

เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน*

อภิรักษ์ พิมเสน พย.ม.**

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ Ph.D. (Gerontological Nursing) ***

นาริรัตน์ จิตรมนตรี Ph.D. (Gerontological Nursing) ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย: การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต แบบสัมภาษณ์การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต และแบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีระดับเจตคติและระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3 และ 42 ตามลำดับ) ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.4) ระดับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.9) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่าเจตคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .585, p < .01, r = .615, p < .01$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรประเมินเจตคติและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(1) 74-87

คำสำคัญ: ความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้า/ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน/ เจตคติ/ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม/ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน
วันที่รับบทความ 29 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 ธ.ค. 2561 วันที่ตอบรับบทความ 19 ธ.ค. 2561

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email:virapun.wir@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

Community–Dwelling Older Adults’ Attitudes, Subjective Norm, Perceived Behavioural Control, and Intention to Make Living Wills*

*Apiradee Pimsen, M.N.S***

*Virapun Wirojratana, Ph.D. ****

*Narirat Jitramontree, Ph.D. *****

Abstract :

Objective: To investigate, amongst community–dwelling older adults, the relationships between their attitudes, subjective norms, perceived behavioural control, and intention to make their living wills (statements concerning their choice of end–of–life medical treatment and care).

Design: Descriptive correlation research.

Methodology: The study, using the Theory of Planned Behaviour as a framework, was conducted on a sample of 88 older adults who met the pre–set study criteria, namely, being 60 years old or above and being residents of Bangkok Noi district of Bangkok. Five interview forms were used to collect data pertaining to the participants’ (a) basic factors, (b) attitudes towards making their living wills, (c) compliance with subjective norm on their intention to make their living wills, (d) perceived behavioural control regarding making their living wills, and (e) intention to make their living wills. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman’s rank correlation coefficient.

Results: According to the findings, the participants’ attitudes towards making living wills were generally moderate (52.3%), and so was their level of compliance with subjective norm (42%). They displayed a fairly high level of perceived behavioural control (61.4%), with a slightly lower living–will intention level (56.9%). Furthermore, their attitudes and perceived behavioural control were found to have a significant positive relationship with their intention ($r = .585, p < .01, r = .615, p < .01$, respectively), whilst no significant relationship was found between their compliance with subjective norm and their intention ($p < .05$).

Recommendations: Thorough assessment of older adults’ attitudes and perceived behavioural control is highly recommended in the process of encouraging them to make their living wills.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(1) 74–87

Keywords: intention to make living wills; Theory of Planned Behaviour; attitudes; perceived behavioural control; community–dwelling older adults

Received 29 October 2018, Revised 16 December 2018, Accepted 19 December 2018

*Master of Nursing Thesis (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

**A Student in Master of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

***Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University Email: virapun.wir@mahidol.ac.th

****Associate Professor, Independent scholar

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดและกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรสูงอายุมามากถึงร้อยละ 20 คิดเป็นจำนวนประชากร 13,255,781 คนในปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มที่ สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นอีกเรื่อย ๆ¹ โดยจำนวน การเสียชีวิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วคือเพิ่มจากร้อยละ 63.4 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 83.4 ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดในปี พ.ศ. 2559 หรือเพิ่มมากถึงร้อยละ 20 ในระยะเวลาเพียง 5 ปี²

ผู้สูงอายุมักมีภาวะสุขภาพเสื่อมลงตามวัยโดย ร้อยละ 23 มีการเสียชีวิตแบบไม่ได้คาดคิด³ ซึ่งส่งผล เสียต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการ รักษาเพื่อยืดชีวิตที่ไม่จำเป็น การไม่ได้รับการ ปฏิบัติตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และ ยังส่งผลถึงการใช้จ่ายทางการแพทย์ทางสุขภาพที่สิ้นเปลือง และไม่ได้เพิ่มคุณภาพชีวิตอีกด้วย⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจะทำให้ เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะวิกฤติหรือระยะท้ายของชีวิต⁵⁻⁶ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่ระยะดังกล่าวจะสูญเสีย ความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกการรักษา พยาบาลที่ตนต้องการ⁶ โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีความ ตระหนักในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมีอาคารรุนแรง ทำให้มีการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตน้อยกว่า⁷ เมื่อ เข้าสู่ภาวะสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเลือก รับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตดังกล่าว จึง

ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรง ความต้องการเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมากกว่า⁸⁻⁹

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศในพระราช กิจจานุเบกษาวันที่ 22 ตุลาคม 2553 พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ มีการรับรองหนังสือแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของ ชีวิต¹⁰ และลักษณะความต้องการในระยะท้ายของชีวิต ของคนไทยสอดคล้องกับแนวทางการทำหนังสือ แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใน ระยะท้ายของชีวิตคือต้องการได้รับการปฏิบัติตาม ความคาดหวังและความเชื่อ ต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ต้องการทุกข์ทรมาน¹¹⁻¹² และการทำหนังสือ ดังกล่าวมีประโยชน์ในหลายแง่มุม ได้แก่ ส่งเสริมให้ เกิดความตระหนักในสิทธิ (right)¹⁰ และการเลือก ตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination)^{7,9} ลด ความเครียดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดความโศก เศร้าของครอบครัวในระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ลดการ รักษาเพื่อยืดชีวิต ลดการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ³ และเพิ่มการปฏิบัติตามความปรารถนาในระยะท้าย ของชีวิต¹³ อย่างไรก็ตามการทำหนังสือแสดงเจตนา ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของ ชีวิตยังไม่แพร่หลายและยังไม่เป็นที่รู้จักเท่าที่ควร

การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตเป็นพฤติกรรม ซึ่งมีตัวกำหนดที่สำคัญคือความตั้งใจในการทำ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลในระยะท้ายของชีวิตซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (2002)¹⁴ กล่าวคือ ความตั้งใจในการทำ หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับ

การรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต¹⁵⁻¹⁷ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ เจตคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต^{8,11-12,15-18} การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต¹⁷ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต¹⁵⁻¹⁷ อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่าตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต¹⁶ โดยการศึกษาทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่มักทำในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังรุนแรง ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตหรือได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่ได้มีโรคเรื้อรังร้ายแรงหรือผู้สูงอายุในชุมชนในปริมาณน้อยมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่กล่าวนี้ย่อมมีความตระหนักเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตน้อย

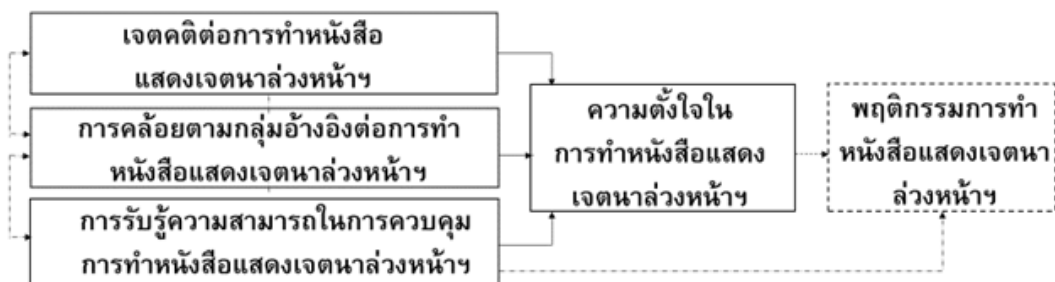
กว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังรุนแรง ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตหรือได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และยังพบว่าส่วนใหญ่มักศึกษาในประเทศทางตะวันตก^{8-9,13,15-17} ซึ่งมีบริบทแตกต่างกันกับประเทศไทย และการศึกษาความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีปริมาณน้อย^{11-12,18} และผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงได้ผลไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุในชุมชนหรือผู้สูงอายุทั่วไปในสังคมที่ยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง เพื่อเพิ่มการปฏิบัติตามคุณค่าและความปรารถนาของผู้สูงอายุโดยไม่ต้องรอให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การเจ็บป่วยระยะท้ายของชีวิตซึ่งเป็นการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง อันเป็นรากฐานสำคัญของ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”¹⁰ และเพิ่มคุณภาพการดูแลในภาพรวมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอีกด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (2002)¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen และ Fishbein (1975) ใช้สำหรับอธิบายการเกิดพฤติกรรมที่ไม่อยู่ภายใต้การตัดสินใจของบุคคลโดยสมบูรณ์ (involitional control) โดย

ทฤษฎีนี้ใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพอย่างแพร่หลาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ พฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น¹⁵ โดยพฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่เป็นการปฏิบัติตามเป้าