีข้อบ่งชี้หรือโรคร่วมต่างๆ (pharmacologic therapy) (Cheo et al., 2022)

2.1.5.2 การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงและระยะสุดท้าย เมื่อการรักษาไม่สามารถควบคุมการเสื่อมของไตได้และการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายโดยมีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที การรักษาด้วยยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย ซึ่งในปัจจุบันมี 4 วิธี (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2566) ได้แก่

1) การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้อง (peritoneal dialysis) เป็นวิธีขจัดของเสียในเลือดออกจากร่างกายโดยใช้เชื่อบุช่องท้อง ซึ่งมีหลอดเลือดฝอยจำนวนมาก โดยของเสียในเลือดจะซึมออกจากหลอดเลือดฝอยมาอยู่ในน้ำในช่องท้องและเมื่อปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ของเสีย น้ำ เกลือ และกรดส่วนเกินก็จะออกตามมา การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องที่นิยม คือ การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis : CAPD) เป็นกระบวนการใส่สารละลายภายในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมงต่อ 1 วันและ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมง ติดต่อกันทุกวันโดยเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกวันละ 3 - 4 ครั้ง อาศัยกระบวนการ diffusion, osmosis, และ ultrafiltration โดยกระบวนการแรกเป็นการเคลื่อนที่ของสารและน้ำโดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นของสารใน 2 compartments ซึ่งกั้นโดยเยื่อที่มีรูเล็กๆ เยื่อนี้มีคุณสมบัติเป็น semipermeable membrane ซึ่งมีในเยื่อบุช่องท้อง และผนังหลอดเลือด ที่ยอมให้สารที่มีขนาดเล็ก เช่นน้ำ โซเดียม แคลเซียม ยูเรีย น้ำตาลผ่านได้ สารจะเคลื่อนที่จากความเข้มข้นสูงกว่าไปทางด้านที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า ultrafiltration และ osmosis มีความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายน้ำที่มากเกินไปในระบบไหลเวียนของผู้ป่วย

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การอาศัยเครื่องมือในการทำหน้าที่ขจัดของเสียแทน ประสิทธิภาพสูง แต่ต้องมีการเตรียมหลอดเลือด (vascular access)

Ref. code: 25686614032057ATZ

ผู้ป่วยจะต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง มีข้อจำกัดด้วยราคาค่อนข้างแพง เป็นการนำเลือดออกจากร่างกายของผู้ป่วยโดยให้มีการแลกเปลี่ยนน้ำและสาระสารละสารละสาย โดยผ่านตัวกรอง (hemodialyzer) ที่มีคุณสมบัติเป็นเยื่อเลือกผ่าน (semipermeable membrane) ที่ยอมให้เฉพาะสารละลาย (solute) ที่มีขนาดเล็ก ได้แก่ น้ำ ยูเรีย ครีเอตินินซึมผ่านได้ ซึ่งอาศัยกลไกหลัก 2 ประการ คือ การซึม (diffusion) และการพา (convection)

3) การผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไต (Kidney transplantation) เป็นการเปลี่ยนไตใหม่เข้าไปเพื่อทำหน้าที่ทดแทนไตเดิม ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องอาจจะได้รับการพิจารณาเข้ารักษาด้วยการปลูกถ่ายไต โดยผู้ป่วยหรือผู้รับ (recipient) จะได้รับไตจากผู้บริจาค (donor) ซึ่งจะมีการทดตอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกันก่อน การปลูกถ่ายไตถือว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพแต่มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงและเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รวมทั้งผลข้างเคียงจากยากดภูมิคุ้มกันที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ อาจมีปัญหาการสลัดไตตามมา

4) การรักษาประคับประคอง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (holistic care) โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรืออาจได้รับการบำบัดทดแทนไต (palliative dialysis) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือเพื่อลดอาการเป็นหลัก ซึ่งมีการวางแผนและวางเป้าหมายการรักษา จุดประสงค์เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์ การรักษาเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ (symptomatic treatment) ทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลโรค แนวโน้มของโรคและวิธีการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว รับทราบสถานการณ์ของโรค และสามารถกำหนดเป้าหมายของการดูแล ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาได้ตามความต้องการและตรงกับความหมายของชีวิตตนเอง ผ่านกระบวนการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและทีมผู้รักษา (คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุน และประคับประคอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566) โดยลักษณะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการพิจารณาวิธีการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ได้แก่

(1) ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

(2) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีและมีสิ่งตรวจพบ อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต โดย 1) Positive surprise question การได้คำตอบว่า “ไม่แปลกใจ” เมื่อตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะแปลกใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในปีหน้า” เพื่อคาดคะเนโอกาสของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 6-12 เดือนข้างหน้า 2) Charlson comorbidity score มากกว่า

Ref. code: 256866140320 57ATZ

หรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) Karnofsky Performance Scale น้อยกว่า 40 คะแนน 4) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้

(3) ผู้ที่มีการทำลายของสมองรุนแรงอย่างถาวร ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรมเห็นว่าการบำบัดทดแทนไต ไม่น่าจะได้ประโยชน์

(4) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังนอกจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาว่าโรคนั้นๆอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือแพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน 1 ปี

(5) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่ 1) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดทุกประเภท มีลักษณะหรือสภาพภายในช่องท้องหรือผนังหน้าท้องไม่เหมาะกับการล้างไตทางช่องท้อง 2) ผู้ที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตต่ำมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการล้างไตทางช่องท้องทดแทนได้ 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐานะ ผู้ดูแลและความเป็นอยู่ที่ไม่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย มี ปัญหาครอบครัวที่ซับซ้อนต้องการความช่วยเหลือ เช่น ความซับซ้อนด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ มีอาการไม่สุขสบายที่จัดการลำบาก เป็นต้น

การเลือกการดูแลรักษาในแต่ละวิธีข้างต้นมีข้อดี ข้อด้อยและรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่างกัน อย่างไรก็ตามการรักษาทุกวิธีที่กล่าวมามีจุดประสงค์หลักเดียวกันคือมุ่งหวังให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดผลแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรค และการรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในลักษณะพื้นฐานประจำตัวและลักษณะทางคลินิก ได้แก่ อายุ จำนวนและความรุนแรงของโรคร่วมอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และความร่วมมือในการรักษาจากครอบครัว ความพร้อมทางกายภาพ และจิตใจในการดูแลรักษาตลอดจนความเชื่อ และวัฒนธรรม ทำให้แต่ละรายมีความเหมาะสม และความพึงพอใจต่อวิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแตกต่างกัน การมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยในการแสดงความเห็น และตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาใดๆ ก็ตามบนพื้นฐานของข้อมูลความรู้แง่มุมต่างๆ ของการรักษาอย่างถูกต้อง รอบด้าน จะทำให้กระบวนการรักษาประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (กรมการแพทย์, 2563)

2.2 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Intention toward advance care planning)

2.2.1 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

2.2.1.1 นิยาม ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Ref. code: 25686614032057ATZ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดนิยามของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ในคู่มือมาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ว่าคือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือ เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยแผนดังกล่าวอาจเป็นทางการหรือไม่ เป็นทางการก็ได้ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือ ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ให้นิยามของการวางแผนและกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้าเอาในคู่มือหลักการของคำแนะนำสำหรับสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566 ว่า เป็นกระบวนการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าตามความประสงค์และความต้องการของผู้ป่วยที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตโดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้รักษา

โดยสรุป การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพที่จัดทำขึ้นก่อนที่บุคคลจะสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลจะได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับค่านิยม เป้าหมายชีวิต ความต้องการส่วนบุคคลของตนเอง กระบวนการดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นการพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ หรืออาจเป็นการที่ผู้ป่วยดำเนินการด้วยตนเองร่วมกับการปรึกษาบุคคลที่ไว้วางใจหรือบุคลากรทางสุขภาพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ใช้ได้กับผู้ใหญ่ทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ โดยเน้นการสื่อสารอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับค่านิยม เป้าหมายชีวิต และความชอบด้านการดูแลสุขภาพ

2.2.1.2 องค์ประกอบของการวางการแผนดูแลล่วงหน้า

1) Patient preference สิ่งที่คนไข้ต้องการให้ความสำคัญ เป้าหมายการดูแลรักษา เมื่อถึงวาระสุดท้ายของตนเอง จะรู้ได้ก็ต่อเมื่อคนไข้รับรู้แล้วว่าตนเองเป็นโรคอะไร ระยะของโรคอยู่ขั้นไหน และการรักษาได้ผลเป็นอย่างไร เช่น อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ขอให้ได้กล่าวคำขอบคุณ เสียใจ ขอโทษและให้อภัยกับใคร อยากให้ใครอยู่ด้วยหรือไม่อยากเห็น หน้าใครตอนนั้น อยากทำหรืออยากให้ใครทำอะไรให้ จะสวดมนต์ หรือเปิดเพลงอะไรให้ฟัง สถานที่ที่อยากจะไป เป็นต้น เรื่องนี้ไม่มีข้อกฎหมายรองรับแต่เป็นที่ยอมรับว่ามีความสำคัญกว่า ผู้ที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยต้องมีศิลปะในการสื่อสารเข้าใจในความรู้สึก ขั้นตอนนี้อาจต้องมีการเตรียมค่อยเป็นค่อยไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า เกิดความวิตกหรือทุกข์ใจ ถ้าการดำเนินการในขั้นตอนนี้เกิดการยอมรับจะช่วยให้ดำเนินการขั้นตอนที่สอง หรือ advance directive ประสบความสำเร็จมากขึ้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ2560)

Ref. code: 25686614032057ATZ

2) Advance Directive หรือ Living Will หมายถึง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเอกสารที่บุคคลจัดทำขึ้นล่วงหน้าในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะและสุขภาพแข็งแรง แสดงเจตนาว่าจะไม่รับบริการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการตายในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วย (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ, 2560) มีผลบังคับใช้เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัว การรักษาอื่นที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต (สุณิชญา ธีรโรจน์วิทย์, 2565) หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองในช่วงท้ายของชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ช่วยให้แพทย์สามารถดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยโดยไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมและกฎหมาย การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นถือเป็นการตายตามธรรมชาติ มิใช่การกระทำเพื่อยุติชีวิตหรือการฆ่าตัวตาย

3) Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิด แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดย ต้องมีการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนว่า คนไข้อยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้วหรือยัง (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ2560)

ความแตกต่างระหว่างการวางแผนดูล่วงหน้ากับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่เน้นการถ่ายทอดค่านิยมและความต้องการของผู้ป่วย ผ่านการสนทนาและการเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาของตนเองในอนาคต ขณะที่หนังสือแสดงเจตนาการดูแลรักษาล่วงหน้าคือผลลัพธ์ในรูปแบบเอกสาร ที่ช่วยให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการเคารพเมื่อตัวผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Pairojkul et al., 2023)

2.2.1.3 ขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565

1) แผนการดูแลล่วงหน้าจะทำในโรงพยาบาลหรือนอกโรงพยาบาลก็ได้ โดยผู้ที่ทำแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำได้ด้วยตนเองและในกรณีที่มีผู้ร่วมทำแผนการดูแลล่วงหน้าควรระบุชื่อผู้ที่ร่วมทำแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ด้วย

2) การทำแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถนำกระบวนการจัดประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary team) ที่ดูแลกับครอบครัว (Family meeting) มาใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

3) แผนการดูแลล่วงหน้าที่ทำในโรงพยาบาล เกิดจากกระบวนการพูดคุยปรึกษา หารือระหว่างผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย มีบุคลากรด้านสุขภาพร่วมอธิบายแผนการดูแล รวมถึง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มี 3 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 ชักชวนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงสิ่งที่ให้ความสำคัญและมีคุณค่า สภาวะที่ผู้ป่วยยอมรับได้และรับไม่ได้ ขอบเขตการรักษาที่ผู้ป่วยอมรับได้และยอมรับไม่ได้และบริบทใดบ้างที่ ผู้ป่วยประสงค์ให้เกิดขึ้นหรือ ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง โดยคำนึงถึงความหมายของการตายดีและไม่ดีในมุมมองผู้ป่วย (patient's preferences) เป็นหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวล่วงหน้าในกรณีที่การพยากรณ์โรคไม่ดี

ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยเลือกผู้ตัดสินใจแทน เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อว่ามีความเข้าใจความต้องการของผู้ตนเองและเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจการดูแลรักษาในอนาคตได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด เผื่อในกรณีที่ต้องตัดสินใจเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดไว้ในแผนล่วงหน้า

ขั้นตอนที่ 3 แพทย์ผู้ดูแลบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทีมดูแลทราบความต้องการของผู้ป่วย เป็นไปได้ควรนำเอกสารนี้เข้าสู่ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้ป่วยควรมีอีกฉบับเก็บไว้กับตนเอง

4) ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยทำแผนการดูแลล่วงหน้านอกสถานพยาบาลบุคลากรสุขภาพควรขอแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับล่าสุดจากผู้ป่วยมาใช้ได้ โดยบุคลากรด้านสุขภาพควรนำสาระสำคัญของแผนการดูแลที่ทำนอกสถานพยาบาลที่ไม่ขัดกับแนวทางการปฏิบัติฉบับนี้มาใช้ในสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพควรตรวจสอบแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทำนอกสถานพยาบาลจากผู้ป่วยก่อนที่จะนำมาใช้ในสถานพยาบาล

5) กรณีจะระบุชื่อญาติหรือผู้ใกล้ชิดหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ร่วมกันทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยลงบันทึกในแบบฟอร์มในแผนการดูแลล่วงหน้า ควรสอบถามความยินยอมจากบุคคลนั้นด้วยเสมอ

6) การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทนสามารถแต่งตั้งให้บุคคลที่อายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งอาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนได้

2.2.1.4 ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การที่ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะทำให้บุคลากรทางสุขภาพได้รับทราบถึงเป้าหมายและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยลดการให้การรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอันจะนำไปสู่การขัดแย้งกันกับฝ่ายผู้ให้ดูแลรักษาพยาบาล ความชัดเจนที่เพิ่มขึ้นของแผนการดูแลล่วงหน้ายังลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจากความไม่แน่นอนของอาการ (มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย, 2565) ช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการสิ่งค้างคาใจด้วยความสงบทางใจ ลดภาระและความลำบากใจของครอบครัว ลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว เพิ่มความพึงพอใจและ

Ref. code: 256866140320577ATZ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kanjanopas & Thanapluetiwong, 2024) นอกจากนั้น การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจกับอาการเจ็บป่วยการดำเนินของโรค และยินยอมเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง แทนการรักษาแบบรุกราน ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ ในระยะท้ายของชีวิต ประโยชน์ในทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดวันนอนโรงพยาบาล การใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในช่วงระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้มาก กว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Prommarat, 2023)

2.2.1.5 อุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1) อุปสรรคด้านนโยบายและวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากบริหาร ผู้นำทางคลินิก การไม่มีเวลา ขาดสถานที่และช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงความไม่สอดคล้องกันของระบบเอกสาร ความหลากหลายในรูปแบบการจัดเก็บข้อมูล ในช่วงการเปลี่ยนผ่านการดูแล (Westbye et al., 2023)

2) อุปสรรคด้านบุคลากรทางสุขภาพ มีความไม่มั่นใจหรือความไม่สบายใจของบุคลากรในการสนทนาเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต พยายามคงไว้ซึ่ง "ความหวัง" การลังเลที่จะพูดถึง “ความตาย” ทำให้เกิดการตีความว่า ACP เป็นเพียงการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต ทั้งที่แท้จริงแล้ว ACP ควรถูกมองในฐานะเครื่องมือสนับสนุน สิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาในอนาคต โดยไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่แค่ในบริบทของวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น ความไม่ชัดเจนในบทบาทและหน้าที่ ว่าใครควรเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ ACP รวมถึงการขาดความรู้และการฝึกอบรมที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการดำเนินการ (Westbye et al., 2023)

3) อุปสรรคด้านตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญ อาจจะยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา ระยะแรกของโรคผู้ป่วยมักต้องการรักษาทัศนคติเชิงบวกและเชื่อว่า “ยังเร็วเกินไป” ที่จะพูดถึงประเด็น ACP (Wu et al., 2022) การไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือมีความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดผู้ป่วยวิตกกังวลว่าการทำการวางแผนรักษาตัวเองล่วงหน้าแล้วจะสร้างความกลัวและความไม่สบายใจให้กับตนเองและญาติ (Johnson et al., 2016)

2.2.1.6 การเตรียมการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เมื่อทราบผลการวินิจฉัยอย่างชัดเจนและต้องทำการรักษา ควรมีการเตรียมอย่างเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) เตรียมในการแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน ในระยะนี้อาจต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวเข้าใจปรับตัวยอมรับ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

2) เตรียมทำความเข้าใจกับ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ซึ่งไม่ใช่การสิ้นสุดการรักษา แต่เป็นการวางแผนเพื่อเตรียมรับกับอาการที่จะเกิดขึ้นซึ่งในการวางแผนตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3) ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้านั้น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ควรยึดถือตามแผนที่ผู้ป่วยกำหนด ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะหรือผู้แทนที่ผู้ป่วยมอบหมายให้เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนในขณะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะตัดสินใจได้

2.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการพัฒนานาโดย อัจเซ่น (Ajzen, 1991) เป็นส่วนขยายจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของฟิชบายน์และอัจเซ่น (Ajzen & Fishbein, 1988) โดยทั้งสองทฤษฎีนี้มีแนวคิดบนพื้นฐานว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นการกระทำที่มีเหตุผลและเป้าหมาย เป็นการกระทำที่วางแผนหรือมีความตั้งใจไว้ก่อน โดยพฤติกรรมเป็นการกระทำที่สามารถควบคุมได้ โดยบุคคลจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมถึงพิจารณาผลที่อาจจะเกิดตามมาจากการกระทำนั้นๆของตนก่อนที่จะทำการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้อธิบายเพิ่มเติมว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมสำเร็จจะเกิดจากความตั้งใจหรือเจตนา (Intention) โดยมีปัจจัยพื้นฐานสำคัญ 2 ด้านที่มีผลต่อเจตนา คือ ปัจจัยจากบุคคลและปัจจัยอิทธิพลทางสังคม โดยปัจจัยจากบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) และด้านอิทธิพลจากสังคม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms)

1) ปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) จะเป็นผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior Belief) โดยการประเมินผลดีและผลเสีย ในด้านต่าง ๆ เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วคาดว่าจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ที่กระทำพฤติกรรมดังกล่าวทำการประเมินผลดี และผลเสียในด้านต่าง ๆ รวมกับโอกาสที่ผลดีและผลร้ายดังกล่าวจะเกิดขึ้นจริง เจตคติในการกระทำพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์กับผลรวมของค่าผลที่คาดว่าจะได้รับของความเชื่อในด้านต่าง ๆ กับความน่าจะเป็นที่การกระทำพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลที่คาดหมายนั้น ทั้งนี้ หากผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ รวมกันกันแล้วเป็นบวกมากกว่าเป็นลบ จะส่งผลให้เจตคติของการกระทำพฤติกรรมดีขึ้น

2) ปัจจัยด้านสังคมหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) เป็นผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Belief) ซึ่งในทฤษฎีนี้จะหมายถึงการรับรู้ถึงความกดดันของคนในสังคมรอบข้างว่ามีความต้องการให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

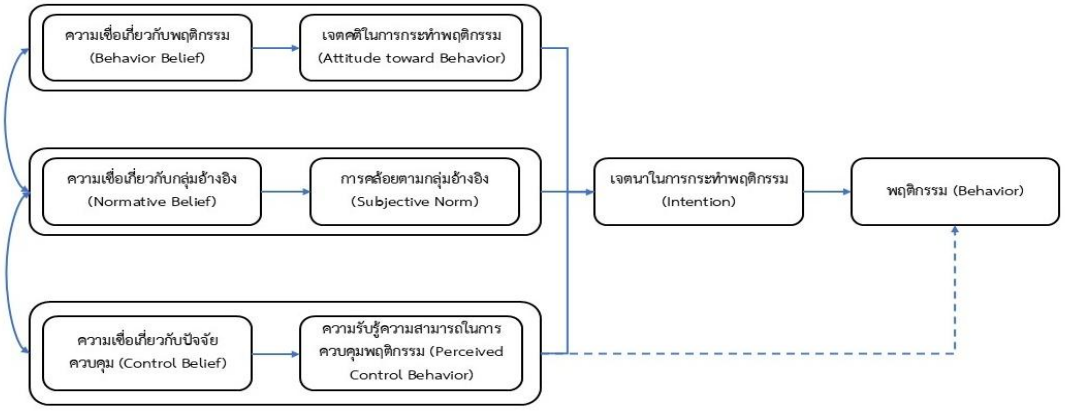
หรือไม่ ดังนั้น จึงเป็นที่มาของผลรวมของระดับความต้องการจากคนสำคัญรอบข้างบุคคลนั้นว่าเห็นด้วยหรือไม่กับการกระทำสิ่งดังกล่าว และนำมาประเมินร่วมกับระดับที่ผู้กระทำพฤติกรรมต้องการที่จะกระทำตามความประสงค์ของตน หากมีกลุ่มบุคคลที่มีความความสำคัญต่อผู้ทำพฤติกรรมมีความประสงค์สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมที่มากขึ้นและบุคคลนั้นประสงค์ที่จะทำตามเจตนาในการกระทำก็จะสูงขึ้นด้วย

ต่อมาอัจเซ่น (Ajzen, 1985) พบว่าข้อจำกัดหนึ่งของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ ข้อจำกัดของการเปลี่ยนจากเจตนาในการกระทำพฤติกรรมไปสู่การกระทำพฤติกรรมจริง โดยเห็นว่าเจตนาในการกระทำพฤติกรรมจะคาดการณ์การกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่จะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญอีกประการหนึ่งคือพฤติกรรมที่จะทำนั้นขึ้นอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้กระทำหรือมีความสามารถในการกระทำหรือไม่ หรือปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

3)การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Control Behavior) เป็นความเชื่อว่ามีอุปสรรคขัดขวางหรือสิ่งสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ซึ่งบุคคลจะทำการประเมินจากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จึงเรียกความเชื่อนี้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Control Belief) ซึ่งปัจจัยหรือทรัพยากรที่ผู้กระทำพฤติกรรมเชื่อว่าจะเป็นอุปสรรคหรือช่วยส่งเสริมให้การกระทำนั้นมีความง่ายหรือยากขึ้นสามารถมีได้หลากหลายปัจจัย อาทิเช่น เวลา เงิน ความรู้ ทักษะ ความร่วมมือจากบุคคลอื่น โดยประเมินร่วมกับโอกาสที่ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจริง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จึงเป็นผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยสนับสนุน (เชิงบวก) หรือเป็นอุปสรรค (เชิงลบ) ต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และหากผลรวมของการประเมินหรือการรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมมีค่าเป็นบวกจะส่งเสริมให้เจตนาในการกระทำพฤติกรรมนั้นมีมากขึ้น และช่วยส่งเสริมให้เกิดการกระทำพฤติกรรมได้โดยตรงอีกทางด้วย ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)



Ref. code: 25686614032057ATZ

ตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมกับเจตนาเชิงพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ทำนายความสำเร็จเชิงพฤติกรรมได้ โดยการมีเจตนาที่ไม่เปลี่ยนแปลง ความพยายามที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จร่วมกับมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เช่น บุคคลสองคนแม้ว่าจะมีเจตนาและพยายามที่กระทำพฤติกรรมเท่ากัน แต่คนที่มีความมั่นใจจะสามารถกระทำได้ดีกว่าคนที่ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ยังถูกใช้เป็นตัวแทนสำหรับประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมว่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยอะไรบ้างโดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอาจไม่เป็นจริง หากบุคคลมีข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นเพียงเล็กน้อย เมื่อความต้องการและทรัพยากรเปลี่ยนแปลงไป หรือมีปัจจัยที่ไม่คุ้นเคยเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอาจจะมีความเที่ยงตรงเพียงเล็กน้อย แต่หากการรับรู้ความสามารถในควบคุมพฤติกรรมนั้นเป็นจริง ก็สามารถนำมาใช้ในการทำนายความเป็นไปได้ของความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรมได้

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของอัจเซ่น (Ajzen, 1991) สามารถนำมาประยุกต์เพื่อทำการอธิบายพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทฤษฎีช่วยอธิบายพฤติกรรมมนุษย์โดยอิงจากความตั้งใจ (intention) ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยสำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติ โดยหากบุคคลเห็นว่าการวางแผนล่วงหน้าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ เช่น ลดความยุ่งยากในการตัดสินใจสำหรับครอบครัวในอนาคต หรือรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ช่วยให้ได้รับการดูแลตามที่ตนเองต้องการ ส่งผลให้เกิดความตั้งใจดำเนินการและมีแนวโน้มที่จะทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้ถึงแรงกดดันจากสังคมก็มีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยหากบุคคลรู้สึกว่าคนรอบข้างให้การสนับสนุนหรือคาดหวังให้เขาทำการวางแผนล่วงหน้า พวกเขามีแนวโน้มที่จะทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยหากบุคคลรู้สึกว่าตนเองมีข้อมูล เช่น มีความรู้เรื่องสิทธิทางกฎหมายหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีทรัพยากรเพียงพอ รวมถึงมีความมั่นใจในการตัดสินใจ พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะทำการวางแผนการดูแลล่วงมากขึ้น

2.2.2.2 นิยาม ความหมาย และองค์ประกอบของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ความตั้งใจ หรือ เจตนา (Intention) หมายถึงความตั้งใจหรือเจตนา ความต้องการความเป็นไปได้ ความพยายามหรือการวางแผนของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรม ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรม เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดความพร้อมของบุคคลและเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม ความตั้งใจเกิดขึ้นจากการได้รับอิทธิพลจาก

Ref. code: 25686614032057ATZ

ปัจจัย 3 ประเด็น ได้แก่ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มบุคคลอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (อรกานต์ สุคนธวิโรจน์, 2560)

2.2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง แรงจูงใจภายในหรือความพร้อมทางจิตใจของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 198 ราย ซึ่งเป็นบุคลากรและครอบครัว ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตระหนักรู้ต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือการขาดความรู้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การลดภาระการตัดสินใจของครอบครัวในช่วงท้ายของชีวิตและความเชื่อในการตายที่ดี (Tsai et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรฎี พิมเสน และคณะ (2561) การศึกษาความความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตพื้นที่ บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 60.23) และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคร้ายแรงอาจส่งผลให้ความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยว กับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอยู่ในระดับต่ำ รุ่งทิวา กังวานสุระ และคณะ (2565) ศึกษาความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ย 67.89 ปี ที่มารับบริการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 คน ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อนและไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรควิกฤติหรือได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ต้องการเขียนพินัยกรรมชีวิต จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 และมีผู้ได้ทำการเขียนพินัยกรรมชีวิตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 6 ราย หรือร้อยละ 6 ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจ ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจและบริบททางสังคม นอกจากนี้การศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ สุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.8) มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 19.74, SD = 5.61) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับคือ 1) จะทำการพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพ (M = 4.37, SD = .95) 2) จะทำการพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในอนาคตกับครอบครัวหรือเพื่อน (M = 4.29, SD = .99) และ 3) จะมีส่วนร่วมในกระ

Ref. code: 25686614032057ATZ

บวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (M = 4.16, SD= 1.15) ตามลำดับ การศึกษาความตั้งใจในการทำหนังสือเจตนาล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของฟางคณะ (Fang et al., 2020) พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (56.9%) คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับหนังสือเจตนาล่วงหน้า 4.88 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.0) ผู้เข้าร่วมเพียง 17 คน (8.1%) เท่านั้นที่ลงนามในหนังสือเจตนาล่วงหน้า และผู้เข้าร่วม 107 คน (51.2%) มีความตั้งใจที่จะลงนามในหนังสือเจตนาล่วงหน้า และ 85 คน (40.7%) ไม่มีความตั้งใจที่จะลงนาม เหตุผล สำหรับการลงนามหรือมีความตั้งใจที่จะลงนามใน “หนังสือเจตนาล่วงหน้า” คือ “ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัว” (106 คน หรือ 85.48%) และ “สามารถเลือกการรักษาพยาบาลตามที่ต้องการในอนาคตเมื่อสิ้นชีวิต” (79 คน หรือ 63.71%) ส่วนสาเหตุหลักที่ไม่ยินยอมลงนามหนังสือเจตนาล่วงหน้า คือ “หากถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับฉัน” (42 คน หรือ 49.41%)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วง หน้า ในประเทศไทย มีการศึกษาในบริบทของความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่ม non cancer พบการศึกษาของสุชานรี อุ่นคำและคณะ ในปี 2566 โดยศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามีเฉพาะการศึกษาความต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.2.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(1) แบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต สร้างขึ้นโดยอภิรฎี พิมเสน และคณะ (2562) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับประสบการณ์ในการสนทนากับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 1 ข้อคำถาม (single-item measurement) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบบประเมินได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนเขตพื้นที่บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร test-retest reliability เท่ากับ .99

(2) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลโดยสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) จากแบบสอบถาม Behavioral intentions for Advance care planning ที่สร้างและพัฒนาโดยเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับทีมบุคลากรทางสุขภาพหรือกับสมาชิกครอบครัวโดยการเข้าร่วมในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและทำ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต มี 6 ข้อคำถาม โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า "Behavioral intentions for Advance Care Planning (I-ACPQ)" ที่ได้รับการสร้างและพัฒนาโดยเชงและคณะ (Cheng et al., 2022) ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปล โดยสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีคุณลักษณะ องค์ประกอบและวิถีการดำเนินโรคที่ใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา การทดสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 มี 6 ข้อคำถาม ถือว่ามีความเหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไป

2.3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วย ได้มีโอกาสแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาในอนาคตตามความต้องการของตน โดยเฉพาะเมื่ออาจไม่สามารถสื่อสารความต้องการนั้นได้ด้วยตนเองในอนาคต อย่างไรก็ตาม "ความตั้งใจ" (Intention) ที่จะเข้าร่วมในกระบวนการ ACP นั้นมิได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่อาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ดังนี้

2.3.1 ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.2.1 ความหมาย องค์ประกอบของทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามพจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของทัศนคติ หรือ เจตคติ ว่าหมายถึงแนวความคิดเห็น ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

วันวิสาข์ โชติปุญโญ และนิตยา วงศ์ภินันท์วัฒนา (2557) ให้ความหมายทัศนคติไว้ว่า สภาวะทางจิตใจที่แสดงถึงความพร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ในการสนับสนุนจุดยืนและการยึดมั่นของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับวัตถุ หัวข้อ บุคคล กลุ่ม หรือสถาบันต่างๆ โดยเป็นความโอนเอียงของจิตใจที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ผ่านทางคำพูดหรือการกระทำ ทั้งที่เป็นผลมาจากการทบทวนความคิด ความรู้สึก รวมไปถึงประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตของแต่ละบุคคล ที่บุคคลเรียนรู้เพื่อให้มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พอใจโดยทัศนคติของบุคคลจะสามารถสะท้อนมุมมองของแต่ละคนที่มีต่อสภาพแวดล้อม ซึ่งในขณะเดียวกัน ทัศนคติ ก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคล

อัจเช่น (Ajzen, 1991) ได้ให้ความหมายของทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมว่าคือ ระดับการรับรู้ในการประเมินความชอบหรือไม่ชอบ การประเมินคุณค่าจากการกระทำพฤติกรรม มีความสอดคล้องกับ ภาคย์ ชูชื่น (2557) ที่กล่าวว่าทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม คือ การประเมินของ

Ref. code: 25686614032057ATZ

บุคคลที่มีต่อภาพรวมของพฤติกรรม รวมไปถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรม ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ หากผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางด้านบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม หากผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทาง ด้านลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การประเมินของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของรวมไปถึงผลที่ตามมาของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทัศนคติสามารถส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจและการตัดสินใจของบุคคลในการเริ่มต้นหรือเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ โดยหากบุคคลรับรู้และมีความเชื่อว่ากระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและผลจากการกระทำดังกล่าวเป็นเป็นสิ่งดีและมีประโยชน์บุคคลจะมีทัศนคติทางบวกต่อการวางแผนการดู แลล่วงหน้า นำไปสู่ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อไป หากการรับรู้และมีความเชื่อของบุคคลเป็นไปในทางตรงข้ามก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติด้านลบ แนวโน้มความตั้งใจและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก็จะไม่เกิดขึ้น

2.3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญและอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการวางแผน การดูแลล่วงหน้า งานวิจัยในเชิงพฤติกรรม ระบุว่าทัศนคติที่เป็นบวกมีแนวโน้มจะส่งเสริมให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การศึกษาของอภิรฎี พิมเสน และคณะ (2562) ที่พบว่าเจตคติต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ($r = .585$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกันที่มารับการบริการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต (adjust OR = 28.85, $p < .001$) (รุ่งทิวา กังวานสุระ และคณะ, 2565) และในการศึกษากับผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุตั้งแต่ 18 ปี ที่เข้ามาพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต อยู่ระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 61.4 และ 37.1 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการมีระดับทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิตที่สูงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($X^2 = 5.386$, $p < .020$) เช่นเดียว กัน (พศิน ภูริธรรมโชติ, 2560) นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อาทิ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุบริบทของประเทศไต้หวัน ($r = .494$, $p < .01$) และยังสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ ($B = 0.057$, $p < .001$) (Ke et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (Takeshita et al., 2021) ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการ

Ref. code: 25686614032057ATZ

วิจัยที่เป็นประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 20 ปีเป็นต้นไป ก็พบว่าความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน ($r = .828$, $p < .05$) ประเทศเกาหลีใต้ การศึกษาพบว่าปัจจัยทัศนคติต่อหนังสือแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้า ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (OR 6.50, 95% CI=1.23~34.38) และยังสามารถทำนายความตั้งใจในการตัดสินใจเขียนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลรักษา ในระยะท้ายของชีวิต ($B = 1.87$, $p = .028$) (Ha & Gu, 2021)

สรุปการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยทัศนคติต่อแผนการดูแลล่วงหน้ามาทำการศึกษาในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังว่าจะสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้เช่นเดียวกันหรือไม่

2.3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(1) แบบสอบถามทัศนคติในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าสำหรับการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่สร้างขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 12 ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ของ กนกพร ภู่ทอง และคณะ (2565) เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert's scale มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตั้งแต่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยถ้าเลือกน้อยที่สุดจะได้ 1 คะแนน น้อย ได้ 2 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน ผู้วิจัยไม่ได้นำเสนอข้อมูลค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือไว้ในรายงานการวิจัย

(2) แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน สร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์ในการสนทนากับผู้สูงอายุของอภิรฎี พิมเสนและคณะ (2562) โดยลักษณะคำถามเป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต การประเมินของผู้สูงอายุต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตส่งผลอย่างไรต่อตนเอง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามความเป็นจริงจาก "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถึง "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม โดย แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 8 ข้อคือ 1,2,3,4.5,8,9 และ 10 และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 2 ข้อคือ 6 และ 7 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index;

Ref. code: 25686614032057ATZ

CVI) เท่ากับ .98 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

(3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) แปลจากแบบสอบถาม Attitude regarding Advance care planning สร้างและพัฒนาโดยเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) วัดความเชื่อและการประเมินค่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อภาพรวมของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลที่ตามมาของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถาม ประเมินทั้งความเชื่อ (Bi) และการประเมินความสำคัญ (Ei) ข้อคำถามแบ่งเป็นด้านบวก ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 และด้านลบ ได้แก่ 6, 9, 10, 11, 12 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-300 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินทัศนคติต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ หรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง แต่ยังไม่พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่ได้รับการแปล และประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) มีการประเมินครอบคลุมทั้งด้านความเชื่อ และความสำคัญ เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ ประชากรที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีวิถีการดำเนินโรคคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษา

2.3.2 การสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.2.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของการสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

House (1987) อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ การให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (emotional concern) เช่น การให้ความรัก ความเห็น อกเห็นใจ และความห่วงใย 2) ด้านสิ่งของ (instrumental aid) เช่น การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน 3) ด้านข้อมูล ข่าวสาร (information) และ 4) การประเมิน สะท้อนคิด (appraisal) แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำหน้าที่เป็นตัวดูดซับ ความเครียด ส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสำคัญในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทำการตัดสินใจได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางอารมณ์ การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ การจัดการกับอุปสรรคปัญหา การติดตามและการปรับปรุงแผนการ เพิ่มความรู้ความ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

เข้าใจ และการสนับสนุนทางการเงินและการดูแลช่วยเหลือในกิจการงานต่างๆ หากมีการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าดำเนินการไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลสามารถทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคตได้อย่างมั่นใจและเป็นไปตามความต้องการและค่านิยมของตน

2.3.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยทางจิตสังคมเป็นมิติด้านกระบวนการ ด้านการอำนวยความสะดวก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือและได้รับความร่วมมือที่เกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัวจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการกระทำหรือการจัดการตนเองที่ดี มีความสอดคล้องในหลายงานวิจัย ดังต่อไปนี้ การศึกษาของนิติรัฐ นาให้ผล (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับไม่ดี 0.04 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาของ สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเผชิญความตายในผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.3) ส่วนการศึกษาของ สุวรรณี เชือกจอหอและมลธิรา อุดชุมพิสัย (2566) พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (r= .140, p= .159)

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนของครอบครัวต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอาจยังไม่เห็นถึงความชัดเจนในความสัมพันธ์ มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ทำเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากด้านครอบครัวต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.2.3 เครื่องมือใช้ในการประเมินการสนับสนุนของครอบครัว

(1) แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ใช้เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) การปรับตัว (Adaptation) หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่อความช่วยเหลือที่ได้รับ เมื่อต้องการทรัพยากรครอบครัว หรือความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) ความร่วมมือ (Partnership) หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่อความร่วมมือกันในการสื่อสารและการแก้ปัญหาในครอบครัว หรือวิธีการพูดคุย และการแก้ปัญหาร่วมกัน 3) การเติบโต (Growth) หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่ออิสระที่มีอยู่ภายในครอบครัวในการเปลี่ยนบทบาทและบรรลุการเติบโตและความเป็นผู้ใหญ่ทางอารมณ์ หรือการยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ๆ 4) ความรักใคร่ (Affection) หมายถึง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ความพึงพอใจของบุคคลต่อความใกล้ชิดและปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ภายในครอบครัว การแสดงความรักและเอาใจใส่ 5) ความทุ่มเท (Resolve) หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่อเวลาที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวทุ่มเทให้ หรือ การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน สร้างโดยสมิลสไตน์และคณะ (1982) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม (2544) แบบสอบถามมี 5 ข้อ แต่ละข้อคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 (0 = ไม่เคยพอใจ ถึง 4 = พอใจเสมอ) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-20 คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 0-6 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ 7-13 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุน ระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน หมายถึง ความ พึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

(2) แบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว (Family Giving Support Questionnaire) เพื่อประเมินการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยพรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ ปี พ.ศ. 2552 ดัดแปลงจากแบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัวของสมิลสไตน์ และคณะ ปี ค.ศ.1982 เพื่อประเมินความพึงพอใจจากการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในครอบครัว 5 ด้าน ด้านละ 1 ข้อรวมทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 (0 = ไม่เคยพอใจ ถึง 4 = พอใจเสมอ) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-20 การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในการให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้สูงอายุมาก ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายในเท่ากับ .80

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยตรง ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือแบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวในการแสดงพฤติกรรมครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การปรับตัว (Adaptation) ความร่วมมือ (Partnership) การเติบโต (Growth) ความรักใคร่ (Affection) และ ความทุ่มเท (Resolve) หากพิจารณาการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการพูดคุย ปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลรักษา ซึ่งมีครอบครัว เป็นหนึ่งในบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในทุกๆ ด้าน ดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น ข้อคำถามไม่มาก แบบสอบถามผ่านการทดสอบน่าเชื่อถือ

2.3.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

2.3.3.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

Ref. code: 25686614032057ATZ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของ ตนเองในการจัดการ ควบคุมพฤติกรรมและสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตประจำวันเพื่อ ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนมักจะตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและมีความมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมาย ความพยายาม ความเชื่อมั่นในความสามารถกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและพยายามอย่างต่อเนื่อง จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การมีความมั่นใจในความสามารถในการจัดการตนเอง ช่วยในการใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจึงอาจส่งผลไปผลไปมีอิทธิพลต่อกระบวนการและความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กล่าวคือบุคคลจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งรวมถึงการเลือกความต้องการในการรักษาและการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจทางการแพทย์กับการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบเยี่ยมบ้านในไต้หวัน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลล่วงหน้าค่อนข้างต่ำ และเฉพาะในกลุ่มที่มีสมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงเท่านั้นจึงจะมีแนวโน้มเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ค่า OR อยู่ระหว่าง 2.76–14.73) (Lin et al., 2025) เสาวนีย์ กระแจะจันทร์และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .316$, $p<.05$) การศึกษาของศิริวรรณ พายพัตรและคณะ (2564) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–4 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ($\beta = .321$, $p < 0.001$) พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจ ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการที่จะกระทำการวางแผนและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองในทุกๆสถานการณ์และทุกระยะของการเจ็บป่วย รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปจนถึงระยะท้ายของชีวิตได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงความสามารถในการวางแผนและตัดสินใจในกระบวนการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระยะท้ายของชีวิต

Ref. code: 25686614032057ATZ

2.3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

(1) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน (13 ข้อ) และ ความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (19 ข้อ) ฉบับภาษาจีน (Liu et al., 2020) แปลจาก ACP Engagement Survey (Sudore et al., 2013) สร้างและพัฒนา โดยอิงจากทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น การแต่งตั้งตัวแทนตัดสินใจทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต ความยืดหยุ่นในการตัดสินใจของตัวแทน และการตั้งคำถามกับแพทย์ ทั้งหมด 32 ข้อคำถาม (13 ข้อด้าน self-efficacy และ 19 ข้อด้าน readiness) ใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ (1 = มีความมั่นใจน้อยที่สุด ไปจนถึง 5 = มีความมั่นใจมากที่สุด) โดย คะแนนสูง หมายถึง สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมที่มากขึ้นในการมีพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และความพร้อม (readiness) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ

(2) แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Perceived Self-Efficacy in Self-Management Questionnaire : PSE-SMQ) ของศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (Sritarapipat et al., 2013) ประกอบ ด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมิน Self-Efficacy Index ของเคอตินและคณะ (Curtin et al., 2008) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูร่า (Bandura, 1997) ใช้ประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลยจนถึง 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12.00-60.00 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง 12.00-27.30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ 28.00-43.90 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง และ 44.00-60.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

(3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตชุมชน ของ กฤตยา แสวงทรัพย์และเอื้อญาติ ชูชื่น (2562) ทำการประยุกต์ต่อจากจากการศึกษาจากอังคณา หมอนทอง (2549) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูร่า (Bandura, 1997) ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย

Ref. code: 256866140320 57ATZ

และสุขภาพจิตชุมชน 2) ด้านความมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน 3) ด้านความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตชุมชน ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 18 ข้อ รายด้านๆละ 6 ข้อ การแปลผล คะแนน 1-30 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 31-60 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง และ คะแนน 61-90 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ แบนดูร่า ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของ ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (Sritarapipat et al., 2013) เป็นแบบสอบถามที่ถูกนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา จำนวนข้อคำถามไม่มากหรือน้อยเกินไป และมีความน่า เชื่อถือ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

2.3.4 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.1 ความหมาย องค์ประกอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน ความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ การค้นคว้าหรือประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์

ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ ความจดจำ ระลึกได้ เข้าใจเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นกระบวนการการพูดคุยระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนาในขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ การดูแลอื่นๆ ที่ต้องการนอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ การเลือกผู้ตัดสินใจแทน การเขียนหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน โดยหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ถูกต้องจะมีแนวโน้มให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของตนเองได้

2.3.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าในบริบทของประเทศไต้หวัน การศึกษาความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า บนพื้นฐานทฤษฎีการกระทำที่มีเหตุผล พบว่าความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่อายุ

Ref. code: 25686614032057ATZ

มากกว่า 65 ปี แผนกโรคหัวใจและผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุในชุมชน จากศูนย์กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r= .535, P < .01) และสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ (β= .040, p < .05) (Ke et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมคะแนนความรู้เรื่องพินัยกรรมชีวิต 4.88 (Score 8, SD=3) สามารถทำนายความตั้งใจในการทำพินัยกรรมชีวิตได้ (Exp(B)=1.230, p<.001) (Fang et al., 2020) บริบทของประเทศไทยมีการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง กล่าวคือ หากมีความรู้มากขึ้น ผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 79 (OR = 1.79) ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.6 และในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46 และระดับต่ำร้อยละ 29.2 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน (อธิพงศ์ มุณีโน, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีเพียง ร้อยละ 8.6 ที่เคยได้ยินหรือรู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง และพินัยกรรมชีวิตอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (M = 7.6 , S.D. = 2.43) แต่มีการตัดสินใจที่จะทำพินัยกรรมชีวิตมากถึง ร้อยละ 100 หลังได้รับความรู้ จึงสามารถอธิบายได้ว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง และพินัยกรรมชีวิต มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (พศิน ภูริธรรมโชติ, 2560) ในทิศทางเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาในผู้ป่วยมะเร็ง 22 งานวิจัย พบว่าการรู้จักและคุ้นเคยกับแนวคิดของหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเป็นปัจจัยที่มีประสิทธิผลในการทำให้ผู้ป่วยเต็มใจจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน (Golmohammadi et al., 2024) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของวนัชพร พิพัฒน์ธนวงศ์ (2560) พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอายุไม่มาก อาศัยอยู่ในเขตเมือง ทำให้รู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าดีอยู่แล้ว จากผลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง (M = 6.451, SD = 1.097) อาจมีผลต่อตัวแปรความรู้ ให้มีค่าความแปรปรวนไม่มากพอที่จะอธิบายการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา กังวานสุระและคณะ (2565) ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกัน (OR = 0.71, p = 0.332)

Ref. code: 25686614032057ATZ

สรุปการทบทวนงานวิจัยทั้งในบริบทของต่างประเทศและประเทศไทย การศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยตรงยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการสำรวจความรู้ในเรื่องพินัยกรรมชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุ การศึกษาในบริบทของกลุ่มโรคเฉพาะที่มีการศึกษาจะเป็นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และไม่ชัดเจนว่าความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะสามารถทำนายความตั้งใจได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำปัจจัยความรู้เกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.3.4.3 เครื่องมือประเมินความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ทำการศึกษาใช้เครื่องมือในการประเมินความรู้เกี่ยวแผนการดูแลล่วงหน้าโดยตรงและในบางเครื่องมือทำการประเมินความรู้เฉพาะเพียงบาง ส่วนของแผนการดูแลล่วงหน้าเท่านั้น

(1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต สร้างโดย วนัชพร พิพัฒน์ธนวงศ์ (2560) แบบประเมิน มีทั้งหมด 8 ข้อ ให้ประเมินว่าแต่ละข้อความในแต่ละข้อนั้นกล่าวถูกต้องหรือผิด โดยมีข้อความที่ถูกต้อง 4 ข้อ และข้อความที่ผิด 4 ข้อ คะแนนข้อละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจะเท่ากับ 8 คะแนน และช่วงคะแนน คือ 0 - 8 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในระดับต่ำ จากการวิเคราะห์สถิติ independent-samples t - test พบว่า โดยรวมแล้วแต่ละข้อมีอำนาจการจำแนกอยู่ในเกณฑ์ดี ($p < .05$)

(2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Knowledge of ACP and ADs) ในไต้หวัน ของไช่ และคณะ (Tsai et al., 2023) เนื้อหาของแบบสอบถามมาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาได้รับการประเมินความถูกต้องโดยนักวิชาการที่มีประสบการณ์จำนวน 12 ท่าน ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบบสอบถามใช้มาตราส่วนลิเคิร์ตในการให้คะแนน โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง คะแนน 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กับข้อความในแบบสอบถาม คะแนนรวม 10-50 คะแนน โดย คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้าหรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้าหรือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในระดับสูง แบบสอบ ถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .97 ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

(3) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าสำหรับการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของ กนกพร ภู่ทอง และคณะ (2565) สร้างขึ้นตามพระราช บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะ

Ref. code: 25686614032057ATZ

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวม 0-10 คะแนน แปลผลคะแนนจากเกณฑ์ที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 8 -10 มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนน 5-7 มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 0-4 มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ เครื่องมือได้รับการทดสอบคุณภาพจากการทำ Content Validity Index (CVI) และ Item-Objective Congruence (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 20 ราย

(4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับคำสั่งการดูแลล่วงหน้า สร้างและพัฒนาโดยอ้างอิงข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและกฎหมายความเป็นอิสระของผู้ป่วยในประเทศไต้หวันของหลี่ฟางและคณะ (Li Fang et al., 2020) ประกอบด้วยคำถาม "จริง" หรือ "เท็จ" 8 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือคำตอบไม่ชัดเจนได้ 0 คะแนน โดย คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับคำสั่งการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับคำสั่งการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity context : CVI) เท่ากับ .94 ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

(5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ฉบับภาษาไทยของสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) ได้รับการแปลจากแบบสอบถาม Knowledge Regarding Advance Care Planning Questionnaire (K-ACPQ) ของเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) ที่สร้างและพัฒนาจากความรู้เกี่ยวกับความเป็นเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระท้ายของชีวิต และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประเทศไต้หวัน ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 9 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ได้รับการปรับเนื้อหาให้เข้ากับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 1.00 ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าเครื่องมือส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามที่มีเนื้อหาความรู้เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าหรือพินัยกรรมเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ถูกแปล และประยุกต์ใช้โดยสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) นำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิถีการดำเนินของโรคคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยมีความสนใจทำการศึกษา

Ref. code: 256866140320 57ATZ

แบบสอบถามมีความน่า เชื่อถือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 และข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาประเด็นสำคัญต่างๆ ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

2.3.5.1 นิยาม ความหมาย องค์ประกอบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หรือหวาดกลัวเมื่อคิดถึงหรือรับรู้เกี่ยวกับความตาย เป็นสิ่งที่ลึกลับและไม่ทราบว่าชีวิตหลังความตายจะเป็นอย่างไร รวมถึงกังวลเกี่ยวกับการสูญสิ้นของร่างกาย กลัวที่จะตายแบบเจ็บปวดทรมานเป็นเวลานาน กลัวว่าจะต้องถูกแยกให้อยู่ตามลำพัง กลัวจะต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวตายแบบไม่มีศักดิ์ศรีซึ่งเป็นการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมชีวิตของตนในภาวะใกล้ตายให้เป็นไปตามความปรารถนาของตนได้ (พระชาย อภินนโน, 2561)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ส่งผลต่อทัศนคติต่อความตายของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นที่ผู้ป่วยมีต่อความตาย โดยมีรากฐานมาจาก ความเชื่อ ประสบการณ์ทั้งจากในอดีตและปัจจุบัน ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความตายเป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย จากความรู้สึกหวาดกลัว ในหลายมิติ (จันจิรา เพ็ญ, 2567) ได้แก่

1) ความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ (Fear of the Unknown) หมายถึงความกลัวที่เกิดจากการไม่คุ้นเคยหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังความตาย ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หวาดวิตกต่อการพลัดพราก การสูญเสีย หรือภาระต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังความตาย

2) ความกลัวต่อความทุกข์ทรมาน (Fear of Suffering) เป็นความกลัวที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจซึ่งอาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อช่วงเวลาดังกล่าวยืดเยื้อและสร้างความทรมานต่อผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต

3) ความกลัวต่อความโดดเดี่ยว (Fear of Loneliness) หมายถึง ความวิตกกังวลว่าอาจจะต้องเผชิญหน้ากับความตายตามลำพังโดยปราศจากการอยู่ร่วมของบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางใจ

4) ความกลัวต่อการดับสูญ (Fear of Extinction) เป็นความกลัวที่เกิดจากการตระหนักว่าความตายหมายถึงการสิ้นสุดของการมีตัวตนอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถกระทำสิ่งใดได้อีก และอาจตายไปโดยไม่มีผู้ใดจดจำหรือไม่มีโอกาสแก้ไขสิ่งที่ยังคงค้างคาในใจ

2.3.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นความไม่สบายใจ หวาดหวั่น การไม่สามารถจินตนาการเกี่ยวกับความตายของตนได้ เกิดความมั่นใจต่อ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

สถานการณ์ในอนาคต ผลการศึกษาก่อนหน้า พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย ซึ่งเป็นกระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาทางการแพทย์ไว้ตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่ภาวะใกล้ตาย การศึกษาของ พระชาย อภินนโน (2561) และสารภี รังสีโกษัยและคณะ (2556) พบว่าความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย ซึ่งสอดคล้องกับในการศึกษาของอธิพงศ์ มุณีโน (2566) ที่พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตลดลงร้อยละ 13 (OR= 0.87, 95% CI = 0.82-0.92) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งมีวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ จะมีการทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น และในทางตรงกันข้าม หากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะมีแนวโน้มในการทำพินัยกรรมชีวิตลดลง และมีแนวโน้มเลือกการดูแลรักษาที่ยืดชีวิตแทนการดูแลแบบประคับประคอง แม้จะรับรู้ว่าตนเองอยู่ในระยะท้ายของชีวิตแล้วก็ตาม (Rodenbach et al., 2021) และมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของอาภรณ์ ยิ้มเนียม และคณะ (2566) พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตาย ($r = -.185$, $p = .05$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา ผู้สูงอายุชาวจีน ที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าความวิตกกังวลต่อความตายความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = - .437$, $p < .01$)

สรุปการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า การศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย พบว่าผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ความวิตกกังวลต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย ความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษาระยะท้าย โดยการศึกษาที่พบส่วนใหญ่ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรค ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมถึงยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

(1) Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (Templer, 1970) เป็นเครื่องมือใช้ในวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายกับกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย โดยแบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามดั้งเดิมมีลักษณะมาตรวัดแบบ จริง-ไม่จริง (True-False) ต่อมาได้ถูกพัฒนาเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scales) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ โดยคะแนนสูง

Ref. code: 25686614032057ATZ

หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง การศึกษาของฮง และคณะ (Hong et al., 2018) ได้นำแบบสอบถามแปลเป็นภาษาจีนและและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Content Validity Index :CVI) พบว่าอยู่ในระดับสูง ใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 50 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

(2) The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) สร้างและพัฒนาโดย คอนและคณะ (Conte et al., 1982) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายนี้ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยมะลิวรรณ กระโพธิ์ และคณะ (2561) ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความกลัวไม่รู 4 ขอ 2) กลัวความทรมาน 3 ข้อ 3) กลัวความเดียวดาย 4 ข้อ และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต 4 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scales) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) โดยคะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index for item: I-CVI) เท่ากับ .96

(3) แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายฉบับภาษาอาราบิค (The Arabic Scale of Death Anxiety) ที่สร้างโดย Abdel-Khalek (2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย สารภี รังษีโกศัย และคณะ (2556) ถูกนำไปใช้กับผู้สูงอายุในหลายการศึกษา ลักษณะเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้สึก พฤติกรรม และความคิดเห็นเกี่ยวกับความตายทั้งหมด 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

จากการทบทวนวรรณกรรม พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ส่วนใหญ่ได้รับการแปลจากต่างประเทศ เนื้อหาในข้อคำถามมีความแตกต่างกันในทางวัฒนธรรมความเชื่อ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ คอนเตและคณะ (Conte et al., 1982) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาษาไทย ได้รับการแปลโดย มะลิวรรณ กระโพธิ์และคณะ (2561) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ข้อคำถามได้รับการดัดแปลงให้เข้ากับกลุ่มประชากรตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย มีองค์ประกอบชัดเจน มีความน่าเชื่อถือ จำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป เมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อพบว่าเข้าใจได้ง่าย

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของผู้คนทั่วโลก ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ไต่อันดับขึ้นไปอย่าง

Ref. code: 25686614032057ATZ

ต่อเนื่อง โดยสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังมากกว่าครึ่งเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน หนึ่งในโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง วิถีการดำเนินโรคมีความไม่แน่นอน โดยประกอบไปด้วยช่วงคงที่ของการเจ็บป่วย ดีขึ้นหรือเลวลงสลับกันไปมาเป็นระยะๆ ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคไตเรื้อรังผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สาเหตุหลักส่วนใหญ่มาจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงมีความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังมากขึ้น โดยผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเสียชีวิตครั้งใดของการเจ็บป่วยก็ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความยากลำบากและต้องการการตัดสินใจอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับการเลือกวิธีการดูแลรักษาจากอาการที่เกิดขึ้น พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังในระยะท้ายอาจมีผลกระทบต่อการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ภาระในการตัดสินใจดังกล่าวจึงต้องให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำแทน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นการพูดคุยล่วงหน้าในแผนการดูแลรักษาของตนเองกับครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมีความจำเป็นและสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยในด้านผู้ป่วยพบว่าความตั้งใจมีผลให้เกิดพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลและรักษาในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งปัจจัยที่พบว่าอาจส่งผลให้เกิดความตั้งใจต่อพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เป็นปัจจัยที่อาจมีส่วนให้บุคคลมีทัศนคติทางบวกหรือในทางลบต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนปัจจัยของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กลุ่มที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของผู้ป่วยมากที่สุดน่าจะเป็นครอบครัว การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีความชัดเจนว่าปัจจัยต่างๆ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากน้อยเพียงใด การศึกษาในครั้งนี้อาจช่วยปิดช่องว่างของความรู้ดังกล่าว

Ref. code: 256866140320 57ATZ

บทที่ 3
วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) ประเภทการศึกษาหาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลต่อความตาย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 4 แบ่งเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับศูนย์ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับทั่วไปขนาดใหญ่ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสิงห์บุรี และ โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับทั่วไปขนาดเล็ก 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลอินทร์บุรี

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

3.1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1.3.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

(1) ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5(GFR < 60 ml/min/1.73m²)

(2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์

(3) รู้ตัวดี สามารถพูดคุย สื่อสาร เข้าใจภาษาไทย

Ref. code: 256866140320 57ATZ

(4) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบสมอง และจิตประสาท ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะต้องได้รับการประเมินสภาพทางด้านสมองและความจำเบื้องต้นก่อนทุกราย โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยต้องมีระดับคะแนน

คะแนน 14-23 คะแนน กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ

คะแนน 17-30 คะแนน กรณีจบการศึกษาชั้นประถม

คะแนน 22-30 คะแนน กรณีจบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา

3.1.3.2 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

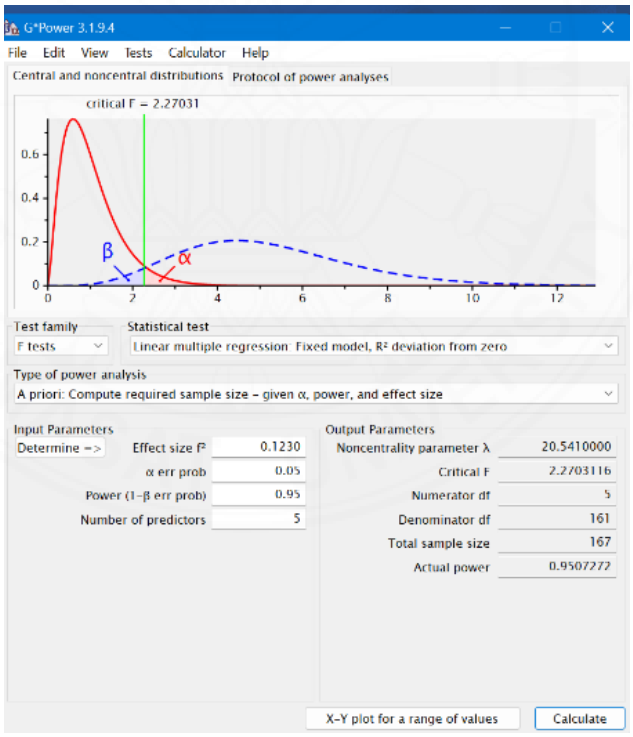
(1) มีปัญหาในการสื่อสาร ไม่เข้าใจภาษาไทย

(2) ไม่ให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

3.1.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพที่ 3.1

แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G Power*



กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จากใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าตามสถิติ Multiple regression ที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ โดยเลือก Test family เป็นF Tests , Statistic test เป็น Linear multiple regression : Fixed model, R^2

Ref. code: 25686614032057ATZ

deviation from zero และ Type of power analysis เลือก A priori : Compute require sample size - given α , power, and effect size ใส่ค่า Parameters ได้แก่ กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยอ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีความคล้ายคลึงกัน ของ อาภรณ์ ยิ้มเนียม (2566) พบว่าทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายซึ่งคล้ายกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่า r เท่ากับ .331 นำมาคำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ โปรแกรมคำนวณหาค่าอิทธิพล (f^2) ได้เท่ากับ 0.1230 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 5 ตัวแปร แทนค่าทั้งหมดในโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการสูญหายจากการวิจัย (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 184 ราย

3.1.4.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยเริ่มจากการรวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 4 กำหนดระดับของโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นชั้นภูมิ สุ่มรายชื่อโรงพยาบาลแบบไม่ใส่คืน 1:3 ได้รายชื่อโรงพยาบาลที่จะเข้าเก็บข้อมูล 5 แห่ง จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามอัตราส่วน ให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ในข้อ 3.1.4 สุดท้ายใช้วิธีการสุ่มรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน ดังแสดงรายละเอียดในขั้นตอนตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่ามีทั้งหมด 14 แห่ง โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับศูนย์ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับทั่วไปขนาดใหญ่ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับทั่วไปขนาดเล็ก 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลอินทร์บุรี

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดระดับของโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นชั้นภูมิ (Stratum) และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (Stratified random sampling without replacement) อัตราส่วน 1 ต่อ 3 (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) คัดเลือกรายชื่อโรงพยาบาลให้มีความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการ 4 สุ่มได้

Ref. code: 25686614032057ATZ

จำนวนโรงพยาบาลที่จะใช้ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลอินทร์บุรี

ขั้นตอนที่ 3 ทำการรวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-5 ในปี พ.ศ. 2566 ของโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกไว้ทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และโรงพยาบาลอินทร์บุรี

ขั้นตอนที่ 4 ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-5 ของแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน n=nxn1/N อ้างอิงตามจำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล (Proportionate stratified random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) โดยใส่ค่าขนาดในสูตรคำนวณตามความหมาย ดังต่อไปนี้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

n1 = ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชั้น

N = ขนาดประชากร

ขั้นตอนที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ที่ได้กำหนดไว้ และใช้วิธีการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จนครบตามจำนวน 184 ราย ที่ได้คำนวณไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1

สรุปขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

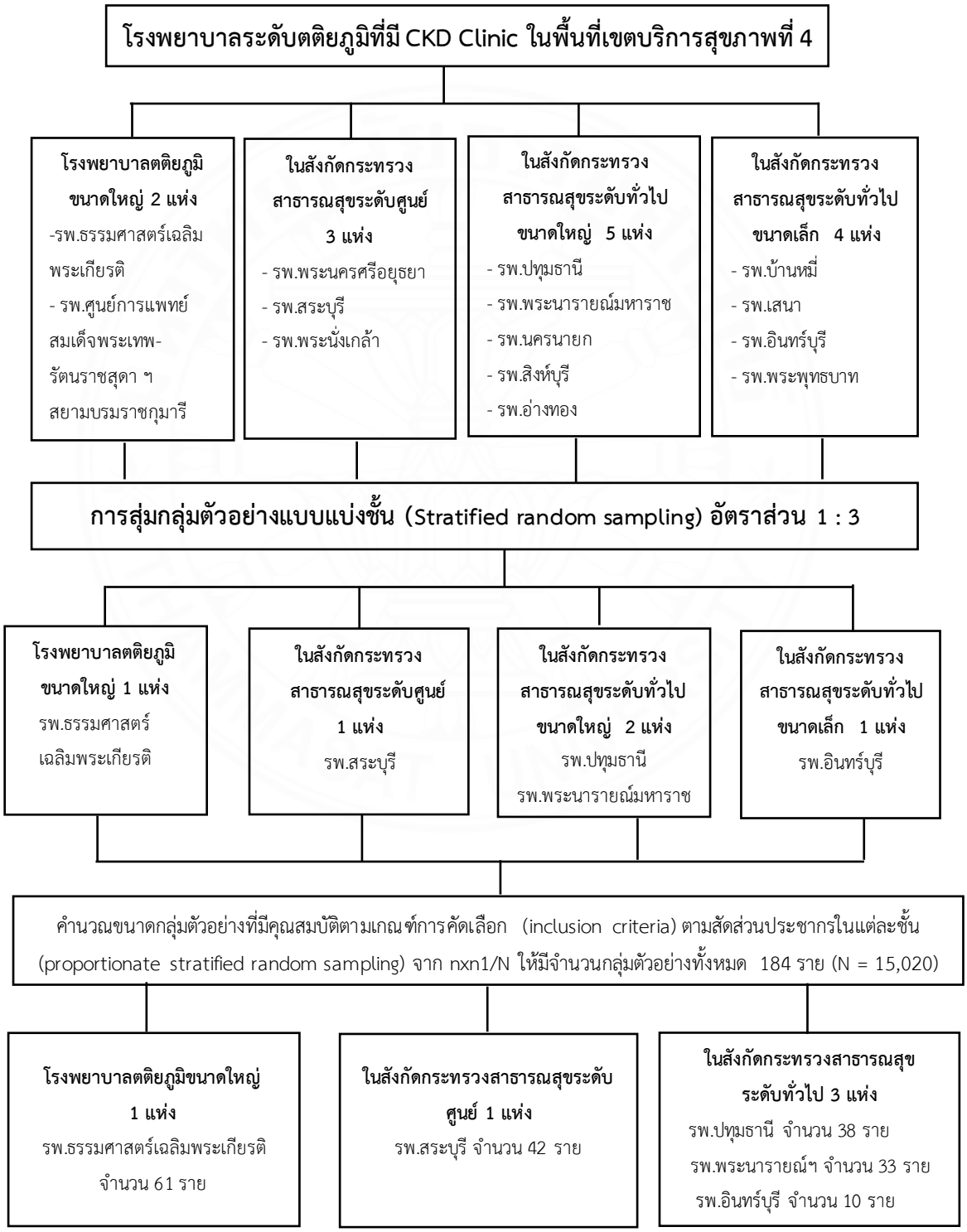
รายชื่อโรงพยาบาล	ขนาดประชากร(ราย)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง(ราย)
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	4,961	60
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	2,751	34
โรงพยาบาลสระบุรี	3,343	41
โรงพยาบาลปทุมธานี	3,087	38
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	878	11
รวม	15,020	184

Ref. code: 25686614032057ATZ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ภาพที่ 3.2

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



Ref. code: 25686614032057ATZ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

(MMSE – Thai version 2002) (สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ของ Folstein และคณะ (1975) ได้รับการแปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination : MMSE) ฉบับภาษาไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้ทดสอบระดับความคิดและความจำ (Cognitive state) เพื่อใช้วินิจฉัยภาวะสองเสื่อมกับภาวะ Delirium ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ Registration (การรับรู้) attention (ความใส่ใจ) Calculation (การคำนวณ) Recall (การระลึกได้) language (การใช้ภาษา) คะแนนรวม 0-30

การแปลผลค่าคะแนนที่ถือว่าปกติแบ่งตามระดับการศึกษา ได้แก่

กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ (เว้นข้อ 4,9,10) คะแนนเต็ม 23 คะแนน จุดตัดของคะแนน ≥ 14 คะแนน

กรณีจบการศึกษาชั้นประถม คะแนนเต็ม 30 คะแนน จุดตัดของคะแนน ≥ 17 คะแนน

กรณีจบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถม คะแนนเต็ม 30 คะแนน จุดตัดของคะแนน ≥ 22 คะแนน

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่

3.2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Characteristics) ประกอบ ด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นการซักถามจากผู้ป่วย (ข้อ 1 – 12) เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ บุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทนในเรื่องต่างๆ วิธีการบำบัดทดแทนไตที่ผู้ป่วยจะเลือกหากการดำเนินโรคไตไปถึงระยะสุดท้าย ประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต เคยได้รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือเคยมีเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อนหรือไม่

ตอนที่2 สำหรับศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและจากการซักประวัติ (ข้อ 14 – 17) เกี่ยวกับ โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยโรคไตเรื้อรังนานแค่ไหน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินจากโรคไตเรื้อรังภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงหรือระยะของโรค

3.2.2.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2566) ได้รับการแปลจากแบบสอบถาม Attitude regarding Advance care planning ที่สร้างและพัฒนาโดยเชง และคณะ (2022) ใช้ในการวัดความเชื่อและการประเมินค่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีต่อภาพรวมของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงผลที่ตามมาของการ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

วางแผนการดูแลล่วงหน้า ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถาม ประเมินทั้งความเชื่อ (Bi) และการประเมินความสำคัญ (Ei) ข้อคำถามแบ่งเป็นด้านบวก ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 และด้านลบ ได้แก่ 6, 9, 10, 11, 12 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-300 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 เกณฑ์การให้คะแนน

แบบวัดทัศนคติด้านความเชื่อ

เชื่อน้อยที่สุด	คำถามด้านบวก	ให้ 1 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 5 คะแนน
เชื่อน้อย	คำถามด้านบวก	ให้ 2 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	คำถามด้านบวก	ให้ 3 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 3 คะแนน
เชื่อมาก	คำถามด้านบวก	ให้ 4 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 2 คะแนน
เชื่อมากที่สุด	คำถามด้านบวก	ให้ 5 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 1 คะแนน

แบบวัดทัศนคติด้านการประเมินค่าความสำคัญ

ไม่สำคัญอย่างยิ่ง	คำถามด้านบวก	ให้ 1 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 5 คะแนน
ไม่สำคัญ	คำถามด้านบวก	ให้ 2 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	คำถามด้านบวก	ให้ 3 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 3 คะแนน
สำคัญ	คำถามด้านบวก	ให้ 4 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 2 คะแนน
สำคัญอย่างยิ่ง	คำถามด้านบวก	ให้ 5 คะแนน	คำถามด้านลบ	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า คิดจากผลคูณของคะแนนด้านความเชื่อและด้านการประเมินค่ารายข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 1-25 คะแนน และนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันทั้งหมด โดยคะแนนอยู่ระหว่าง 12-300 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง (240 คะแนนขึ้นไป)

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง (คะแนน 180-239)

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ (น้อยกว่า 180 คะแนน)

3.2.2.3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการวางแผนการ ดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) วิธีการพูดคุย และการแก้ปัญหาร่วมกัน 3) การยอมรับความต้องการ ในการทำสิ่งใหม่ๆ 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ และ 5) การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน สร้างและพัฒนาโดยสมิลค์สไตน์ และคณะ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

(1982) และ พรทิพย์ มาลาธรรม (2001) แปลเป็นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามมี 5 ข้อ ในแต่ละข้อคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 (ตั้งแต่ 0 = ไม่เคยพอใจ จนถึง 4 = พอใจเสมอ) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวมาก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 0-6 หมายถึง ความ พึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ คะแนน 7-13 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุน ระดับปานกลาง และคะแนน 14-20 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

3.2.2.5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากแบบสอบถาม Knowledge Regarding Advance Care Planning ของเชง และคณะ (2022) สร้างและพัฒนามาจากความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในประเทศไต้หวัน ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ แปลเป็นภาษาไทยร่วมกับการปรับเนื้อหาให้เข้ากับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดย สุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ทดสอบ ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula 20) เท่ากับ 0.86 การแปลผลคะแนน เป็นการคิดคะแนนรวมของทุกข้อในแบบประเมิน คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 9 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง (McDonald, 2002) ได้แก่

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ระดับสูง (7 คะแนนขึ้นไป)

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ระดับปานกลาง (คะแนน 5-7)

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 5 คะแนน)

3.2.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองแบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Perceived Self-Efficacy in Self-Management Questionnaire [PSE-SMQ]) ของ ศรีธราพิพัฒน์ และคณะ (Sritarapipat et al., 2013) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมิน Self-Efficacy Index ของเคอติน และคณะ (Curtin et al., 2008) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดของแบนดูร่าและเวสเซลส์ (Bandura & Wessels, 1997) นำไปใช้ในการประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ทดสอบ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .97 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ประกอบ ด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนน คะแนนมีค่าอยู่ในช่วง 12.00-60.00 คะแนน การแปลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

12.00-27.30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

28.00-43.90 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

44.00-60.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

3.2.2.6 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) สร้างโดยคอนเตและคณะ (Conte et al., 1982) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) ใช้วิธีการแปลแบบย้อนกลับ (back-translation) จากสถาบันภาษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นกังวล 1 คะแนน หมายถึง เป็นกังวล 2 คะแนน หมายถึง เป็นกังวลมากที่สุด การแปลผลคะแนน คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 0 –30 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เพื่อให้สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายให้มีความชัดเจน ด้วยการแบ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการหาพิสัยของคะแนน คือ คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด แล้วหาร ด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 10 จึงสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายได้ดังนี้ การแปลผลระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ช่วงคะแนน ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย 0-10 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ 11-21 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง 22-30 คะแนน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

3.2.2.7 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้แบบสอบถามของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) ได้รับการแปลจากแบบสอบถาม Behavioral Intentions for Advance Care Planning ที่สร้างและพัฒนาโดยเชง และคณะ (Cheng et al., 2022) ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะทำการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับทีมสุขภาพหรือสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

บริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อคำถาม ทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่น่าเป็นไปได้มาก	ให้	1	คะแนน
ไม่น่าเป็นไปได้	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
เป็นไปได้	ให้	4	คะแนน
เป็นไปได้มาก	ให้	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน เป็นการคิดคะแนนรวมของทุกข้อในแบบประเมิน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ตามเกณฑ์การแปลผลตามการแบ่งคะแนนของแมคโดนัลด์ (McDonald, 2002) ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (23 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (คะแนน 18-23) หมายถึง ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 18 คะแนน) หมายถึง ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ

3.2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความคลอบคลุมของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน
2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน
3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน
4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน
5) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน

โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำระดับความคิดเห็นมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ใช้สูตรการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

Ref. code: 25686614032057ATZ

กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ โดย

ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของทุกเครื่องมือมีค่ามากกว่า 0.8 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบ ถามทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือทั้งหมดมีค่ามากกว่า 0.8 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021) (Polit & Beck, 2013)

3.3 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวมรวบข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบของเอกสาร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

3.3.1 ขั้นเตรียมการ

3.3.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการใช้เครื่องมือในการทำวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 3) แบบสอบ ถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 5) แบบสอบการสนับสนุนจากครอบครัวของพรทิพย์ มาลาธรรม (2544) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะ แพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ของปริญดา ศรีธาราพิพัฒน์ (2555) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 7) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของมะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Ref. code: 256866140320 57ATZ

3.3.1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาขออนุมัติให้ทำการวิจัย และดำเนินการเสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อผ่าน การรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามที่ได้ทำการสุ่มเลือกรายชื่อโรงพยาบาลไว้ โดยแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียด เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

3.3.1.3 เตรียมผู้ประสานงานการวิจัย หากได้รับหนังสือตอบรับและอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามรายชื่อที่ได้สุ่มเลือกไว้ ในการเตรียมผู้ประสานงาน ดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อเพื่อเตรียมผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล โดยเป็นพยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ประสานงานการวิจัยครั้งนี้ มีหน้าที่ในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยชี้แจ้งรายละเอียดแก่ผู้ประสานงาน ได้แก่ วัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3.3.2 ขั้นดำเนินการวิจัย

3.3.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

3.3.2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ประสานงานวิจัย และพยาบาลประจำคลินิก เพื่อทำการตรวจสอบรายชื่อ เลขประจำตัวผู้ป่วย และแฟ้มเวชระเบียน ของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจในวันที่ทำการเก็บข้อมูล ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนโดยการจับฉลากจนครบตามจำนวน จากนั้นผู้วิจัยเองร่วมกับผู้ประสานงานวิจัย ให้การแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นในระหว่างที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรอพบแพทย์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอเข้ากลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อไป

3.3.2.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความสนใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยในครั้งนี้ชี้แจงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อชี้แจงรายละเอียดครบถ้วนแล้ว และกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการให้อาสาสมัครวิจัยลงนามไว้เป็นหลักฐานในเอกสารแสดงเจตนา

Ref. code: 25686614032057ATZ

3.3.2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลบางส่วนตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนได้

3.3.2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน และกรอกข้อมูลคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้วลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยไม่เร่งรัดการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบโดยละเอียดจนเข้าใจ

3.3.2.6 ผู้วิจัยคอยตรวจสอบเวลาและลำดับคิวในการเข้าตรวจกับแพทย์ เป็นระยะในระหว่างการตอบแบบสอบถาม เพื่อลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการรอเข้ารับบริการ และผู้วิจัยจะดำเนินการหยุดการตอบแบบถามทันที เมื่อถึงคิวเรียกตรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจรักษาตามลำดับคิว และนัดหมายตอบแบบสอบถามชุดเดิมจนครบหลังออกจากห้องตรวจ

3.3.2.7 ผู้วิจัยคอยเฝ้าระวัง และ สังเกตอาการผิดปกติ ในระหว่างตอบแบบสอบถาม ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการดังกล่าว ผู้วิจัยให้หยุดทำแบบสอบถามทันที และดูแลอย่างใกล้ชิดจนกว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้น ในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกปลูกถ่ายไต เพื่อรายงานแพทย์ให้ทราบ และได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3.3.2.8 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ ในการวิจัย และแจ้งยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติต่อไป

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึง ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย ผลดีหรือผลเสียที่อาจเกิดจากการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.4.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ผู้วิจัยขออนุญาติเข้าเก็บข้อมูลการวิจัย

3.4.2 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย เมื่อผ่านการอนุมัติเรียบร้อยแล้วและภายหลังจากการให้การชี้แจงรายละเอียดหัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และความสำคัญของการวิจัยจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประสานงานกับผู้ประสานงานการวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้

Ref. code: 25686614032057ATZ

ทราบและเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะทำการเสนอเป็นภาพรวม ผู้วิจัยจะทำการกำหนดรหัสในการเข้าถึงข้อมูลทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้แสดงเจตนายินยอมไว้เป็นหลักฐานในหนังสือส่วนที่ 2 ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล แต่ใส่รหัสเพื่อนับจำนวนและแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย แบบบันทึกข้อมูล โดยเก็บในที่ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น ในการนำข้อมูลไปรวบรวม ทำการวิเคราะห์ อภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดและเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง จะเก็บข้อมูลไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย และเมื่อครบกำหนดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ไฟล์ข้อมูลจะถูกลบออกจากฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัย ไม่สามารถกู้คืนได้

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลที่ได้เป็นไป ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

3.5.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ บุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทน วิธีการบำบัดทดแทนไตที่คุณจะเลือกหากการดำเนินโรคไตไปถึงระยะสุดท้ายเคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต การ เคยได้ยิน/รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การเคยมีเอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้ามาก่อน โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินจากภาวะน้ำเกิน เกลือแร่ผิดปกติแบบแสดงอาการ 6 เดือนที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อทำการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.2 ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลต่อความตาย และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการ

Ref. code: 25686614032057ATZ

ดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

3.5.4 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาอำนาจการทำนาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) ในการวิเคราะห์อำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เพื่อให้ผลการศึกษาเป็นที่น่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ ตรวจสอบลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Assumption of Multiple Linear Regression Analysis) โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

1) การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) ทดสอบการแจกแจงข้อมูล (Normal test) ด้วยค่า Skewness และ Kurtosis ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 184 ราย เป็นขนาดกลาง และพบว่าค่า Z value มีค่าเท่ากับ ± 3.29 (Kim, 2013) (ดังตาราง ฉ.9 ในภาคผนวก ฉ)

2) ตรวจสอบความคงที่ของความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) จากความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามในรูปของคะแนนมาตรฐานกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่บริเวณค่า 0 อย่างสม่ำเสมอ และไม่ปรากฏรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอนระหว่างตัวแปรทั้งสอง (ดังภาพ ฉ.1 ในภาคผนวก ฉ)

3) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พิจารณาจากแผนภาพกระจาย (Scatter Plot) พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีลักษณะกระจุกตัวอยู่รอบเส้นทแยงมุม (Clustering around the diagonal) แสดงว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีลักษณะของความสัมพันธ์เชิงเส้น (ดังภาพ ฉ.2- ฉ.6 ในภาคผนวก ฉ)

4) ตรวจสอบความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรต้น โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า VIF (Variance Inflation Factor) พบว่า ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่า Tolerance มากกว่า .20 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) อยู่ในช่วง 1–5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ไม่รุนแรง และยังอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 10 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ ดังนั้น จึงสามารถนำตัวแปรเหล่านี้ไปใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยได้ต่อไปโดยไม่ส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของโมเดล (ดังตาราง ฉ.10 ในภาคผนวก ฉ)

5) ตรวจสอบความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่า สถิติ Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.074 ซึ่งค่าดังกล่าวอยู่ใกล้เคียงกับค่า 2 ซึ่ง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

บ่งชี้ว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independent)(ดังตาราง ฉ.11 ในภาคผนวก ฉ)

Ref. code: 25686614032057ATZ

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (eGFR ≤ 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ทั้งเพศชายและหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 184 ราย ที่เข้ารับการตรวจ ณ คลินิกโรคไต และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของ ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

Ref. code: 256866140320 57ATZ

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.1.1 ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา

ตารางที่ 4.1

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=184)

ข้อมูลส่วนบุคคล	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เพศ	89	48.40	95	51.60	184	100
อายุ (M = 64.48, SD = 11.78, min = 24, max = 88)						
24 – 40 ปี	4	4.49	2	2.11	6	3.26
41 – 59 ปี	25	28.09	22	23.16	47	25.54
60 – 69 ปี	33	37.08	28	29.47	61	33.15
70 – 80 ปี	22	24.72	36	37.89	58	31.52
80 ปีขึ้นไป	5	5.62	7	7.37	12	6.52
ศาสนา						
พุทธ	87	97.75	91	95.79	178	96.74
อิสลาม	1	1.12	2	2.10	3	1.63
คริสต์	1	1.12	2	2.10	3	1.63
สถานภาพสมรส						
คู่	72	80.90	46	48.42	118	64.10
โสด	10	11.20	19	20.00	29	15.80
หม้าย	5	5.60	23	24.21	28	15.20
หย่าร้าง	2	2.20	7	7.37	9	4.90
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	1	1.10	3	3.16	4	2.20
ประถมศึกษา	36	40.40	58	61.05	94	51.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	12.40	11	11.58	22	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	5.60	4	4.21	9	4.90
อนุปริญญา (ปวช.-ปวส.)	15	16.90	8	8.42	23	12.50

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ 4.1

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=184) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ปริญญาตรี	11	12.40	9	9.47	20	10.90
สูงกว่าปริญญาตรี	10	11.20	2	2.11	12	6.50
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	26.97	57	60.00	81	44.00
รับราชการ	21	23.59	8	8.42	29	15.76
ค้าขาย	11	12.36	10	10.53	21	11.40
เกษตรกรรม	11	12.36	7	7.37	18	9.80
รับจ้าง	9	10.11	4	4.21	13	7.10
พนักงานเอกชน	7	7.87	4	4.21	11	6.00
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.49	2	2.11	6	3.30
รัฐวิสาหกิจ	2	2.25	3	3.16	5	2.72
รายได้ (M = 13,401.63, SD = 18,381.33, min = 600, max = 165,000, mode = 5,000)						
0 – 15,000 บาทต่อเดือน	52	58.43	83	87.37	135	73.37
15,001 – 30,000 บาทต่อเดือน	20	22.47	9	9.47	29	15.76
30,001 – 45,000 บาทต่อเดือน	9	10.11	3	3.16	12	6.52
45,001 บาทต่อเดือน ขึ้นไป	8	8.99	0	0.00	8	4.35
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	68	76.40	58	61.05	126	68.50
ไม่เพียงพอ	21	23.60	37	38.95	58	31.50
สิทธิการรักษา						
บัตรทอง	43	48.31	56	58.95	99	53.80
เบิกได้ (ต้นสังกัด)	39	43.82	27	28.42	66	35.90
ประกันสังคม	5	5.62	9	9.47	14	7.60
เงินสด	2	2.25	3	3.16	5	2.70

Ref. code: 256866140320 57ATZ

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง ร้อยละ 51.60 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี (M = 64.48, S.D. = 11.78) คิดเป็นร้อยละ 33.15 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.10 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.70 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 51.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (M = 13,401.63, S.D. = 18,381.33) คิดเป็นร้อยละ 73.37 ใช้สิทธิ์การรักษาเป็นประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 53.80 รองลงมาเป็นเบิกได้ต้นสังกัด ร้อยละ 35.90

4.1.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ จำนวนโรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ใน 6 เดือนที่ผ่านมา และ วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือกหากการดำเนินของโรคไตเรื้อรังไปถึงระยะสุดท้าย

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (n=184)

ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง						
ระยะที่ 3	41	46.07	39	41.05	80	43.50
ระยะที่ 4	28	31.46	34	35.79	62	33.70
ระยะที่ 5	20	22.47	22	23.16	42	22.80
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง						
รับรู้	59	66.29	73	76.84	132	71.70
ไม่รับรู้	30	33.71	22	23.16	52	28.30
โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ*						
โรคความดันโลหิตสูง	74	83.15	84	88.42	158	85.87
โรคเบาหวาน	51	57.30	62	65.26	113	61.41
โรคไขมันในเลือดสูง	43	48.31	50	52.63	93	50.54
โรคหัวใจ	21	23.60	30	31.58	51	27.72
โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง	10	11.24	4	4.21	14	7.61
โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อต่อ	10	11.24	4	4.21	14	7.61
โรคมะเร็ง	5	5.62	4	4.21	9	4.89

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (n=184) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	7	7.87	0	0	7	3.80
โรคเกี่ยวกับสายตาและการมองเห็น	3	3.37	3	3.16	6	3.26
โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์	2	2.25	2	2.11	4	2.17
โรคเกี่ยวกับระบบโลหิตและหลอดเลือด	3	3.37	0	0	3	1.63
โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น COPD	1	1.12	2	2.11	3	1.63
โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน	1	1.12	2	2.11	3	1.63
โรคเกี่ยวกับระบบประสาท	0	0.00	2	2.11	2	1.87
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	1	1.12	1	1.05	2	1.87
จำนวนโรคประจำตัวหรือโรคร่วม						
1 โรค	1	1.12	28	29.47	29	15.76
2 โรค	43	48.32	15	15.79	58	31.52
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค	45	50.56	52	54.74	97	52.72
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (M= 12.24,SD = 15.62, min= 1, max= 456, mode= 12)						
1 เดือน – 24 เดือน	44	49.44	47	49.47	91	49.46
25 เดือน – 48 เดือน	15	16.85	19	20.00	34	18.48
49 เดือน - 72 เดือน	18	20.22	15	15.79	33	17.93
มากกว่า 72 เดือน ขึ้นไป	12	13.48	14	14.74	26	14.13
การเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ใน 6 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่เคย	75	84.27	85	89.47	160	86.96
เคย*	14	15.73	10	10.53	24	13.04
1 ครั้ง	11	12.36	10	10.53	21	11.41
มากกว่า 1 ครั้ง	3	3.37	0	0.00	3	1.63
วิธีการบำบัดทดแทนไตที่เลือกหากการดำเนินของโรคไตเรื้อรังไปถึงระยะสุดท้าย						
ยังไม่ได้ตัดสินใจ	51	57.30	61	64.21	112	60.90
การดูแลแบบประคับประคอง	16	17.98	22	23.16	38	20.70
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	15	16.85	11	11.58	26	14.10

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (n=184) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ล้างไตทางช่องท้อง	6	6.74	1	1.05	7	3.80
ผ่าตัดปลูกถ่ายไต	1	1.12	0	0.00	1	0.50

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 43.50 มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค ร้อยละ 71.70 มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.78 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.44 และมากกว่าครึ่งมีจำนวนโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 52.72 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง นับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี มากที่สุดร้อยละ 49.46 โดยพบว่าภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินเลย ร้อยละ 86.96 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตัดสินใจวางแผนว่าจะเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบใด หากการดำเนินของโรคไปถึงระยะสุดท้าย ร้อยละ 60.90

4.1.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต การเคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือการมีหรือเคยทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน รวมถึงบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างไว้วางใจและเลือกให้ตัดสินใจแทน

ตารางที่ 4.3

จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (n=184)

ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต						
ไม่เคย	58	65.17	54	56.84	112	60.90
เคย*	31	34.83	41	43.16	72	39.10
บิดา-มารดา	22	68.75	29	65.91	51	67.11
ญาติ/พี่-น้อง	6	18.75	7	15.91	13	17.10

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ 4.3

จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (n=184) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	**ชาย** (n=89)		**หญิง** (n=95)		**รวม** (n=184)	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
สามี-ภรรยา	2	6.25	7	15.91	9	11.84
ผู้ป่วย	2	6.25	1	2.27	3	3.95
เคยได้ยิน/รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า						
ไม่เคยรู้จัก	78	87.64	92	96.84	170	92.40
เคยรู้จัก	11	12.36	3	3.16	14	7.60
เคยมี/ทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน						
ไม่เคย	86	96.63	94	98.95	180	97.80
เคย	3	3.37	1	1.05	4	2.20
บุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทน*						
ลูก-หลาน		43	37.07	60	51.28	103
คู่รัก-คู่ชีวิต		48	41.38	20	17.09	68
แพทย์-พยาบาล	11	9.48	23	19.66	34	14.59
พี่น้อง	11	9.48	10	8.55	21	9.01
บิดา-มารดา	2	1.72	4	3.42	6	2.58
เพื่อน	1	0.86	0	0.00	1	0.43

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 60.90 ไม่เคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน มากถึงร้อยละ 92.40 และเกือบทั้งหมดไม่เคยมีหรือทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 97.80 กลุ่มตัวอย่างเลือกลูกหลานเป็นบุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทนมากที่สุดร้อยละ 43.64 และคู่รักหรือคู่ชีวิต ร้อยละ 28.81 ตามลำดับ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

4.1.2 ข้อมูลทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ตารางที่ 4.4

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n=184)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน	Min-Max	M	SD	ระดับ
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	12- 300	23 - 300	164.82	73.22	ต่ำ
การสนับสนุนจากครอบครัว	0 - 20	0 - 20	14.89	5.74	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	12 - 60	12 - 60	42.35	11.87	สูง
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	0 - 9	0 - 9	3.14	2.54	ต่ำ
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	0 - 30	0 - 26	7.78	5.06	ต่ำ

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 184 ราย มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแต่ละตัวแปรอิสระ ด้านทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 164.82, SD = 73.22) ด้านการสนับสนุนของครอบครัวต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 14.89, SD = 5.74) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 42.35, SD = 11.87) ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 3.14, SD = 2.54) และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 7.78, SD = 5.06)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ 4.5

แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบรายข้อของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n= 184)

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ช่วงคะแนน	Min-Max	Mean	SD	ระดับ
1. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัว หรือบุคคลที่ฉันไว้วางใจ	1 - 5	1 - 5	3.72	1.58	สูง
2. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคคลากรทางสุขภาพ	1 - 5	1 - 5	3.45	1.58	ปานกลาง
3. ฉันจะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล สุขภาพล่วงหน้า	1 - 5	1 - 5	3.48	1.58	ปานกลาง
4. ฉันจะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับคอง หรือการดูแลที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อชีวิต	1 - 5	1 - 5	2.07	1.54	ต่ำ
5. ฉันจะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลที่ฉันไว้วางใจเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษา	1 - 5	1 - 5	2.10	1.52	ต่ำ
6. ฉันจะทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึง ระยะท้ายโดยผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1 - 5	1 - 5	2.07	1.57	ต่ำ
โดยรวม	6 - 30	6 - 30	16.89	7.834	ต่ำ

จากตารางที่ 4.5 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบรายข้อของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) ข้อ 1 มีความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัว หรือบุคคลที่ไว้วางใจ (M = 3.72, SD = 1.58)

2) ข้อ 3 มีความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (M = 3.48, SD = 1.58)

Ref. code: 25686614032057ATZ

3) ข้อ 2 มีความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคคลากรทางสุขภาพ (M = 3.45, SD = 1.58) ตามลำดับ

ในส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีค่าต่ำสุด 3 ข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1) ข้อ 5 มีความตั้งใจที่จะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลที่ฉันไว้วางใจเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษา (M = 2.10, SD = 1.52)

2) ข้อ 4 มีความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อชีวิต (M = 2.07, SD = 1.54)

3) ข้อ 6 มีความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงระยะท้ายโดยผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (M = 2.07, SD = 1.57)

ตารางที่ 4.6

แสดงระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=184)

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	6 - 17	94	51.09
ระดับปานกลาง	18 - 23	44	23.91
ระดับสูง	24 - 30	46	25.00

จากตารางที่ 4.6 แสดงระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 51.09 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.00 และต่ำสุดอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.91 ตามลำดับ

4.1.3 ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของ ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุหลายตัวแปร ด้วยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน โดยมีตัวแปรอิสระ จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ส่วนตัวแปรตามในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความตั้งใจในการวาง

Ref. code: 25686614032057ATZ

แผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบความถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแล้ว พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ตัวแปรไม่มีปัญหา ความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน ดังแสดงในตารางภาคผนวก ฉ.

ตารางที่ 4.7

แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวของ (n= 184)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1					
2.การสนับสนุนจากครอบครัว	.488**	1				
3.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	.639**	.584**	1			
4.ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.596**	.332**	.482**	1		
5.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	-.206**	-.114	-.207**	-.157*	1	
6.ความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	.644**	.552**	.619**	.531**	-.129	1

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01

จากตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า

1) ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางบวก ในระดับสูง (r = .644, p < .01)

2) ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางบวก ในระดับปานกลาง (r = .552, p < .01)

3) ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางบวก ในระดับสูง (r = .619, p < .01)

Ref. code: 25686614032057ATZ

4) ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการ วางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางบวก ระดับปานกลาง (r = .531, p < .01)

5) ปัจจัยความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r = -.129, p > .05)

ตารางที่ 4.8

แสดงค่าสัมประสิทธิ์ปัจจัยทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n= 184)

ปัจจัยทำนาย	B	Std. Error	β	t	*p*-value
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.031	.008	.287	3.874	<.001
การสนับสนุนจากครอบครัว	.308	.087	.226	3.553	<.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	.143	.048	.217	2.97	.003
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.558	.197	.181	2.824	.005
Constant	-.566	1.513		-.374	.709

หมายเหตุ: R = .735, Adjust R^2 = .529, S.E.= 5.375

จากตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์ปัจจัยทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พิจารณาจากคะแนนมาตรฐานของแต่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (β = .287) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากครอบครัว (β = .226) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง (β = .217) และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (β = .181) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ร้อยละ 52.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) เท่ากับ .735 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ 5.375 โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

Ref. code: 256866140320 57ATZ

1. สมการในรูปของคะแนนดิบ

$\hat{\mathbf{y}}$ = a+b1x1+ b2x2+b3x3+b4x4 โดยที่

$\hat{\mathbf{y}}$ = ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

a = Constant = 1.513

x1 = ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

x2 = การสนับสนุนจากครอบครัว

x3 = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

x4 = ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า = 1.513 + .031(ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า+ .308(การสนับสนุนจากครอบครัว) + .143(การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง) + .558(ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

Z = β1X1+ β2X2+ β3X3 + β4X4

Zความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า = .287Zทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า + .226Zการสนับสนุนจากครอบครัว + .217Zการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง + .181Zความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1) ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพิ่มขึ้น .287 หน่วยคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β= .287, p < .001)

2) การสนับสนุนจากครอบครัว 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพิ่มขึ้น .226 หน่วยคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .226, p < .001)

3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพิ่มขึ้น .217 หน่วยคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .217, p < .01)

4) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะส่งผลให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพิ่มขึ้น .181 หน่วยคะแนนมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .181, p < .01)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ 4.9

แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n= 184)

ขั้นที่	ปัจจัยทำนาย	R	R^2	Adjust R^2	R^2 change	F	*p*-value
1	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.644	.414	.411	.414	128.638	<.001
2	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว	.699	.489	.483	.075	26.372	<.001
3	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	.720	.519	.511	.030	11.407	<.001
4	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.735	.540	.529	.021	7.974	.005

จากตารางที่ 4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากกระบวนการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ 1) ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) การสนับสนุนจากครอบครัว 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และ 4) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กระบวนการต่อจากนั้นเป็นการนำปัจจัยทำนาย ทั้ง 4 ปัจจัย ดังกล่าว เข้าไปอยู่ในสมการทำนายตามวิธีการสร้างสมการด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบเป็นขั้นตอน โดย มีลำดับการเข้าสมการ คือ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตามลำดับ

Ref. code: 25686614032057ATZ

ทั้งนี้ พบว่าเมื่อมีการเพิ่มตัวแปรอิสระในแต่ละขั้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น ค่า F มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าค่า R^2 จะเพิ่มขึ้นในทุกขั้น สามารถอธิบายได้ว่า ในขั้นแรกของการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวแปรทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งมีอิทธิพลสูงสุดถูกเพิ่มเข้าไปในโมเดล ส่งผลให้ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้มีค่าสูง ทำให้ค่า F อยู่ในระดับสูง เนื่องจากค่า F ในแต่ละขั้นสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงค่า R^2 (R^2 change) เมื่อมีการเพิ่มตัวแปรใหม่เข้าไปในโมเดล อย่างไรก็ตาม เมื่อเพิ่มตัวแปรเข้าไปในแต่ละขั้นถัดไป ตัวแปรเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับที่ต่ำกว่าตัวแปรก่อนหน้า ส่งผลให้ค่า R^2 change มีขนาดเล็กลง และ ทำให้ค่า F ลดลง ตามลำดับ แต่โดยรวมแล้ว แบบจำลองยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การลดลงของค่า F ในแต่ละขั้นจึงสะท้อนถึงลักษณะเชิงตรรกะของการเพิ่มตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยลงตามลำดับความสำคัญ ดังตารางแสดงผล

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีสมมติฐานว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ ส่วนผลการศึกษาแยกอภิปรายตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 มีอายุเฉลี่ย 64.48 ปี (SD = 11.78) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 33.15 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.10 กลุ่ม ตัวอย่างจบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 51.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.00 และร้อยละ 73.37 มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 53.80

ผลการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 43.50 มีความสอดคล้องกับข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ

Ref. code: 25686614032057ATZ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center, 2567) ย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปี 2565-2567 รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามระยะของโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวนมากที่สุด อัตราส่วนโดยเฉลี่ย ร้อยละ 42.35 เช่นเดียวกับการศึกษาของพิสิษฐ์ เวชกามา และคณะ (2558) ที่พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย มีอัตราการเกิดโรคไตระยะที่ 3 มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 7.5 รองลงมาเป็นระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 5.6 และระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 3.3 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.78 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.44 คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา (Cha'on et al., 2022; Lee et al., 2018) โดยพบว่า 3 อันดับของโรคร่วมที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ถึงร้อยละ 52.72 ซึ่งการมีหลายโรคร่วม (multimorbidity ≥ 3 โรค) ในผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3–5 พบความเสี่ยงสูงในการเข้าสู่ภาวะไตวายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเริ่มฟอกไตเร็วขึ้น

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกลูกหลานเป็นบุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทนแทนมากที่สุดร้อยละ 43.64 รองลงมา คือ คู่รักหรือคู่ชีวิต ร้อยละ 28.81 อาจสะท้อนถึงค่านิยมและวัฒนธรรมของชาวไทย ที่มักให้ความสำคัญกับบทบาทของลูกหลานในการดูแลผู้สูงอายุหรือสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤต ลูกหลานมักได้รับความไว้วางใจให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน เนื่องจากถูกปลูกฝังด้วยค่านิยมด้านความกตัญญู เคารพ และเชื่อฟังผู้ใหญ่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าลูกหลานจะดำเนินการตามความต้องการของตนมากกว่าคู่ชีวิต นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านสภาพร่างกายและจิตใจของคู่ชีวิตที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจในช่วงวิกฤต ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เปราะบาง เช่น ความเครียด ความเศร้า หรือความรู้สึกสูญเสีย เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉินของคู่ชีวิต ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเป็นกลางได้ อีกทั้งในบางกรณี ลูกหลานอาจมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ได้ดีกว่า โดยเฉพาะเมื่อลูกหลานมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมูซาและคณะ (Musa et al., 2015) ที่ระบุว่าครอบครัวได้รับความไว้วางใจมากที่สุดในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในทำนองเดียวกันกับการ ศึกษาของสุชานรี อุ่นคำ และคณะ (2567) ศึกษาความตั้งใจการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าบุคคลที่ได้รับเลือกให้ทำการตัดสินใจด้านสุขภาพแทนมากที่สุด สองอันดับแรก คือ ลูก รองลงมาเป็นคู่รักหรือคู่ชีวิต บ่งชี้ถึงความเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาวไทยที่ยังคงให้ความสำคัญสูงสุดกับสถาบันครอบครัว (Kunakornvong & Ngaosri, 2020)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

โดยเฉพาะในการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องช่วงระยะท้ายของชีวิต พบว่าได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวที่เข้ามามีบทบาทในการร่วมตัดสินใจเสมอ (Li et al., 2025)

4.2.2 ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.09 โดยคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เท่ากับ 16.89 คะแนน (M = 16.89, SD = 7.83) อาจเป็นเพราะมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 71.19 (อายุมากกว่า 60 ปี) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 44 และส่วนใหญ่ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือร้อยละ 73.37 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มไม่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนา (Chung et al., 2017) ในส่วนการนับถือศาสนาพุทธ (Chan et al., 2019) การมีระดับการศึกษาสูง (Rakngan & Sophonsakulsuk, 2023) ฐานะทางเศรษฐกิจดี (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2563) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าหรือลงนามในหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในด้านการเงิน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้หรือมีบำนาญ (Ke et al., 2022) เนื่องจากความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกขาดอำนาจในการตัดสินใจ (Tsai et al., 2021) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการทำพินัยกรรมของผู้สูงอายุที่มารับบริการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพข้าราชการเกษียณมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยข้าราชการเกษียณอาจมีความพร้อม ทั้งในด้านความมั่นคงทางการเงิน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม ความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง และมีภาระหรือข้อกังวลใจในชีวิตประจำวันน้อยกว่า จึงส่งผลให้ข้าราชการเกษียณมีความพร้อมและความเข้าใจในการเผชิญ หน้ากับความตาย (รุ่งทิวา กังวานสุระ และคณะ, 2565) ทำให้มีแนวโน้มในการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากกว่า นอกจากนี้ การมีรายได้และระดับการศึกษาที่สูง เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองล่วงหน้า (Inoue, 2016) เนื่องจากการศึกษาที่สูงขึ้นนั้น เปิดโอกาสให้บุคคลสามารถเข้าถึงสื่อ ข่าวสาร หรือข้อมูลต่างๆ ด้านสุขภาพได้ดีกว่า (Nakasaney, 2016) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความรู้ในระดับสูงมีแนวโน้มว่าจะมีการสื่อสารกับบุคคลอันเป็นที่รักเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากกว่า ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะลงนามในหนังสือแสดงเจตนาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น (van Dyck et al., 2021)

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ผลการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของหวัง และคณะ (Wang et al., 2021) ศึกษาความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 168 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศจีนพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง (M = 87.44 ± 12.96, range 42-110) พิจารณาความแตกต่างอาจเนื่องมาจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายของชีวิต โดยในการศึกษาของหวัง และคณะ (Wang et al., 2021) มีผู้เข้าร่วมการวิจัยระบุว่าเคยประสบภาวะเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่เป็นอันตรายถึงชีวิต บางส่วนเคยเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มากกว่าครึ่งเคยดูแลสมาชิกในครอบครัวที่กำลังจะเสียชีวิต และหนึ่งในสามเคยมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตของสมาชิกในครอบครัว มีงานวิจัยหลายฉบับที่ผลการศึกษาสนับสนุนว่า การที่บุคคลเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประสบการณ์ในการดูแลหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของตนเองหรือคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยภาวะวิกฤตหรืออยู่ในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความตั้งใจในการการเขียนหนังสือแสดงเจตนาและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข และธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร, 2561; สุชานรี อุ่นคำและคณะ, 2566; Kim et al., 2020; Yang et al., 2021) ซึ่งมีความแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.90 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้ การศึกษาความตั้งใจในการที่จะลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมมีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 140 คน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความตั้งใจในการที่จะลงนามในหนังสือแสดงเจตนาร้อยละ 85 (Park et al., 2025) คล้ายกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้สูงอายุในชุมชน อายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 401 คน ของศูนย์การแพทย์ประเทศไต้หวัน (Ke et al., 2022) พบว่าคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ดูแลสูงกว่าของผู้ป่วย (B = 0.225, p < .01) สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยจากทั้งสองการศึกษาดังกล่าวได้มีโอกาสพูดคุย ได้รับข้อมูลจากแพทย์ รวมถึงต้องตัดสินใจการรักษาแทนผู้ป่วยบ่อยครั้ง การรับรู้สิ่งดังกล่าวอาจเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้คิดทบทวนในหลากหลายแง่มุมร่วมกับได้เห็นการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากยิ่งขึ้น การทบทวนวรรณกรรมที่มาจากหลากหลายภูมิภาคทำการสำรวจการรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการวางแผนการดูแลล่วง หน้าที่ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วง หน้าค่อนข้างต่ำ มีการรับรู้ว่า ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้ามักมีความ “ซับซ้อน” หรือ “เข้าถึง

Ref. code: 25686614032057ATZ

ยาก” ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของแผนการดูแลล่วงหน้า มีความกลัว หรือความกังวล เพราะไม่อยากพูดถึงความตายและการจากลา (Canny et al., 2023) สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ของประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 80 ปี แม้จะระบุว่าผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามรู้จักมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่มีจำนวนเพียงหนึ่งในห้าที่ทราบเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและเคยทำพินัยกรรมชีวิต (Kunakornvong & Ngaosri, 2020) นอกจากนี้ การศึกษาของพศิน ภูริธรรมโชติ (2557) กับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 280 คน พบว่าร้อยละ 91.4 ของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ทราบเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง รับการตรวจรักษาในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร (รุ่งทิวา กังวานสุระ และคณะ, 2565; Manomaipiboon et al., 2023) ผลการศึกษาเป็นไปในทำนองเดียวกัน คือ พบว่าจำนวนเพียงหนึ่งในห้าของผู้เข้าร่วมการศึกษาเท่านั้นที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า จึงเห็นได้ว่าแม้ประชาชนจะรู้จักกฎหมายที่ให้สิทธิในการปฏิเสธการรักษา ความเข้าใจและการปฏิบัติจริงต่อแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญจำเป็นในการส่งเสริมในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข่าวสารข้อมูล เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่องและในวงกว้าง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรู้จักการวางแผนดูแลล่วงหน้ามาก่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = .272$, $p < .01$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น ส่งผลให้มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อนมากถึงร้อยละ 92.40 และจากระบบโครงสร้างงานการวางแผนดูแลล่วงหน้าถูกนำไปผูกโยงไว้กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ศิริวรรณ ศิลาพัชรินทร์, 2562) ทำให้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น (ฐากูร กาญจโนภาศ และศรัณย์ ธนพฤติวงศ์, 2567) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนใหญ่มีแนวโน้มความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระดับสูงกว่า ดังการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง อายุ 65 ปีขึ้นไป ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 130 คน พบว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.1 (Lee et al., 2015) และการศึกษาของพิชยา ปัญญาดี (2568) ในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนา ร้อยละ 51.33 ในส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่เข้าข่ายต้องรับการดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงข้อมูลและระบบการบริการเกี่ยวกับการวาง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

แผนการดูแลล่วงหน้าได้น้อย ทำให้ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ (อภิรฎี พิมเสน และคณะ, 2562) กลุ่มโรคไตเรื้อรังซึ่งโดยมาตรฐานการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตจะต้องได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตก่อนการเริ่มฟอกไตครั้งแรกทุกรายแต่ผู้ป่วยส่วนน้อยที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าและหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (Cho & Na, 2024; Fang et al., 2020) ส่วนหนึ่งอาจมาจาก ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าผู้ที่ควรรับผิดชอบในการเริ่มต้นการพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นผู้ใด (Ladin et al., 2021) ซึ่งในมุมมองของผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นความรับผิดชอบของแพทย์และแพทย์ควรเป็นผู้เริ่มการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Bernard et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะประคับประคองพบว่าการได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรสาธารณสุขมีผลอย่างมากกับการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า (นิติรัฐ นาให้ผล, 2567) และการศึกษาก่อนหน้า พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว มีความต้องการที่จะได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล การพยากรณ์โรค และการดำเนินของโรค ก่อนเข้าสู่กระบวนการฟอกไต (Ladin et al., 2021) เพื่อเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อการตัดสินใจร่วมเกี่ยวกับทางเลือกทั้งในแง่การรักษาและการดำรงชีวิต (Frandsen et al., 2023)

4.2.3 อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ปัจจัย และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ มี 1 ปัจจัย ดังนี้

4.2.3.1 ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง สามารถทำการอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไต

Ref. code: 256866140320 57ATZ

เรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .287, p < .001) เป็นไปตามสมมุติฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planed Behavior) ของอัจเซ่น (Ajzen, 1991) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการรับรู้และประเมินผลว่ากระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและเชื่อว่าผลจากการกระทำเป็นสิ่งดีและมีประโยชน์ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และนำไปสู่ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่สูงขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 164.82 , SD = 73.22) อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พิจารณาจากวิถีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังจะเป็นระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดน้อยกว่าในระยะท้าย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 86.96 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับร้อยละ 60.90 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต เกือบทั้งหมดไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน ส่งผลให้ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการจะเกิดทัศนคติที่ดีอาจเป็นผลมาจากความรู้และความเข้าใจ และประสบการณ์เกี่ยวกับเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ใหญ่วัยกลางคน ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ทัศนคติต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในภาวะสุดท้ายสามารถทำนายความตั้งใจในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในภาวะสุดท้ายของชีวิตได้ (β = .430, p < .001) (Park et al., 2025) คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (β = .398, p < .001) (สุชานรี อุ่นคำ และคณะ, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ชาวอเมริกัน เชื้อสายเกาหลี ที่พบว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (β = .271, p < .001) (Hong et al., 2019) นอกจากนั้น ยังพบว่าผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศไต้หวัน ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้เช่นกัน (β = .057, p < .001) (Ke et al., 2022) จากผลการศึกษาทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นได้ว่า หากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะส่งผลให้บุคคลเกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่ม ขึ้นตามลำดับ

2) การสนับสนุนจากครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลลวงหน้า สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย

Ref. code: 25686614032057ATZ

โรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (β = .226, p < .001) โดยครอบครัวถือเป็นหนึ่งในบรรทัดฐานทางสังคมตามสมมุติฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planed Behavior) ของอัจเซ่น (Ajzen, 1991) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวใน 5 ด้าน ได้แก่ การปรับตัว ความร่วมมือ ความเป็นอิสระ ความรักใคร่และการใช้เวลาร่วมกัน จะส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและรับรู้ได้ว่าครอบครัวให้การสนับสนุนตนเองในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และนำ ไปสู่ความตั้งใจของบุคคลในการที่จะดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้สูงขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวและความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในประเทศจีน ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (β = .520, p < .001) (Lyu et al., 2025) และการศึกษาของนิติรัฐ นาให้ผล (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดี มีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับไม่ดี 0.04 เท่า (OR = 0.04, p < 0.5) แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น

3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .217, p < .001) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถแห่งตนในการจัดการตนเอง หมายความว่า บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถอย่างสูง ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่ชัดเจนมากขึ้นในการที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 42.35, SD = 11.86) ดังตารางที่ จ. 19 อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าหากต้องการจัดการกับสุขภาพและชีวิต อันหมายรวมไปถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของตนเองให้เป็นไปในแนวทางที่ตนเองต้องการ ก็จะมีความมุ่งมั่นตั้งใจจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านไปจนสามารถกระทำพฤติกรรมให้เกิดผลสำเร็จ

ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยตรง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกันในผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าสมรรถนะแห่งตนในการ

Ref. code: 25686614032057ATZ

จัดทำเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ (r = .68, p < . 001) (Sook & Jeong, 2022) ในการศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของศิริวรรณ พายพัฒน์และคณะ (2564) พบว่าสมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการชะลอการเสื่อมของไต (β = .62, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงอรุณ สื่อยรรยงศิริและคณะ (2567) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่สาม สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ กล่าวคือหากบุคคลมีความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองรวมไปถึงการวางแผน การดูแลสุขภาพตนเองในอนาคตแล้ว จะนำไปสู่ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

4) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .181, p < .001) หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่สูง ส่งผลให้ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 3.14, SD = 2.54) โดยข้อคำถามที่คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาต้องเป็นคู่สมรส หรือบุคคลที่มีความ สัมพันธ์ทางสายเลือดเท่านั้น (M = 0.13, SD = 0.33) ซึ่งโดยหลักการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และข้อมูลจากคู่มือมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยพ.ศ. 2565 ในส่วนที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทน ในส่วนคำอธิบาย “ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจ ว่าเข้าใจความต้องการของตนเองและสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราช บัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550” นอกจากนี้ แม้ว่า มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้มีผลบังคับใช้มา 18 ปีแล้ว แต่ความก้าวหน้ายังค่อนข้างล่าช้า โดยจากผลการสำรวจทัศนคติต่อการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 กับประชาชนทุกภูมิภาคของประเทศจำนวน 2,394 คน พบว่าเพียง 21% เคยได้ยินเกี่ยวกับ "หนังสือแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้า" หรือ “Living Will” และเริ่มมีการผลักดันบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคไต ปีพ.ศ. 2566 (Pairojkul et al., 2023) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงยังไม่เป็นที่รู้จักในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบว่ามีผู้ที่เคยได้ยิน/รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงแค่

Ref. code: 25686614032057ATZ

ร้อยละ 7.6 การศึกษาความตั้งใจในเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต พบว่าผู้ที่มีความรู้เรื่องหนังสือแสดงเจตนาการรักษามีแนวโน้มในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้า มากกว่าผู้ที่ไม่รู้จัก 2.4 เท่า (Fang et al., 2020) การให้ความรู้ในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r =.082, p< .05) (Takeshita et al., 2021) ส่งผลให้เกิดความตั้งใจและมีแนวโน้มเข้าร่วมกระบวนการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุชานรี อุ่นคำและคณะ (2566) ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (r = .481, p < .01) และสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (β = .040, p < .05) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ศูนย์การแพทย์กับผู้ดูแล และผู้สูงอายุในศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุประเทศไต้หวัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุได้ (β = .040, p < .05) (Ke et al., 2022) หมายความว่าหากบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดีเพียงพอ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความตั้งใจและนำไปสู่การเข้าร่วมกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อไป

4.2.3.2 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง สามารถทำการอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยความวิตกกังวลต่อความตายไม่สามารถทำนายและไม่มีความสัมพันธ์ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (r = -.129, p > .05) สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความวิตกกังวลต่อความตายสูงหรือต่ำ ก็ไม่มีผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมความวิตกกังวลต่อความตายในระดับต่ำ (M = 7.78, SD = 5.058) อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตระยะที่ 3 อาจจะได้รับผลกระทบจากประสบการณ์อาการค่อนข้างน้อย และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่า เกือบทั้งหมด หรือร้อยละ 86.96 ไม่เคยการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังสุขภาพแข็งแรง ดังนั้น จึงยังไม่มีความจำเป็นต้องทำการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต หรือการวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองล่วงหน้า (อภิรดี อภิวัฒน์นากร และ ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2562) นอกจากนี้ การที่ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต จึงอาจทำให้ไม่สามารถนึกคิด จินตนาการหรือคาดการณ์สถานการณ์ที่

Ref. code: 256866140320 57ATZ

อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลทำให้ไม่เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องความสำคัญและเร่งด่วนที่จะต้องกระทำ มีความแตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นโรครักษาที่ไม่หายขาด ต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง (พนิดา ตึกหิน, 2023)

โดยผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและรับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 ราย พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์กับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า (OR = 0.87, 95% CI = 0.82–0.92, $p < .001$) หมายความว่าเมื่อระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้น โอกาสในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าจะลดลงประมาณ 13% (อธิพงศ์ มุณีโน, 2566) แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วย อาจเป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลมาก อาจหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับประเด็นเรื่องความตาย ไม่ต้องการพูดถึงหรือจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าความความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลต่อความตายสูง สะท้อนถึงระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่มากกว่า และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่จัดทำหนังสือแสดงเจตนาทางการแพทย์ล่วงหน้า($p = .03$) (Brown et al., 2016) อย่างไรก็ตาม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาทางการแพทย์ล่วงหน้าและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศเกาหลีใต้ แม้ผลการศึกษาจะพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความตั้งใจในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาทางการแพทย์ล่วงหน้า (ค่า $r = -.122$, $p = .085$) แต่แสดงแนวโน้มความสัมพันธ์ในทางลบ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามากกว่า (Ko, 2013)

จากสมมุติฐานการวิจัย ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า

1) ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($\beta = .287$, $p < .001$) สะท้อนว่าเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดในแบบจำลองนี้ สอดคล้องกับแนวคิด Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) ซึ่งระบุว่าทัศนคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ จะมีผลต่อความตั้งใจและ

Ref. code: 25686614032057ATZ

การแสดงพฤติกรรมจริงในที่สุด ในบริบทของการดูแลสุขภาพ ทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจเกิดจากความเข้าใจถึงประโยชน์ ความสำคัญ หรือความจำเป็นของการเตรียมตัวล่วงหน้า

2) การสนับสนุนจากครอบครัว (β = .226, p < .001) แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีแนวโน้มวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างจริงจัง การสนับสนุนนี้อาจมาในรูปแบบของการให้ข้อมูล การยอมรับในทางเลือกของผู้ป่วย หรือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและตัดสินใจ

3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง (β = .217, p < .01) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิด Self-Efficacy Theory (Bandura & Wessels, 1997) ที่ระบุว่าการที่บุคคลรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้เกิดความมั่นใจและแนวโน้มในการดำเนินพฤติกรรมที่ต้องใช้การวางแผนและการตัดสินใจสูง เช่น การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

4) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (β = .181, p < .01) แม้จะมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานน้อยกว่าตัวแปรอื่น ความรู้ยังเป็นปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นใจและรอบคอบมากยิ่งขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของแวนไดค์และคณะ (van Dyck et al., 2021) ที่ชี้ว่าความรู้และความเข้าใจในกระบวนการวางแผนล่วงหน้า มีผลต่อการเข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวอย่างมีคุณภาพ

5) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้องรังในครั้งนี้ได้

6) ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัจจัย การสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (Adjust R^2 = .529, p < .01) ร้อยละ 52.9

การศึกษาครั้งนี้สรุปว่า ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการ

Ref. code: 25686614032057ATZ

ดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการทดสอบสมมติฐานสวนใหญ่เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Ajzen, 1991) และการทบทวนวรรณกรรมซึ่งกล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเขาร่วมกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นผลมาจาก การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยปัจจัยที่สงผลให้เกิดความตั้งใจ ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในประชากรกลุ่มเป้าหมายควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติ การเสริมสร้างเครือข่ายในการสนับสนุน, การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง, และ การให้ความรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในช่วงท้ายของชีวิต

Ref. code: 25686614032057ATZ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึงระยะ 5 (GFR < 60 ml/min/1.73m²) อายุ ≥ 20 ปีบริบูรณ์ รู้ตัวดี สามารถพูดคุยสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคไตและคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568 จำนวน 184 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Characteristics) ส่วนที่ 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Attitude Regarding Advance Care Planning Questionnaire [A-ACPQ]) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ส่วนที่ 4) แบบประเมินระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง (Perceived Self-Management Self-Efficacy Questionnaire [PSMSEQ]) ส่วนที่ 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Knowledge Regarding Advance Care Planning Questionnaire [K-ACPQ]) ส่วนที่ 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire [DAQ]) ส่วนที่ 7) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Behavioral Intentions for Advance Care Planning Questionnaire [I-ACPQ]) แบบสอบถามส่วนที่ 2-7 ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบหาคุณภาพคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 ในทุกแบบสอบถาม และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามในส่วนที่ 2-7 ไปทำการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่ม

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 และส่วนที่ 6-7 ได้เท่ากับ .866, .980, .967, .855, .882, . และคำนวณค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ในแบบสอบถามส่วนที่ 5 ได้เท่ากับ .859

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของแต่ละปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression)

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 อายุเฉลี่ย 64.48 ปี (S.D. = 11.78) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 33.15 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.10 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 51.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (M = 13,401.63, S.D. = 18,381.33) ร้อยละ 73.37 กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.50 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 53.80 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากที่สุดร้อยละ 43.50 รับรู้ระดับความรุนแรงของโรค ร้อยละ 71.70 โรคประจำตัวหรือโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.78 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.44 และมากกว่าครึ่งมีจำนวนโรคร่วม ≥ 3 โรค ร้อยละ 52.72 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย นับตั้งแต่ทราบผลวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี ร้อยละ 49.46 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินเลย ภายใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ร้อยละ 86.96 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.90 ยังไม่ได้วางแผนว่าจะเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบใด หากการดำเนินของโรคไปถึงระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.90 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต ไม่เคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน ร้อยละ 92.40 และเกือบทั้งหมดไม่เคยมีหรือทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 97.80 กลุ่มตัวอย่างเลือกลูกหลานเป็นบุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทนแทนมากที่สุดร้อยละ 43.64 รองลงมา คือ คู่รักหรือคู่ชีวิต ร้อยละ 28.81

5.1.2 ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ ร้อยละ 51.09 คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวม (M = 16.89, SD = 7.83) ใน

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ คือ ข้อ 1) ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัว หรือบุคคลที่ฉันไว้วางใจ (M = 3.72, SD = 1.58) ข้อ 3) ฉันจะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (M = 3.48, SD = 1.58) และ ข้อ 2) ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคคลากรทางสุขภาพ (M = 3.45, SD = 1.58) ตามลำดับ

5.1.3 ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า($\boldsymbol{\beta}$= .287, p < .001) การสนับสนุนจากครอบครัว ($\boldsymbol{\beta}$ = .226, p < .001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ($\boldsymbol{\beta}$ = .217, p = .003) และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($\boldsymbol{\beta}$ = .181, p = .005) โดยสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 52.9 (Adjust R^2 = .529, p = .005)

5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.2.1 กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของระยะของโรคที่ไม่สมดุล โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสัดส่วนน้อยที่สุด ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติในการวิเคราะห์ และจำกัดความสามารถในการสรุปอ้างอิงผลการศึกษานี้ไปยังกลุ่มผู้ป่วยในระยะอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่องความวิตกกังวลต่อความตาย ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะพบได้มากในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่ลุกลาม

5.2.2 แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีเนื้อหาจำนวนมากและต้องใช้เวลาในการอ่านค่อนข้าง มาก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยนอกอาจมีข้อจำกัดด้านเวลา อาจส่งผลให้ความสมบูรณ์และความถูกต้องของการตอบแบบสอบถามอาจลดลง

5.2.3 ตัวแปรต้นบางตัวมีความสัมพันธ์กัน สะท้อนจากภาวะการมีความแปรปรวนร่วมกันระหว่างตัวแปรต้นบางคู่ อาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในแบบจำลองการแปลผลอิทธิพลของตัวแปรต้นบางตัวต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มความคลาดเคลื่อนได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการปฏิบัติงานพยาบาล

พยาบาลหน่วยงานโรคไตควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 การลงกิจกรรม ACP ในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 3 อาจไม่ practical เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีอาการที่กระทบกับตนเอง อาจจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม

Ref. code: 25686614032057ATZ

นี้ยังไม่เห็นความสำคัญของการทำ ACP โดยกิจกรรมที่จัดอาจเป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่อง ACP เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเนื้อหาความรู้มีลักษณะที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับในแต่ละระดับการศึกษาของผู้ป่วย สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจและสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการดูแลและจัดการชีวิตตนเองในระยะยาว ผ่านการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

5.3.2 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

5.3.2.1 การศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรที่อาจจะส่งผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น ระดับความรุนแรงของโรค อิทธิพลจากวัฒนธรรม ความเชื่อ

5.3.2.2 ผลการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอาจยังไม่ชัดเจน เนื่องจากกลุ่มที่ตัวอย่างมีประสบการณ์อาการรบกวนจากโรคยังไม่มาก ควรนำไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตแล้ว

5.3.2.3 การศึกษาเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกที่เป็นแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มากขึ้น

5.3.2.4 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เป็นโปรแกรมการเพื่อส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4-5

5.3.3 ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

เพื่อเตรียมความพร้อมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ควรมีการพัฒนาและบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าสู่หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการเน้นย้ำในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด หลักการ กระบวนการ และจริยธรรมของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้นักศึกษามีความเข้าใจในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านของโรคและการเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของตนเอง

Ref. code: 256866140320 57ATZ

รายการอ้างอิง

กนกวรรณ ด่านส่งเสบียง. (2565). *ปัจจัยทำนายการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว* [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กนกศักดิ์ พ่วงลาภ. (2566). สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามหลักสิทธิมนุษยชน. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า, 21*(3), 5–21.

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, กฤษฎา หาญบรรเจิด, และวรวรรณ ชัยลิปมนตรี. (2565). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ.

กรอง จันทร์เปรมปรี. (2564). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลด่านช้าง สุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 18*(3). https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/10469

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิสิทธิวาสนา, และมณีรัตน์ เทียมหมอก. (2561). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ), 33*(3), 138–145. https://he01.tci-thaijo. org/index.php/bcnbangkok/article/view/120115

กิตติกร นิลมานัต, ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ, และเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว. (2564). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง: ประเด็นและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนา.*วารสารสภากาพยาบาล, 36*(4), 5–16.* https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/248228

กุลลดา เลียวเสถียรวงศ์, และปทมพร อภัยจิตต์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38*(3), 605–616.* https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/266721

เกศริน บุญรอด. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลไชยาจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาแพทย์ เขต 11, 33*(3), 367-378.

จันจิรา เพ็ญ. (2567). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ที่เป็นไตระยะสุดท้าย* [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุขและธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร. (2561). ทัศนคติต่อการเขียนแสดงเจตนารมณ์ของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 25*(3), 81-94. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/163728

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ไตรเทพ ฟองทอง. (2566). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). *ยาวิพากษ์; จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา, 14*(52), 22–33.

นพพล วิทย์วรพงศ์. (2563). การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย:บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.), ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0.

นิติรัฐ นาให้ผล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(4), 708–717. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2859

บัญชา สถิระพจน์. (2560). โรคไตอักเสบลูปัส (Nephrology Update: Lupus Nephritis). *เวชสารแพทย์ทหารบก* 70(4), 243-252.

บัญชา สถิระพจน์. (2563). Diabetic Nephropathy: Diagnosis and Therapeutic Targets. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 73 (3), 199-210.

ปฐมพร ศิรประภาศิร, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, พีระพล สมหมายไชยา, อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์และชลศณีย์ คล้ายทอง. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2020). *การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ*. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, *43*(3), 12-23. https:// he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/242121

พนิดา ตึกหิน. (2566). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, เลขที่ 10352). Chula ETD. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10352

พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17(3), 45-53.

พระชาย อภินนฺโท. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุในชมรมปฏิบัติธรรม 24 น. จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 5*(1), 283-292.

พศิน ภูริธรรมโชติ. (2557). ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ของแพทย์โรงพยาบาลบรบือ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, *11*(3), 30-36.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต และอัมรินทร์ ทักขินเสถียร. (2558). *การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังใน ประเทศไทย.*

ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณและศิริจิต เนติภูมิกุล. (2564). ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, *4*(1), 97-111.https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/248050

ภาคย์ ชูชื่น. (2557). *ระดับการยอมรับของลูกค้าต่อการประชาสัมพันธ์ ของการประปาส่วนภูมิภาคสาขาเชียงใหม่.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:120902

รุ่งทิวา กังวานสุระ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, และกุลเชษฐ์ เกษะโกมล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 5*(1), 33–44.

วนัชพร พิพัฒน์ธนวงศ์. (2560) *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต* [วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย]. Chula ETD. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/1303

วันวิสาข์ โชติปุญโญและนิตยา วงศ์ภินันท์วัฒนา.(2557). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีและความตั้งใจซื้อสินค้าที่เกี่ยวข้องกับบุคคลข้ามเพศบนแฟนเพจของเว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์เฟซบุ๊ก :กรณีศึกษาบันทึกของตุ๊ด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. https://doi.org/10.14457/TU.the.2014.491*

ศาสตรา เข็มบุบผา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่านจังหวัดบุรีรัมย์.*วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*, *37*(1), 91-102.

ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ. (2566). *ตำราโรคไตเรื้อรัง* (*TEXTBOOK OF CHRONIC KIDNEY DISEASE)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์และ วารินทร์ บินโฮเซ็น.(2564). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง* [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรังสิต]. ฐานข้อมูล RSUIR. https://rsuir-library. rsu.ac.th/handle/123456789/1480

Ref. code: 256866140320 57ATZ

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. ISBN 978-616-8032-17-6

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. ISBN 978-616-93248-4-3

สารภี รังษีโกศัย. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต,คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา). มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563*.

สุชานรี อุ่นคำ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และเรือนขวัญ กัณหสิงห์. (2566) *ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุณิชญา ธีรโรจน์วิทย์. (2565). การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: ศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทยและไต้หวัน.*วารสารรามคำแหงฉบับนิติศาสตร์, 11* (1), 1-30.

สุนีย์ ณีศะนันท์. (2562). การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3*, *16*(1), 1-10. https://thaidj.org /index.php/smj/article/ view/6447

สุวรรณี เชือกจอหอ, และมลธิรา อุดชุมพิสัย. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พลังสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.*วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 43*(1), 133-145.

เสาวนีย์ กระแจะจันทร์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 – 3 จังหวัดตราด.*วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ)*, *34*(1), 14-22. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/136924

Ref. code: 256866140320 57ATZ

แสงอรุณ สื่อยรรยงศิริ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายในระยะที่สามในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*,*38*(1), 105-112.

อธิพงศ์ มุณีโน. (2566). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง (*วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10359*

อภิรฎี พิมเสน, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2562). เจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน.*วารสารสภาการพยาบาล*, *34*(1), 74-87.

อภิรดี อภิวัฒน์นากร, และศศิธร ไชยประสิทธิ์. (2562). การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุตรดิตถ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(6), 546-551.

อาภรณ์ ยิ้มเนียม, และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในจังหวัดฉะเชิงเทรา* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา). มหาวิทยาลัยบูรพา.

Abdel-Khalek, A. M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Stud*, *28*(5), 435-457. https://doi.org/10.1080/07481180490437572

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. In *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1988). Theory of reasoned action-Theory of planned behavior. *University of South Florida*, *2007*, 67-98.

Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., & Sales, I. (2023). The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(6). https://doi.org/10.3390/jcm12062196

Bandura, A., & Wessels, S. (1997). *Self-efficacy*. Cambridge University Press Cambridge.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Bergmann, C., Guay-Woodford, L. M., Harris, P. C., Horie, S., Peters, D. J. M., & Torres, V. E. (2018). Polycystic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 50. https://doi.org/10.1038/s41572-018-0047-y

Bernard, C., Tan, A., Slaven, M., Elston, D., Heyland, D. K., & Howard, M. (2020). Exploring patient-reported barriers to advance care planning in family practice. *BMC Family Practice*, *21*(1), 94.

Boerner, K., Carr, D., & Moorman, S. (2013). Family relationships and advance care planning: do supportive and critical relations encourage or hinder planning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68*(2), 246-256. https://doi.org/10.1093 /geronb/gbs161

Bolignano, D., Simeoni, M., Hafez, G., Pepin, M., Gallo, A., Altieri, M., Liabeuf, S., Giannakou, K., De, A., Capasso, G., & collaborators, C. A. (2024). Cognitive impairment in CKD patients: a guidance document by the CONNECT network. *Clinical Kidney Journal*, *18*(2). https://doi.org/10.1093/ckj/sfae294

Brown, A. J., Shen, M. J., Urbauer, D., Taylor, J., Parker, P. A., Carmack, C., Prescott, L., Kolawole, E., Rosemore, C., Sun, C., Ramondetta, L., & Bodurka, D. C. (2016). Room for improvement: An examination of advance care planning documentation among gynecologic oncology patients. *Gynecologic Oncology, 142*(3), 525-530. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.07.010

Canny, A., Mason, B., & Boyd, K. (2023). Public perceptions of advance care planning (ACP) from an international perspective: a scoping review. *BMC Palliative Care*, *22*(1), 107.

Cha'on, U., Tippayawat, P., Sae-Ung, N., Pinlaor, P., Sirithanaphol, W., Theeranut, A., Tungsanga, K., Chowchuen, P., Sharma, A., & Boonlakron, S. (2022). High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Scientific Reports*, *12*(1), 18188.

Chan, C. W., Wong, M. M., Choi, K. C., Chan, H. Y., Chow, A. Y., Lo, R. S., & Sham, M. M. (2019). Prevalence, perception, and predictors of advance directives among Hong Kong Chinese: A population-based survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 365.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Cheng, H.-C., Ke, L.-S., Chang, S.-Y., Huang, H.-Y., Ku, Y.-C., & Lee, M.-J. (2022). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: Questionnaire development and testing. *PLOS ONE*, *17*(7), e0272351.

Cheo, S. W., Low, Q. J., Lim, T. H., Mak, W. W., Yip, C. A. K., & Wong, K. W. (2022). A practical approach to chronic kidney disease in primary care. *Malaysian Family Physician*, *17*(1), 10-19. https://doi.org/10.51866/rv1186

Cho, M., & Na, H. (2024). Factors that influence attitudes toward advance directives among hemodialysis patients. *Journal of Hospice & Palliative Care, 27*(1), 11-20. https://doi.org/10.14475/jhpc.2024.27.1.11

Chung, R. Y.-N., Wong, E. L.-Y., Kiang, N., Chau, P. Y.-K., Lau, J. Y. C., Wong, S. Y.-S., Yeoh, E.-K., & Woo, J. W. (2017). Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(4), 367.e319-367.e327. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.066

Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of personality and social psychology*, *43*(4), 775.

Curtin Roberta Braun, Walters Brian AJ, Schatell Dorian, Pennell Philip, Wise Meg, & Klicko Kristi. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*, *15*(2), 191-205.

Demir, E., Çalışkan, Y., Goksoy, Y., Sacli, F. S., Mutlu, U., Türkmen, A., & Bozfakioglu, S. (2024). Outcome and Risk Factors for Mortality in Peritoneal Dialysis Patients: 22 Years of Experience in a Turkish Center. *Turkish Journal of Nephrology*, *33*(2).

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.

Eun-Ju Ha, & Mee Ock Gu. (2021). Factors affecting intention of signing an advanced directives in cancer patients. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, *28*(1), 121-132.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Fang, L., Hsiao, L.-P., Fang, S.-H., & Chen, B.-C. (2020). Predictors for the intentions of signing advance directives among dialysis patients: A quantitative study. *Contemporary Nurse*, *56*(3), 242-254. https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1806091

Fogo, A. B., Lusco, M. A., Najafian, B., & Alpers, C. E. (2016). AJKD Atlas of Renal Pathology: Acute Pyelonephritis. *American Journal of Kidney Diseases, 68*(4), e21-e22. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.08.004

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Roy-Chaudhury, P., Fontana, M., & Nangaku, M. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nature Reviews Nephrology*, *20*(7), 473-485.

Frandsen, C. E., Dieperink, H., Trettin, B., & Agerskov, H. (2023). Advance care planning in chronic kidney disease: A national Danish survey of knowledge and attitudes among clinicians. *Journal of Caring Sciences, 37*(3), 812-827. https://doi.org/10.1111/ scs.13169

Frechman, E., Dietrich, M. S., Walden, R. L., & Maxwell, C. A. (2020). Exploring the Uptake of Advance Care Planning in Older Adults: An Integrative Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), 1208-1222.e1259. https://doi.org/10.1016/j.jpainsym man.2020.06.043

Gabriel Smilkstein, Clark Ashworth, & Dan Montano. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, *15*(2), 303-311.

Gao, F., Chui, P. L., Che, C. C., & Wang, K. (2025). The mediating role of family cohesion in the relationship between death anxiety and readiness toward advance care planning among Chinese community-dwelling older adults: A cross-sectional

Ref. code: 256866140320 57ATZ

study. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, *61*, 192–199. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.061

Golmohammadi, M., Ebadi, A., Ashrafizadeh, H., Rassouli, M., & Barasteh, S. (2024). Factors related to advance directives completion among cancer patients: a systematic review. *BMC Palliative Care*, *23*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01327-w

Gong, W.-Y., Li, S.-S., Yu, Z.-C., Wu, H.-W., Yin, L.-H., Mei, L.-F., & Liu, F.-N. (2018). Syndrome of uremic encephalopathy and bilateral basal ganglia lesions in non-diabetic hemodialysis patient: a case report. *BMC Nephrology*, *19*(1), 370. https://doi.org/10.1186/s12882-018-1174-0

Hong, M., Casado, B. L., & Lee, S. E. (2018). The Intention to Discuss Advance Care Planning in the Context of Alzheimer's Disease Among Korean Americans. *The Gerontologist*, *59*(2), 347-355. https://doi.org/10.1093/geront/gnx211

House, J. S. (1987). Social support and social structure. Sociological forum,

Inoue, M. (2016). The influence of sociodemographic and psychosocial factors on advance care planning. *Journal of Gerontological Social Work*, *59*(5), 401-422.

Jablonski, A. (2004). The illness trajectory of end-stage renal disease dialysis patients. *Research and theory for nursing practice*, *18*(1), 51-72.

Johnson, S., Butow, P., Kerridge, I., & Tattersall, M. (2016). Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psycho-Oncology, 25*(4), 362-386.

Kanjanopas, T., & Thanapluetiwong, S. (2024). Advance Care Planning in Older Adults. *Ramathibodi Medical Journal*, *47*(4), 46 - 60. https://doi.org/10.33165/rmj.2024.47.4.269209

Ke, L.-S., Cheng, H.-C., Ku, Y.-C., Lee, M.-J., Chang, S.-Y., Huang, H.-Y., & Lin, Y.-L. (2022). Older adults' Behavioral intentions toward advance care planning based on theory of reasoned action. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *24*(6), E294-E300.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Ke, L.-S., Hu, W.-Y., Dai, Y.-T., & Chen, C.-Y. (2022). Factors Influencing Older Adults' End-of-Life Care Preferences. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *24*(5), E205-E211. https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000879

Kim, D. S., Kim, S. W., & Gil, H. W. (2022). Emotional and cognitive changes in chronic kidney disease. *The Korean Journal of Internal Medicine*, *37*(3), 489-501. https://doi.org/10.3904 /kjim.2021.492

Kim, J., Heo, S., Hong, S. W., Kim, H., Jung, A., An, M., & Shim, J. (2020). Psychometric Testing of the Korean Version of the Attitudes toward the Advance Directives in Low-Income Chronically Ill Older Adults. *Healthcare: The Journal of Delivery Science and Innovation*, *8*(1), 62. https:// www.mdpi.com/2227-9032/8/1/62

Ko, J.-W. (2013). Correlations between Intention to use Advance Directives and Death Anxiety in the Community-dwelling Elderly. *Journal of Korean Academy of Rural Health Nursing*, *8*(2), 65-73.

Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements (2011)*, *12*(1), 7-11. https://doi.org/10.1016/j.kisu. 2021.11.003

Kunakornvong, W., & Ngaosri, K. (2020). Public Awareness and Attitude toward Palliative Care in Thailand. *Siriraj Medical Journal*, *72*(5), 424-430. https://doi.org/ 10.33192/Smj.2020.57

Ladin, K., Neckermann, I., D'Arcangelo, N., Koch-Weser, S., Wong, J. B., Gordon, E. J., Rossi, A., Rifkin, D., Isakova, T., & Weiner, D. E. (2021). Advance Care Planning in Older Adults with CKD: Patient, Care Partner, and Clinician Perspectives. *Journal of the American Society of Nephrology*, *32*(6), 1527-1535. https://doi.org/10. 1681/asn.2020091298

Lagay, F. (2000). What Is Advance Care Planning? *AMA Journal of Ethics*, *2*(11), 119-121.

Lee, W. C., Lee, Y. T., Li, L. C., Ng, H. Y., Kuo, W. H., Lin, P. T., Liao, Y. C., Chiou, T. T., & Lee, C. T. (2018). The number of comorbidities predicts renal outcomes in patients with stage 3-5 chronic kidney disease. *Journal of Clinical Medicine, 7*(12), 493. https://doi.org/10.3390/jcm7120493

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Li, K. C., Brennan, F., & Brown, M. A. (2023). Kidney failure end-of-life care: Impact of advance care planning – retrospective observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004194

Li, Z., McIlfatrick, S., Hasson, F., & Beck, E.-R. (2025). Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Behaviour Towards Engaging with Advance Care Planning: A Cross-Sectional Survey of Chinese Diaspora. *Journal of Palliative Care*, *40*(3), 233-243.

Lin, C. P., Liao, J. Y., Huang, C. H., Cheng, S. Y., Tseng, W. Z., Mori, M., Chang, H. C., Li, C. M., Sun, W. J., Wu, C. Y., Chiou, H. Y., Yu, S. J., Hsiung, C. A., & Chen, P. J. (2025). Association Between Current Medical Decision-Making Participation Self-Efficacy and Advance Care Planning Engagement Among Older Adults: Baseline Findings from a Nationwide Longitudinal Cohort Study. *The Journal of Palliative Medicine*, *28*(1), 50-58. https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0106

Liu, L., Zhao, Y.-Y., Zhang, L.-H., & Chan, H. Y.-L. (2020). Measuring Self-Efficacy and Readiness for Advance Care Planning in Chinese Older Adults. *Journal of pain and symptom management, 60*(3), 622-629. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.013

Lyu, Y., Liu, Y., Liu, Y., Yang, X., & Guo, K. (2025). The mediating effect of quality of life between family support and advance care planning readiness of older adult patients with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1619449. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1619449

Malhotra, C., Huynh, V. A., Shafiq, M., & Batcagan-Abueg, A. P. M. (2024). Advance care planning and caregiver outcomes: Intervention efficacy – systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care, 13*(e3), e537-e546. https://doi.org/10.1136/spcare-2021-003488

Manomaipiboon, B., Wongvitvichot, S., Sumanasrethakul, C., Sutjakul, B., Anantanupong, O., Sae-tang, S., & Sutthimethakorn, S. (2023). Attitudes toward end-of-life care and advance directives: a prospective survey in a family medicine clinic, Bangkok, Thailand. *Chulalongkorn Medical Journal*, *67*(4), 287-296. https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/710

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Miyashita, J., Kohno, A., Yamamoto, Y., Shimizu, S., Azuma, T., Takada, T., Hayashi, M., & Fukuhara, S. (2021). How psychosocial factors contribute to Japanese older adults' initiation of advance care planning discussions: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology, 40*(10), 1180-1188.

Murtagh, F. E., Addington‐Hall, J. M., & Higginson, I. J. (2011). End‐stage renal disease: a new trajectory of functional decline in the last year of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(2), 304-308.

Musa, I., Seymour, J., Narayanasamy, M. J., Wada, T., & Conroy, S. (2015). A survey of older peoples' attitudes towards advance care planning. *Age and Ageing*, *44*(3), 371-376.

Pairojkul, S., Raksasataya, A., Sorasit, C., Horatanaruang, D., & Jarusomboon, W. (2023). Thailand's experience in Advance Care Planning. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care*, *180*, 85-89. https://doi.org/10. 1016/j.zefq.2023.05.010

Park, H., Kang, S., & Kim, Y. (2025). *Factors associated with family caregivers' intentions to complete an advance directive for individuals with dementia: A cross-sectional descriptive study. Healthcare, 13*(11), 1297.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). Is there still gender bias in nursing research? An update. *Research in nursing & health*, *36*(1), 75-83.

Prommarat, C. (2023). Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences*, *30*(1), 1-13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/263315

Rakngan, S., & Sophonsakulsuk, P. (2023). Factors affecting living will interest among older people: A cross-sectional study at a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand. *Journal of Asian Medical Students' Association, 6*(2), 45–53.

Rishor-Olney, C. R., & Hinson, M. R. (2025). Obstructive uropathy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.statpearls.com

Rodenbach, R. A., Althouse, A. D., Schenker, Y., Smith, T. J., Chu, E., White, D. B., Bakitas, M., & Arnold, R. M. (2021). Relationships Between Advanced Cancer Patients' Worry About Dying and Illness Understanding, Treatment Preferences, and

Ref. code: 256866140320577ATZ

Advance Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management, 61*(4), 723-731.e721. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004

Sakai, S., Nagae, H., Miyashita, M., Harasawa, N., Iwasaki, T., Katayama, Y., Takenouchi, S., Ikeda, M., Ito, M., & Tamura, K. (2022). Developing an instrument to assess the readiness for advance care planning. *Journal of pain and symptom management, 63*(3), 374-386.

Sapantong, J., & Tanglai, W. (2022). Influence of kidney function stages with risk for developing cardiovascular disease in patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, *33*(1), 201-214. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/242739

Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D., & Nanasilp, P. (2013). Causal Model of Elderly Thais' Self-Management Behaviors of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 277-293. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5566

Sudore, R. L., Stewart, A. L., Knight, S. J., McMahan, R. D., Feuz, M., Miao, Y., & Barnes, D. E. (2013). Development and Validation of a Questionnaire to Detect Behavior Change in Multiple Advance Care Planning Behaviors. *PLOS ONE, 8*(9), e72465. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072465

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management, 53*(5), 821-832.e821. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

Takeshita, Y., Kaneko, F., & Okamura, H. (2021). Factors associated with facilitating advance care planning based on the theory of planned behaviour. *Japanese journal of clinical oncology*, *51*(6), 942-949. https://doi.org/10.1093/jjco/hyab038

Tsai, P.-Y., Huang, W.-H., & Chang, Y.-J. (2021). Could caregivers' stressful care experiences be related to their attitudes towards advance care planning? A

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Cross-Sectional Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17), 9038.

Tsai, W.-T., Chen, C.-M., Chung, M.-C., Tsai, P.-Y., Liu, Y.-T., Tang, F.-C., & Lin, Y.-L. (2022). 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*, *19*(9), 5266.

van Dyck, L. I., Paiva, A., Redding, C. A., & Fried, T. R. (2021). Understanding the role of knowledge in advance care planning engagement. *Journal of pain and symptom management*, *62*(4), 778-784.

Walbaum, C., Philipp, R., Bokemeyer, C., Härter, M., Junghans, J., Koch, U., Oechsle, K., Schilling, G., & Vehling, S. (2024). Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *Journal of pain and symptom management, 68*(6), 622-631. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.08.027

Wang, Y., Zhang, Y., Hong, Y., Zeng, P., Hu, Z., Xu, X., & Wang, H. (2021). Advance directives and end-of-life care: knowledge and preferences of patients with brain Tumours from Anhui, China. *BMC Cancer*, *21*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12885-020-07775-4

Westbye, S. F., Rostoft, S., Romøren, M., Thoresen, L., Wahl, A. K., & Pedersen, R. (2023). Barriers and facilitators to implementing advance care planning in naïve contexts - where to look when plowing new terrain? *BMC Geriatrics*, *23*(1), 387. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04060-4

Wu, P., Liu, H., Leng, M., & Zhao, H. (2022). The perceptions and experiences of advanced cancer patients and their families in advance care planning: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Cancer Advances*, *5*, e22025.

Yang, Z., Hou, B., Chen, P., & Zhang, H. (2021). Preference and influencing factors of advance care planning for Chinese elderly patients with chronic diseases: a mixed-methods approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *23*(2), 178-186.

Ref. code: 256866140320 57ATZ

Zafar Mohtashami, A., Hadian, B., & Izadi Meidarsofla, N. (2022). Survival Rate of Hemodialysis Patients: A Competing Risk Analysis Approach. *Nephro-Urology Monthly*, *14*(4), e128158. https://doi.org/10.5812/numonthly-128158

Ref. code: 25686614032057ATZ

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใชในการวิจัย
แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

“ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 17 ข้อ
	ตอนที่ 1 สำหรับสอบถามกลุ่มตัวอย่าง	(จำนวน 15 ข้อ)
	ตอนที่ 2 สำหรับศึกษาจากเวชระเบียนและจากการซักประวัติ	(จำนวน 2 ข้อ)
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 6 ข้อ
	รวมจำนวน	87 ข้อ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002)

ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป

ปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ตอบ ☐ หู ☐ ตา ☐ อื่นๆ.....

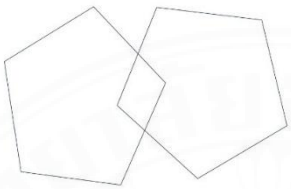
***ในกรณีที่ผู้ถูกถามอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10

คำถาม	**บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)**	**คะแนน**
1. Time Orientation (5 คะแนนข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2. Place Orientation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)		
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และชื่อบ้านเลขที่อะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ– เขตอะไร		
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี่ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสามอย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกัน 1วินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก คำได้ 1 คะแนน)		
( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ		
( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์ (กรณีทำซ้ำใน 2เดือน)		
4. Attention /Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1* ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		

Ref. code: 25686614032057ATZ

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา”บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกหรือผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้งถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก”คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ	.... ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
( ) ดอกไม้ ( ) แม่น้ำ ( ) รถไฟ		
( ) ต้นไม้ ( ) ทะเล ( ) รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้ คุณ (ตา,ยาย, ...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใคร ใคร่ ขาย ไก่ ไข่”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา, ยาย, ...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่. (พื้น,โต๊ะ,เตียง)ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ – 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ ( ) รับด้วยมือขวา ( ) พับครึ่ง ( ) แล้ววางที่.... (พื้น,โต๊ะ,เตียง)		
9. Written command (1คะแนน)		
10. ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย,..) อ่านแล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย,..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดู “หลับตา” ( ) หลับตาได้		

Ref. code: 256866140320 57ATZ

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
11. Visual-construction (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง”ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่างรูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง  การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านใน ทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน		
คะแนนรวม		
ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....		

หลับตา

จุดตัด Cut-off สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired) ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
- ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

Ref. code: 25686614032057ATZ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

กรุณากรอกข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหน้าข้อความที่เป็นจริงมากที่สุดเกี่ยวกับตัวท่าน

ตอนที่1 สำหรับซักถามกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 1 – 12)

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

3. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์

☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ โสด ☐ หย่าร้าง

☐ หม้าย ☐แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐อนุปริญญา (ปวช.-ปวส.)

☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย

☐ เกษตรกรรม ☐ พนักงานเอกชน ☐ รับราชการ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. สิทธิการรักษา

☐ เงินสด ☐ เบิกได้ (ต้นสังกัด) ☐ บัตรทอง

☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. รายได้.....บาท/เดือน

☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ

9. รับทราบว่าป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่.....ตรวจพบมานาน.....ปี.....เดือน

Ref. code: 25686614032057ATZ

10. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉินจากภาวะน้ำเกิน เกลือแร่แบบแสดงอาการ 6 เดือนที่ผ่านมา

☐ ไม่เคย ☐ 1 ครั้ง ☐ มากกว่า 1 ครั้ง ระบุจำนวน.....ครั้ง

11. เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เจ็บป่วยหนักหรือระยะท้ายของชีวิต

☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ.....

12.วิธีการบำบัดทดแทนไตที่คุณจะเลือกหากการดำเนินของโรคไตไปถึงระยะสุดท้าย

☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ล้างไตทางช่องท้อง ☐ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต

☐ การดูแลแบบประคับประคอง ☐ ยังไม่ได้ตัดสินใจ

13. เคยได้ยิน/รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อนหรือไม่

☐ ไม่เคยรู้จัก ☐ เคยรู้จัก ระบุแหล่งข้อมูล.....

14. เคยมี/ทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อนหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

15. บุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดใจแทนในเรื่องต่าง ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ คู่รัก/คู่ชีวิต ☐ ลูก/หลาน ☐ พี่น้อง

☐ เพื่อน ☐ แพทย์/พยาบาล ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2 สำหรับศึกษาจากเวชระเบียนและซักประวัติ (ข้อ 16–17) (เก็บจากเวชระเบียนครั้ง....)

16. โรคร่วมหรือโรคประจำตัวอื่นๆ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคความดันโลหิตสูง

☐ โรคหัวใจ ☐ โรคไขมันในเลือดสูง

☐ โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น COPD ☐ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง

☐ โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ☐ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดส่วนปลาย

☐ โรคเกี่ยวกับสายตาและการมองเห็น ☐ โรคหัวใจอื่นๆ

☐ โรคเกี่ยวกับระบบโลหิต เช่น Anemia

☐ โรคเกี่ยวกับระบบประสาทและการเคลื่อนไหว

☐ โรคมะเร็ง โปรดระบุตำแหน่ง.....

☐ โรคอื่น ๆ โปรดระบุ.....

17. ระดับความรุนแรงของโรค (ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังจากเข้าพบแพทย์)

☐ CKD Stage 3 ☐ CKD Stage 4 ☐ CKD Stage 5

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องที่กำหนด

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น**ถูกต้อง** หรือท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น**ไม่ถูกต้อง** หรือท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่ทราบ หมายถึง ท่าน**ไม่ทราบ**ว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. เมื่อใกล้ถึงระยะท้ายของชีวิต ทุกคนมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการตรวจ ประเมินเพิ่มเติม			
2. เมื่อใกล้ถึงระยะท้ายของชีวิต ทุกคนมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษา			
3. เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่ตนไม่ได้ปรารถนา บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการดูแลรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อ/พยุงชีวิต			
4. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการดูแลรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ผู้ป่วยระยะท้ายยังคงสามารถรับการรักษาพยาบาลได้ แต่จะไม่ได้รับการตรวจ และการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์เช่น การใส่ท่อ ช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพ			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

Ref. code: 25686614032057ATZ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ระดับความเชื่อ			ระดับความสำคัญ		
5	หมายถึง	เชื่อมากที่สุด	5	หมายถึง	สำคัญอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เชื่อมาก	4	หมายถึง	สำคัญ
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	เชื่อน้อย	2	หมายถึง	ไม่สำคัญ
1	หมายถึง	เชื่อน้อยที่สุด	1	หมายถึง	ไม่สำคัญอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ระดับความเชื่อ					ระดับความสำคัญ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. ฉันเชื่อว่าฉันควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาอย่างเพียงพอเพื่อสามารถเตรียมวางแผนการดูแลล่วงหน้าในอนาคต										
2. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยให้ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญของฉันทราบและปฏิบัติตามความปรารถนาของฉัน										

Ref. code: 25686614032057ATZ

ข้อคำถาม	ระดับความเชื่อ					ระดับความสำคัญ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถลดภาระก ารดูแลของ ครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญของฉันได้										
4. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือ บุคคลสำคัญของฉัน จะช่วยให้ฉันลดความเจ็บปวดจากการรักษาที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										

Ref. code: 25686614032057ATZ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับความมั่นใจเพียงใดในความสามารถของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด

ระดับความมั่นใจ

5	หมายถึง	มั่นใจมากที่สุด
4	หมายถึง	มั่นใจมาก
3	หมายถึง	มั่นใจปานกลาง
2	หมายถึง	มั่นใจเล็กน้อย
1	หมายถึง	ไม่มั่นใจเลย

ข้อคำถาม	ระดับความมั่นใจ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความ สามารถที่จะรู้ว่าต้องถามแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับสุขภาพ/ความเจ็บป่วยของท่านอย่างไร					
2. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่จะทำให้แพทย์/ พยาบาลให้ความสนใจและช่วยแก้ปัญหาที่สำคัญของท่าน					
3. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถของท่านที่จะตัดสินใจปฏิบัติหรือทำในสิ่งที่ดีที่สุดต่อสุขภาพของท่าน					
4. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความ สามารถที่จะจัดการกับอาการหรือ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวม หายใจเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน มีผื่นคัน ปัสสาวะผิดปกติ เป็นต้น					

Ref. code: 25686614032057ATZ

ข้อคำถาม	ระดับความมั่นใจ				
	5	4	3	2	1
5. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความ สามารถที่จะเรียนรู้การทำหน้าที่ของไต และแบบแผนการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง					
6. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความ สามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากแผนการรักษาและสภาวะของโรคไตเรื้อรังด้วยตนเอง					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Ref. code: 25686614032057ATZ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจของท่านต่อครอบครัวในด้านต่างๆ โดยทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่กำหนด

ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย หากท่านอยู่คนเดียวให้ถือว่าบุคคลที่ท่านมความผูกพันมากที่สุดเป็นบุคคลในครอบครัว

ระดับความพึงพอใจ

4	หมายถึง	พอใจเสมอ
3	หมายถึง	พอใจเป็นส่วนใหญ่
2	หมายถึง	พอใจเป็นบางครั้ง
1	หมายถึง	ไม่ค่อยพอใจ
0	หมายถึง	ไม่เคยพอใจ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	4	3	2	1	0
1.ฉันจะพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ฉันได้รับจากครอบครัวเมื่อฉันมีปัญหาในการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในอนาคต					
2.ฉันพึงพอใจกับวิธีการที่ครอบครัว พูดคุยในเรื่องการวางแผนการดูแลสุขภาพในอนาคตล่วงหน้าและแก้ปัญหาร่วมกันกับฉัน					
3.ครอบครัวจะยอมรับแผนการดูแลสุขภาพในอนาคตล่วงหน้าของฉันและสามารถเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลได้ทุกเมื่อที่ฉันต้องการ					
4.					
5.					

Ref. code: 25686614032057ATZ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อความตาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่กำหนด

	ระดับความวิตกกังวล	
2	หมายถึง	กังวลมากที่สุด
1	หมายถึง	กังวล
0	หมายถึง	ไม่กังวล

ข้อคำถาม	ระดับความวิตกกังวล		
	0	1	2
1. ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย			
2. ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิต ก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ			
3. ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต			
4. ท่านคิดว่าคนอื่นอาจกังวลเมื่อท่านทุกข์ทรมานขณะเสียชีวิต			
5. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิตอาจทำให้ท่านเจ็บปวดอย่างมาก			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Ref. code: 25686614032057ATZ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับระดับความตั้งใจของท่านที่มีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด

	ระดับความตั้งใจ	
5	หมายถึง	ตั้งใจมากที่สุด
4	หมายถึง	ตั้งใจมาก
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ตั้งใจน้อย
1	หมายถึง	ตั้งใจน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นไปได้				
	5	4	3	2	1
1. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัว หรือบุคคลที่ฉันไว้วางใจ					
2. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคคลากรทางสุขภาพ					
3. ฉันจะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล สุขภาพล่วงหน้า					
4.					
5.					
6.					

Ref. code: 25686614032057ATZ

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

1. แพทย์หญิง จิตราพร ธนบดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานเวชศาสตร์ประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. อาจารย์สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต และอาจารย์ในหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลราชวิถี (เกษียรอายุราชการ) ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. อาจารย์ฉัตรฤดี ผัดรัตนมณีกุล	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. สนธิกานต์ ราชโทสี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
5. นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา**

ตารางที่ ค.1

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓				✓				✓
2				✓				✓				✓				✓				✓
3				✓				✓				✓				✓				✓
4				✓				✓				✓				✓				✓
5				✓				✓				✓				✓				✓
6				✓			✓				✓				✓				✓	
7				✓				✓				✓				✓				✓
8				✓				✓				✓				✓				✓
9				✓				✓				✓				✓				✓
10				✓				✓				✓				✓				✓
11				✓				✓				✓				✓				✓
12				✓				✓				✓				✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหาให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **12/12** = **1** ดังนั้น

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ค.2

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓				✓				✓
2			✓					✓				✓				✓				✓
3			✓					✓				✓				✓				✓
4				✓				✓				✓				✓				✓
5				✓				✓			✓					✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **5/5** = **1**

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1.00**

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ ค.3

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓			✓					✓
2				✓				✓				✓				✓				✓
3				✓				✓				✓				✓			✓	
4				✓				✓				✓				✓				✓
5				✓				✓				✓				✓				✓
6				✓				✓				✓				✓				✓
7				✓				✓				✓				✓				✓
8				✓				✓				✓			✓					✓
9				✓			✓					✓				✓				✓
10				✓				✓				✓			✓					✓
11				✓			✓					✓				✓				✓
12				✓			✓					✓				✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถาม 12 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **12/12** = **1**

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1.00**

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ ค.4

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓				✓				✓
2				✓				✓				✓				✓				✓
3				✓				✓				✓				✓				✓
4				✓				✓				✓				✓				✓
5				✓			✓					✓				✓				✓
6				✓				✓			✓					✓				✓
7				✓			✓					✓				✓				✓
8				✓			✓					✓				✓				✓
9				✓				✓				✓				✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **9/9** = **1**

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1.00**

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ ค.5

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1			✓					✓			✓					✓				✓
2				✓				✓			✓					✓				✓
3				✓				✓				✓				✓				✓
4				✓				✓			✓					✓				✓
5				✓				✓				✓				✓				✓
6				✓				✓				✓				✓				✓
7				✓				✓			✓					✓				✓
8				✓				✓				✓				✓				✓
9				✓				✓			✓					✓				✓
10				✓				✓				✓				✓				✓
11				✓				✓			✓					✓				✓
12				✓				✓				✓				✓				✓
13				✓				✓			✓					✓				✓
14			✓					✓			✓					✓				✓
15				✓				✓			✓					✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถาม 15 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **15/15** = **1**

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1.00**

Ref. code: 25686614032057ATZ

ตารางที่ ค.6

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อที่	ระดับความคิดเห็น																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				✓				✓				✓				✓				✓
2				✓				✓				✓				✓				✓
3				✓				✓				✓				✓				✓
4				✓				✓				✓				✓				✓
5				✓				✓				✓				✓				✓
6				✓				✓				✓				✓				✓

จากตารางแจกแจงระดับความคิดเห็น และแสดงจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ท่าน จากข้อคำถาม 6 ข้อ

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

CVI = **6/6** = **1**

ดังนั้น ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) = **1.00**

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ของเครื่องมือแบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เท่ากับ 1.00,1.00,1.00,1.00,1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

Ref. code: 25686614032057ATZ

2. **การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและแบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

นำแบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และแบบสอบถามความต้องการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formular 20) โดยมีเกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป

ตารางที่ ค.7

การหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) และเปรียบเทียบ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ/แบบสอบถาม	การทดสอบความเชื่อมั่น	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น	
		(N=30)	(N=184)
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Cronbach’s alpha coefficient	.866	.945
การสนับสนุนจากครอบครัว	Cronbach’s alpha coefficient	.980	.960
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	Cronbach’s alpha coefficient	.967	.944
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Kuder-Richardson 20 (KR-20)	.859	.822
ความวิตกกังวลเกี่ยวการเสียชีวิต	Cronbach’s alpha coefficient	.855	.816
ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Cronbach’s alpha reliability	.882	.914

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองการวิจัย

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
2. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข
3. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
4. หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย
   - 4.1 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)” จากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
   - 4.2 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความตั้งใจในการดูแลล่วงหน้า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าและทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า” จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
   - 4.3 หนังสืออนุมัติใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว ” จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
   - 4.4 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง” จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
   - 4.5 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเสียชีวิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

Ref. code: 256866140320 57ATZ

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
ห้อง 112 ชั้น 1 อาคารโดมเกริก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0 2564-4440 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@tu.ac.th

ScF 03_01

COA No. 013/2568

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : 67NU185
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
: FACTORS PREDICTING INTENTION FOR ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกวรรณ ลินทอง
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.นาสัชกรหญิง จินดา หวังบุญสกุล)
ประธานคณะกรรมการฯ

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สักษณา เหล่าเกียรติ)
กรรมการและเลขานุการฯ

วันที่รับรอง 21 กุมภาพันธ์ 2568 **วันหมดอายุ**: 20 กุมภาพันธ์ 2569
กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: 21 มกราคม 2569

เอกสารที่คณะกรรมการฯรับรอง

1) โครงการวิจัย Version 2/27-01-2025
2) ประวัติผู้วิจัย Version 2/27-01-2025
3) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย Version 2/27-01-2025
4) ใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ Version 2/27-01-2025
5) แบบสอบถาม Version 2/27-01-2025

Ref. code: 25686614032057ATZ

2.คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข

	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี	SRBR AF 07-09
	เอกสารรับรองโครงการวิจัย	เริ่มใช้ 1 ธันวาคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 18 ถนนเทศบาล 4 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี (18000)
โทร. 036-343500 ต่อ 1551

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงร่างวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Factors Predicting Intention for Advance Care Planning of Patients with Chronic Kidney Diseases

เลขที่โครงการวิจัย : SRBR67- 07 **เลขที่หนังสือรับรอง :** EC007/2568

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกวรรณ ลิ้มอา

สังกัดหน่วยงาน :มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่...1... วันที่..24/12/2567
2. Inform consent form and assent form ฉบับที่...2...วันที่..20/01/2568
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่....1...วันที่..24/12/2567

รายงานความก้าวหน้า : ( ) 3 เดือน ( ) 6 เดือน (/) 1 ปี

ลงนาม : ..... **ลงนาม :** .....

(นายแพทย์ชุติเดช ตาบ-องครักษ์)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ดร.สมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2568 **วันหมดอายุ :19 กุมภาพันธ์ 2569**

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

196

Ref. code: 25686614032057ATZ

3.คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวดลพบุรี

ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชได้พิจารณาแบบเสนอโครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในประเด็นการเคารพศักดิ์ศรีสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้ก่อความเสียหายหรืออันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ชื่องานวิจัย ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ ลินทอง

รหัสงานวิจัย KNH 51/2568

กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใด ๆ ของการวิจัยครั้งนี้ ขณะอยู่ในช่วงเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการฯ เพื่อขอการรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2569

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นายแพทย์วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์) (แพทย์หญิงนุชรินทร์ อักษรดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Ref. code: 25686614032057ATZ

4. หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

4.1 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)” จากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มธ.
รับที่ 3824/67
วันที่ 26 พ.ย. 2567
เวลา 16.00

ที่ สธ ๐๓๑๙/ ๔๗๔

สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒)

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
ที่ อว ๖๗.๓๔/ศ. ๑๓๒๐ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ตามที่ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง รหัสนักศึกษา ๖๖๑๔๐๓๒๐๕๗ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ได้ขออนุญาตใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒) เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นั้น

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ยินดีให้ใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒) หากการตีพิมพ์ในวารสารจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ เพื่อเผยแพร่สาธารณะต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุษกร โลหารชุน)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กลุ่มงานวิจัย และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
โทร. ๐ ๒๐๒๔ ๘๔๘๑ ต่อ ๒๒๑

Ref. code: 25686614032057ATZ

4.2 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความตั้งใจในการดูแลล่วงหน้า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า” จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ **โทร.** ๐๒-๙๘๖-๙๒๑๓ ต่อ ๗๗๗๖
ที่ อว ๖๗.๓๔ /(ศ.พิเศษ) ๓๒๘ **วันที่** ๖ กันยายน ๒๕๖๗
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน นางสาวกนกวรรณ ลินทอง

ตามที่ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง เลขทะเบียน ๖๖๑๔๐๓๒๐๕๗ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการดำเนินเก็บข้อมูลวิจัย นั้น

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียด

๑. แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Behavioral intentions for advance care planning) สร้างและพัฒนาโดยเชงและคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย คุณสุชานรี อุ่นคำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” ของคุณสุชานรี อุ่นคำ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Knowledge regarding Advance care planning) สร้างและพัฒนาโดยเชงและคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย คุณสุชานรี อุ่นคำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” ของคุณสุชานรี อุ่นคำ พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. แบบสอบถามทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Attitude regarding Advance care planning) สร้างและพัฒนาโดยเชงและคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย คุณสุชานรี อุ่นคำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว” ของคุณสุชานรี อุ่นคำ พ.ศ. ๒๕๖๖

ทั้งนี้ โปรดติดต่อโดยตรงกับ คุณสุชานรี อุ่นคำ E-mail: suchanaree.aun@dome.tu.ac.th และ เบอร์โทร ๐๘๓-๑๔๔-๘๖๔๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

Ref. code: 25686614032057ATZ

4.3 หนังสืออนุมัติการใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย“แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว ” จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บ้านพัก เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ
E-mail: malathum@hotmail.com

วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ฉบับภาษาไทย
เรียน ท่านผู้เกี่ยวข้อง

ตามที่ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ฉบับภาษาไทย (the Family APGAR Questionnaire - Thai Version) ที่อ้างอิงจากงานวิจัยของดิฉัน เพื่อใช้ในการทำวิจัยวิทยานิพนธ์ใน หัวข้อเรื่อง "ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. เยาวรัตน์ มัชฌิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักนั้น ดิฉันพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และอนุญาตให้นำเครื่องมือฉบับภาษาไทยดังกล่าว ไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยได้ โดยดูข้อมูลและคำอธิบายของเครื่องมือ พร้อมทั้งข้อมูล และที่อยู่ของผู้พัฒนาฉบับ original ที่แนบไปด้วยนี้

อนึ่ง ในการนำแบบสอบถามไปใช้ หากมีปัญหาหรือข้อเสนอแนะใด ๆ กรุณาแจ้งให้ทราบตามอีเมลข้างบน และขอให้ท่านประสบความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม)

Ref. code: 25686614032057ATZ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โทรศัพท์ 02-201-0611 โทรสาร 02-201-1673

ที่ อว 78.067/2230
วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบริหารงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตามหนังสือที่ อว. 67.34/ศ.1268 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ชื่อ **"แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire Thai version)"** จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการนี้ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และกำหนดให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม บพร.15-17 ตามที่แนบมาพร้อมนี้ และชำระค่าดำเนินการ **จำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขบัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม)
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหาร
รักษาการแทน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

Ref. code: 25686614032057ATZ

4.4 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง” จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ อว ๘๓๙๔(๑).๕.๕/๑๘

สำนักทะเบียนและประมวลผล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๗.๓๔/ศ.๑๒๖๗ ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

ตามที่ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง เลขทะเบียน ๖๖๑๔๐๓๒๐๕๗ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” มีความประสงค์ขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาอนุญาตให้นางสาวกนกวรรณ ลินทอง ใช้เครื่องมือวิจัยของคุณปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(อาจารย์ ดร.รณชัย ปรารถนาผล)
รองผู้อำนวยการสำนักฯ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการสำนักทะเบียนและประมวลผล

ฝ่ายตรวจสอบและรับรองผลการศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๘๙๓๓

เอกสารฉบับนี้ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามพระราชบัญญัติ ว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๔๔ และข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๖๔

Ref. code: 25686614032057ATZ

4.5 หนังสืออนุมัติใชและดัดแปลงเครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเสียชีวิต”จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ อว. ๖๔.๑๑/๐๒๑๙๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๗ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ที่ อว ๗๖.๓๔/ศ.๑๐๗๙ ลงวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินดีอนุญาตให้ นางสาวกนกวรรณ ลินทอง ใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อการเสียชีวิต (The Death Anxiety Questionnaire) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวมะลิวรรณ กระโพธิ์ หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

Maliwan Krapo, Sureeporn Thanasilp and Janya Chimluang. (๒๐๑๘). Factors Associated With Death Acceptance Among Thai Patients With Advanced Cancer1. Asian Journal for Public Opinion Research. ๖ (๑),

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสินี วิเศษฤทธิ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๒๙ E-mail: fonbox@chula.ac.th

Ref. code: 25686614032057ATZ

5. ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

Ref. code: 256866140320S7ATZ

ภาคผนวก จ

เอกสารพิทักษสิทธิ์ผู้เขาร่วมวิจัย

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ชื่อโครงการวิจัย FACTORS PREDICTING INTENTION FOR ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES.

ผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ ลินทอง

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 095-8302974 **Email Address :** kanokwan.lin@dome.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 1 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7302 **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** 085-0808882

Email Address: yaowarat.m@gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษา 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะวรรณ ขนาน

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 1 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7338 **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** 083-2600021

Email Address: kananpiyawan@gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษา 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทัศนีย์ ภู่สำอางค์

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 1 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7337 **เบอร์โทรศัพท์มือถือ** 089-1457195

Email Address: Poosumang@yahoo.co.th

แหล่งทุนวิจัย [ไม่มี]

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วม**โครงการวิจัยนี้** เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ อายุมากกว่า หรือเท่ากับยี่สิบปีบริบูรณ์ ได้รับการวินิจฉัยจาก

Ref. code: 256866140320577ATZ

แพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 อาจมีอาการบวมตามปลายมือปลายเท้า เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย สามารถทำกิจกรรมได้ลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด อาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้/อาเจียน รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง และ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ หากเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือจิตเภท จะอยู่ในช่วงภาวะสงบ หรือควบคุมภาวะดังกล่าวได้ โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวน ทั้งสิ้น 184 ราย จาก 5 โรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ดังนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 61 ราย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 33 ราย โรงพยาบาลสระบุรี 42 ราย โรงพยาบาลปทุมธานี 38 ราย และ โรงพยาบาลอินทร์บุรี 10 ราย

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสิน ใจเข้าร่วมโครงการ วิจัยนี้ขึ้นอยู่กับ**ความสมัครใจ**ของท่าน (ดู**กรอบที่ 1**) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใด ๆต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่ โดยท่านจะได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานของทางโรงพยาบาล (ดู**กรอบที่ 2**)

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่าน**สามารถปฏิเสธ**การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ เช่น บอกปฏิเสธก่อนหรือในระหว่างทำแบบสอบถาม เป็นต้น
- ท่าน**สามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม)** จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

- หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านก็ยังจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติอย่างเหมาะสมซึ่งเป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

โรคไตเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียหน้าที่หรือโครงสร้างของไต ส่งผลให้การทำงานของไตสูญ เสียไป การขจัดของเสียของไตทำได้ลดลง อาจมีอาการเหนื่อยง่ายจากภาวะซีด โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การดำเนินโรคและความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง จะมีทั้งระยะที่โรคสงบและวิกฤติสลับกันไปมา คาดเดาได้ยากว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไรและเมื่อไหร่ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของอาการและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวจึงอาจมีภาวะ

Ref. code: 256866140320S7ATZ

เครียดตลอด เวลา ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบที่รุนแรงและความถี่เพิ่มขึ้น ตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและระยะเวลาวันนอนที่ยาว นานมากขึ้น อาจประสบกับอาการทุกข์ทรมาน หรือความไม่สุขสบายจากอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ หากการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ เกิดภาวะที่จำเป็นต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบากในการเลือกแนวทางการรักษาแทนผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิต หรือหากสามารถช่วยชีวิตได้แต่อาจมีภาวะทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาครอบครัวในการช่วยเหลือดำรงชีพ ส่งผลต่อการมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีคุณภาพ ครอบครัวมีภาระรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสิ่งนั้นอาจมิใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้บุคคลทำความเข้าใจและแบ่งปันค่านิยมส่วนบุคคลของตน เป้าหมายชีวิต และความชอบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในอนาคต เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ทำความเข้าใจสภาวะทางสุขภาพของตนเอง การวินิจฉัย พยากรณ์โรค ความวิตกกังวล ความกลัว เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้ค้นหาความหมายของ “การอยู่ดี" ในความคิดเห็นของผู้ป่วย อะไรที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย คุณภาพชีวิตที่ดี ในความเชื่อของผู้ป่วยคืออย่างไร สภาวะใดบ้างเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ขอบเขตการรักษาระดับใดที่ผู้ป่วยยอมรับได้รวมถึงการเลือกและเตรียมบุคคลที่ตนเองเชื่อถือไว้วางใจเพื่อให้ทำ หน้าที่ในการตัดสินใจทางการแพทย์แทน ในกรณีที่บุคคลไม่มีสติหรือการรับรู้เพียงพอที่จะตัดสินใจ ผลดีคือสามารถช่วยลดความเครียดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วง หน้าจะนำไปสู่การกระทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิต ทั้งนี้ ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อาจเกิดจากปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งหมายถึง ความรู้สึก การประเมินคุณค่าของผู้ป่วยที่มีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมไปถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาที่มีทั้งด้านบวกและลบ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวการได้รับความช่วยเหลือและความใส่ใจจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการระบบและกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมาย ความถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย เป็นกระบวนการการพูดคุยระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพในอนาคต รวมถึงการเลือกผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย และปัจจัยเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งหมายถึง ความกลัวหรือความกังวลที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือการสิ้นสุดของชีวิตของผู้ป่วย

Ref. code: 25686614032057ATZ

การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นความรู้พื้นฐานเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคไตเรื้อรังนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดียิ่งขึ้น และบุคคลากรทางสุขภาพให้การดูแลรักษาได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 184 ราย จาก 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 61 ราย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช 33 ราย โรงพยาบาลสระบุรี 42 ราย โรงพยาบาลปทุมธานี 38 ราย และโรงพยาบาลอินทร์บุรี 10 ราย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนข้อคำถาม 87 ข้อ

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและกรอกข้อมูลคำตอบด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อจำกัดในการมองเห็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการเตรียมตัวจากผู้วิจัยให้มีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับข้อคำถาม) เป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังทีละข้อ และกรอกข้อมูลตามที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้คำตอบลงในแบบสอบถาม หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ ขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา **(ดูกรอบที่ 4)**

Ref. code: 25686614032057ATZ

กรอบที่ 4 ขั้นตอนการทำวิจัยในผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขณะที่รอพบแพทย์ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับรายละเอียดโครงการวิจัยครบถ้วนแล้ว พร้อมในการเริ่มตอบแบบสอบถาม ผู้ประสานงานวิจัยเชิญผู้เข้าร่วมการวิจัย ไปอยู่ในพื้นที่ส่วนตัวและมีความเงียบสงบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ลงนามในเอกสารแสดงเจตนาหากผู้เข้าร่วมการวิจัย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

↓

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามในแต่ละส่วน และผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและกรอกข้อมูลคำตอบด้วยตนเอง ขณะที่ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะคอยตรวจสอบลำดับคิวในการเข้าพบแพทย์ เพื่อลดความวิตกกังวลในการรอเข้าพบแพทย์ หากถึงเวลาที่ต้องเข้าพบแพทย์ ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าพบแพทย์ได้ทันที และผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย กลับมาตอบแบบสอบถาม ตามความสะดวกและความสมัครใจของท่าน

↓

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จะได้รับการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนการตอบแบบสอบถาม

↓

แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 87 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อความตาย	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 6 ข้อ

↓

เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อคำถาม ขั้นตอนทั้งหมดจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 45 - 60 นาที

Ref. code: 256866140320 57ATZ

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน **กรอบที่ 5**

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกัน/รักษา

ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีความเสี่ยงไม่มากไปกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ความเสี่ยงที่อาจพบได้ เช่น -อาจทำให้เสียเวลา หรือรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถาม	- หากท่านรู้สึกว่าถูกรบกวน หรือไม่สะดวกใจ ท่านสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใดๆ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะสิ้นสุดลง - ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะหยุดทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้การดูแลผู้เข้าร่วมการวิจัยในทันที อย่างใกล้ชิดจนกว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้น หรือหากในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการดำเนินการติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำแผนก เพื่อให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ได้รับทราบและให้ได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป
- ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากอาสาสมัครมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก ภาวะสับสนหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป หน้ามืด หมดสติ เป็นต้น หรือมีความผิดปกติจิตใจ	- หากผู้เข้าร่วมการวิจัย เกิดผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นคนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

Ref. code: 25686614032057ATZ

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน **กรอบที่ 6**

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
- ท่านอาจจะไม่ได้ประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้	- สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในกระบวนการสนทนาเพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - สามารถใช้ผลจากการศึกษาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง พัฒนาโปรแกรมสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ในกรอบที่ 7

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการวิจัย	ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของท่านด้วยเครื่องทำลายเอกสารในทันที
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็วโดยท่านสามารถตัดสินใจได้ว่าท่านจะร่วมอยู่ในโครงการวิจัยนี้ต่อหรือไม่
หากอาสาสมัครมีอาการเฉียบพลันขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น ใจสั่น เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หน้ามืด เป็นลม ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนจนไม่สามารถทำการศึกษาแบบเร่งด่วนได้	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะหยุดทำแบบสอบถามทันที พร้อมทั้งให้การดูแลอย่างอาสาสมัครอย่างใกล้ชิดจนกว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้น หรือหากในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกเพื่อให้การดูแลและรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ เพื่อให้ได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

Ref. code: 25686614032057ATZ

หลังจากจบโครงการ ท่านจะท่านจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน **ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ** การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม **คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจะสามารถเข้าดูข้อมูลของท่านได้** เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยทำการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบว่า ผู้วิจัยจะทำการเก็บเอกสารแบบสอบถามในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อค และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยจะเก็บไว้ในระบบฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะของผู้วิจัยเท่านั้น และมีผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย และเมื่อครบกำหนดข้อมูลที่เกี่ยวข้องและแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร ผู้วิจัยจะลบไฟล์ข้อมูลออกจากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์ และไม่สามารถกู้คืนข้อมูลใดๆ ได้

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้าร่วมการวิจัยดัง**กรอบที่ 8**

กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าเดินทาง แต่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับค่าเสียเวลาเป็นจำนวนเงิน 100 บาท โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับค่าเสียเวลาทันทีหลังยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่ ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวระหว่างการวิจัยหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะยังคงได้รับค่า เสียเวลาเป็นจำนวนเงิน 100 บาท เช่นเดิม
2. การเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีค่าใช้จ่าย ยกเว้นแต่ค่ารักษาพยาบาลตามปกติของอาสาสมัครที่ เกิดขึ้นจากการมาพบแพทย์ตามนัด ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้ตามสิทธิการรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัยเอง
3. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดผลกระทบจากการเขาร่วมงานวิจัยและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

Ref. code: 256866140320 57ATZ

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลใน**กรอบที่ 9**

กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวกนกวรรณ ลินทอง

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 095-8302974 Email Address: Kanokwan.lin@dome.tu.ac.th

2. นางสาวเยาวรัตน์ มัชฌิม

เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 **ต่อ** 7302 **เบอร์โทรศัพทมือถือ** 085-0808882

Email Address: yaowarat.m@gmail.com

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 112 ชั้น 1 อาคารโดมบริหาร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-564-4440 ต่อ 7358 อีเมล ecsctu3@tu.ac.th ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีทั้งลายเซ็นต์และวันที่

Ref. code: 256866140320 57ATZ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (FACTORS PREDICTING INTENTION FOR ADVANCE CARE PLANNING OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกวรรณ ลินทอง

ที่อยู่ที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120 **โทรศัพท์** 095-8302974

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-564-4440 ต่อ 7358 อีเมล ECScTU3@tu.ac.th ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ(หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....
(.....)	(.....)
ผู้ขอความยินยอม	ผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

Ref. code: 25686614032057ATZ

ภาคผนวก ฉ

รายละเอียดจากการวิเคราะห์ข้อมูล

1. พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตัวแปรที่นำมาศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ตารางที่ ฉ.1

พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (n=184)

ตัวแปร	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	12 - 300	23 - 300	164.82	73.218	ต่ำ
การสนับสนุนจากครอบครัว	0 - 20	0 - 20	14.89	5.742	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	12 - 60	12 - 60	42.35	11.866	สูง
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	0 - 9	0 - 9	3.14	2.541	ต่ำ
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	0 - 30	0 - 26	7.78	5.058	ต่ำ
ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	6 - 30	6 - 30	16.89	7.834	ต่ำ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.2

ระดับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (n=184)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			
ระดับต่ำ	12 - 180	102	55.43
ระดับปานกลาง	181 - 239	48	26.09
ระดับสูง	240 - 300	34	18.48
การสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า			
ระดับต่ำ	0 - 6	22	11.96
ระดับปานกลาง	7 - 13	44	23.91
ระดับสูง	14 - 20	118	64.13
การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง			
ระดับต่ำ	12.00-27.30	25	13.59
ระดับปานกลาง	28.00-43.90	61	33.15
ระดับสูง	44.00-60.00	98	53.26
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			
ระดับต่ำ	0 - 3	110	59.78
ระดับปานกลาง	4 - 6	48	26.09
ระดับสูง	7 - 9	26	14.13
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต			
ระดับต่ำ	0 - 10	135	73.37
ระดับปานกลาง	11 - 21	47	25.54
ระดับสูง	22 - 30	2	1.09
ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			
ระดับต่ำ	6 - 17	94	51.09
ระดับปานกลาง	18 - 23	44	23.91
ระดับสูง	24 - 30	46	25.00

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.3

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทัศนคติต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=184)

ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1. ฉันเชื่อว่าฉันควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา.....	1 - 25	1 - 25	20.30	7.166	สูง
2. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	15.63	9.033	ต่ำ
3. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	15.27	9.377	ต่ำ
4. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	14.44	9.154	ต่ำ
5. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	12.93	9.351	ต่ำ
6. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	12.66	7.914	ต่ำ
7. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	13.44	8.809	ต่ำ
8. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	12.04	9.102	ต่ำ
9. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	8.13	9.049	ต่ำ
10. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	12.35	9.909	ต่ำ
11. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	14.66	9.982	ต่ำ
12. ฉันเชื่อว่าการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....	1 - 25	1 - 25	12.96	10.197	ต่ำ
โดยรวม	**12 - 300**	**23 - 300**	**164.82**	**73.218**	**ต่ำ**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.4

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนของครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n=184)

การสนับสนุนของครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1.ฉันจะพึงพอใจกับความช่วยเหลือที่ฉันได้รับจากครอบครัวเมื่อฉันมีปัญหาในการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในอนาคต	0 - 4	0 - 4	3.21	1.093	สูง
2.ฉันพึงพอใจกับวิธีการที่ครอบครัวพูดคุย……	0 - 4	0 - 4	3.05	1.243	สูง
3.ครอบครัวจะยอมรับแผนการดูแลสุขภาพ……	0 - 4	0 - 4	2.92	1.232	สูง
4. ครอบครัวจะแสดงความรักและเอาใจใส่ต่ออารมณ์……	0 - 4	0 - 4	2.91	1.262	สูง
5.ฉันรู้สึกพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวได้ทุ่มเทเวลา……	0 - 4	0 - 4	2.80	1.338	สูง
โดยรวม	**0 - 20**	**0 - 20**	**14.89**	**5.742**	**สูง**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.5

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง

การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่จะรู้ว่า.....	1 - 5	1 - 5	4.02	1.128	สูง
2. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่.....	1 - 5	1 - 5	3.93	1.087	สูง
3. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถ.....	1 - 5	1 - 5	3.81	1.151	สูง
4. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่จะ.....	1 - 5	1 - 5	3.16	1.133	ปานกลาง
5. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่จะ.....	1 - 5	1 - 5	3.21	1.164	ปานกลาง
6.ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในความสามารถที่จะ.....	1 - 5	1 - 5	3.03	1.192	ปานกลาง
7.ท่านมั่นใจเพียงใดว่าจะสามารถมอบหมาย.....	1 - 5	1 - 5	3.73	1.28	สูง
8.ท่านมั่นใจเพียงใดว่าจะสามารถบอกกับครอบครัว.....	1 - 5	1 - 5	3.83	1.323	สูง
9.ท่านมั่นใจเพียงใดว่าจะสามารถพูดคุยทำความเข้าใจกับ.....	1 - 5	1 - 5	3.57	1.373	สูง
10.ท่านมั่นใจเพียงใดว่าสามารถพูดคุยทำความเข้าใจกับ.....	1 - 5	1 - 5	3.34	1.398	ปานกลาง
11.ท่านมั่นใจเพียงใดว่าจะสามารถพูดคุยทำความเข้าใจกับ.....	1 - 5	1 - 5	3.41	1.376	สูง
12. ท่านมั่นใจเพียงใดว่าจะสามารถสอบถามข้อมูลที่.....	1 - 5	1 - 5	3.31	1.436	ปานกลาง
โดยรวม	**12 - 60**	**12 - 60**	**42.35**	**11.866**	**ปานกลาง**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.6

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1. เมื่อใกล้ถึงระยะท้ายของชีวิต ทุกคนมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการตรวจ ประเมินเพิ่มเติม	0 - 1	0 - 1	0.67	0.472	ปานกลาง
2. เมื่อใกล้ถึงระยะท้ายของชีวิต ทุกคนมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษา	0 - 1	0 - 1	0.67	0.472	ปานกลาง
3. เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่ตนไม่ได้ปรารถนา	0 - 1	0 - 1	0.42	0.495	ปานกลาง
4. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ.....	0 - 1	0 - 1	0.32	0.468	ต่ำ
5. บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์.....	0 - 1	0 - 1	0.25	0.434	ต่ำ
6. ผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาต้องเป็น.....	0 - 1	0 - 1	0.13	0.338	ต่ำ
7. บุคคลจะต้องทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์.....	0 - 1	0 - 1	0.26	0.437	ต่ำ
8. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ.....	0 - 1	0 - 1	0.24	0.431	ต่ำ
9. หากทำหนังสือแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับ.....	0 - 1	0 - 1	0.18	0.385	ต่ำ
โดยรวม	**0 - 9**	**0 - 9**	**3.14**	**2.541**	**ต่ำ**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.7

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลต่อความตาย

ความวิตกกังวลต่อความตาย	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1. ท่านกังวลเมื่อนึกถึงความตาย	0 - 2	0 - 2	0.24	0.553	ต่ำ
2. ท่านรู้สึกไม่สบายใจเมื่อรู้ว่าท่านอาจเสียชีวิต ก่อนที่จะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ	0 - 2	0 - 2	0.33	0.586	ต่ำ
3. ท่านกังวลว่าจะทุกข์ทรมานเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต	0 - 2	0 - 2	1.04	0.781	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าคนอื่นอาจ	0 - 2	0 - 2	1.09	0.787	ปานกลาง
5. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิต	0 - 2	0 - 2	1.05	0.791	ปานกลาง
6. ท่านกังวลว่าคนใกล้ชิด	0 - 2	0 - 2	0.24	0.533	ต่ำ
7. ท่านกังวลว่าท่านจะ.....	0 - 2	0 - 2	0.24	0.570	ต่ำ
8. ท่านกังวลว่าท่านจะ.....	0 - 2	0 - 2	0.28	0.527	ต่ำ
9. ท่านกังวลว่าจะเป็น.....	0 - 2	0 - 2	0.78	0.827	ต่ำ
10. ท่านกังวลว่าหาก.....	0 - 2	0 - 2	0.10	0.339	ต่ำ
11. ท่านกลัวว่าจะได้รับ.....	0 - 2	0 - 2	0.09	0.326	ต่ำ
12. ท่านคิดว่าการที่ท่าน.....	0 - 2	0 - 2	0.90	0.776	ต่ำ
13. ท่านกังวลว่าคนรอบ.....	0 - 2	0 - 2	0.26	0.551	ต่ำ
14. ท่านกังวลว่าการเสียชีวิต.....	0 - 2	0 - 2	0.92	0.809	ต่ำ
15. ท่านกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่รู้	0 - 2	0 - 2	0.20	0.484	ต่ำ
โดยรวม	**0 - 30**	**0 - 26**	**7.78**	**5.058**	**ต่ำ**

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ตารางที่ ฉ.8

แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	Possible score	Min-Max	Mean	SD	Level
1. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับ…. ……	1 - 5	1 - 5	3.72	1.577	สูง
2. ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับ…. ……	1 - 5	1 - 5	3.45	1.578	ปานกลาง
3. ฉันจะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผน…. ……	1 - 5	1 - 5	3.48	1.582	ปานกลาง
4. ฉันจะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับ…… ……	1 - 5	1 - 5	2.07	1.535	ต่ำ
5. ฉันจะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลบุคคลที่ฉันไว้วางใจเป็นผู้…. ……	1 - 5	1 - 5	2.10	1.524	ต่ำ
6. ฉันจะทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับหรือไม่รับการดูแล…… ……	1 - 5	1 - 5	2.07	1.572	ต่ำ
โดยรวม	**6 - 30**	**6 - 30**	**16.89**	**7.834**	**ต่ำ**

2. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปรที่นำมาศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาอำนาจการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตก

Ref. code: 256866140320 57ATZ

กังวลเกี่ยวกับความตาย สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เป็นสถิติในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรหลายตัว เหมาะสมในการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อให้ผลการศึกษาเป็นที่น่าเชื่อถือมากที่สุด ข้อมูลดังกล่าวต้องมีลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยการทดสอบดังนี้

1) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยค่า Skewness และ Kurtosis โดยพิจารณาจากค่า Z-value จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 184 ราย เป็นขนาดกลาง พบว่า Z value มีค่า ± 3.29 ของทุกตัวแปรที่นำมาศึกษา หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ (Normal distribution) (Kim, 2013)

ตารางที่ ฉ.9

ทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรที่นำมาศึกษา

ตัวแปร		Statistic	Std. Error	Z value = Statistic/Std. Error
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Skewness	-0.099	0.179	-0.553*
	Kurtosis	-1.152	0.356	-3.236*
การสนับสนุนจากครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	Skewness	-1.048	0.179	-5.855
	Kurtosis	0.132	0.356	0.371*
การรับรู้สมรรถนะในการจัดการดูแลตนเอง	Skewness	-0.526	0.179	-2.939*
	Kurtosis	-0.491	0.356	-1.379*
ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Skewness	0.41	0.179	2.291*
	Kurtosis	-0.889	0.356	-2.497*
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต	Skewness	0.751	0.179	4.196
	Kurtosis	0.746	0.356	2.096*
ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Skewness	0.126	0.179	0.704*
	Kurtosis	-1.057	0.356	-2.969*

หมายเหตุ: *(Z-value ± 3.29) normal distribution

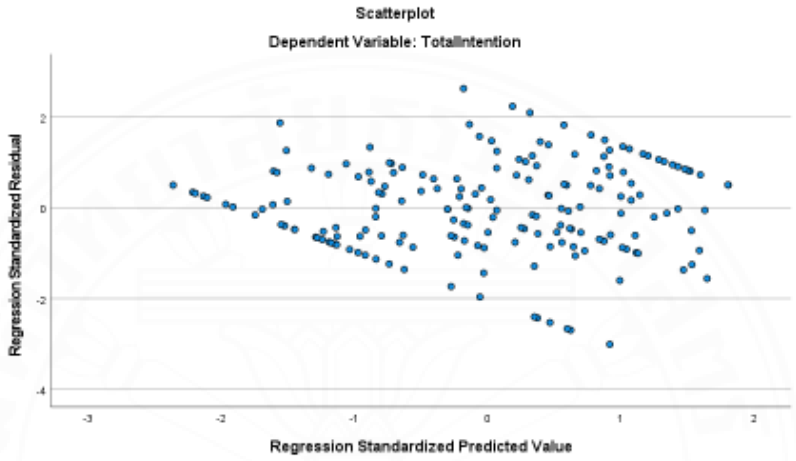
2) ผลการตรวจสอบสมมติฐานเกี่ยวกับ ความคงที่ของความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Regression Standardized Predicted Value) กับค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression Standardized Residual Value) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีการกระจายอยู่บริเวณค่า 0 อย่างสม่ำเสมอ และไม่ปรากฏรูปแบบ

Ref. code: 256866140320 57ATZ

ความสัมพันธ์ที่แน่นอนระหว่างตัวแปรทั้งสอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีลักษณะคงที่ (Homoscedasticity) ตามสมมติฐานของการวิเคราะห์การถดถอย ดังภาพที่ ฉ.1

ภาพที่ ฉ.1

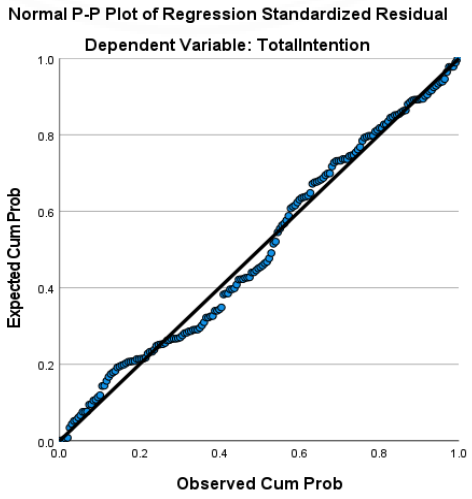
การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้น (homoscedasticity)



3) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พิจารณาจากแผนภาพกระจาย (Scatter Plot) พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีลักษณะกระจุกตัวอยู่รอบเส้นทแยงมุม (Clustering around the diagonal) ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้น

ภาพที่ ฉ.2

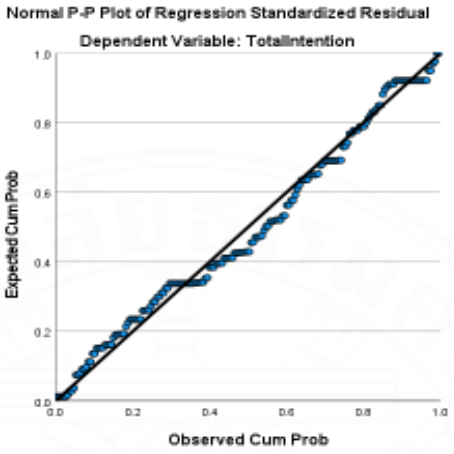
scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



Ref. code: 25686614032057ATZ

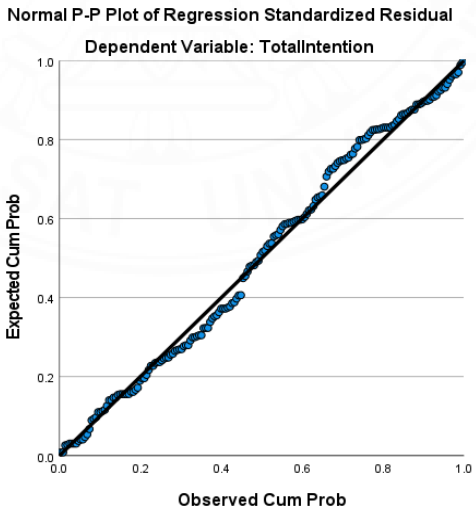
ภาพที่ ฉ.3

scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



ภาพที่ ฉ.4

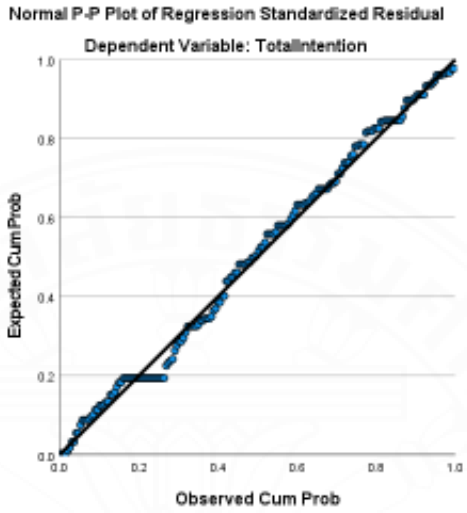
scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



Ref. code: 25686614032057ATZ

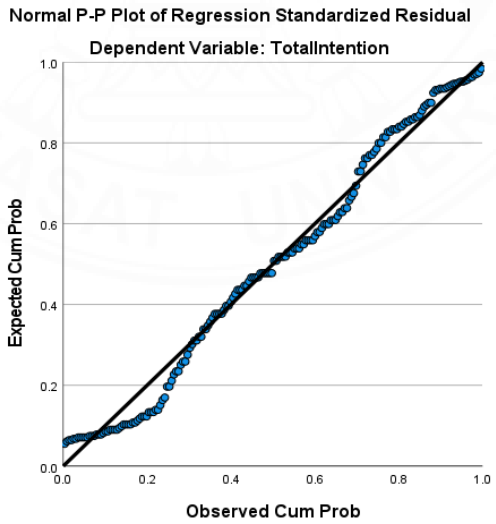
ภาพที่ ฉ.5

scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



ภาพที่ ฉ.6

scatter plot ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายและความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



4) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรต้น โดยพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ตามตารางที่ ฉ.2 พบว่า ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่า Tolerance มากกว่า .20 และค่า VIF (Variance Inflation Factor)

Ref. code: 25686614032057ATZ

ไม่เกิน 10 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น ดังนั้น ตัวแปรต้นทั้งหมดสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยได้

ตารางที่ ฉ.10

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย)

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.627	1.596
	การสนับสนุนจากครอบครัว	.466	2.146
	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง	.478	2.090
	ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	.636	1.571
	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	.946	1.057
a. Dependent Variables: ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			

5) ผลการตรวจสอบความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้ค่าสถิติ Durbin-Watson พบว่าค่าดังกล่าวอยู่ใกล้เคียงกับค่า 2 ซึ่งบ่งชี้ว่า แสดงว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independent)

ตารางที่ ฉ.11

ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรตนและตัวแปรตาม

Model Summary[b]	
Model	Durbin-Watson
1	**2.074**

Ref. code: 25686614032057ATZ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	กนกวรรณ ลินทอง
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2545 : พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ทุนการศึกษา (ถ้ามี)	ไม่มี
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2545-2550 : พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาไท 2 พ.ศ.2551-2557 : พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลพญาไท 2 พ.ศ.2557-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

Ref. code: 25686614032057ATZ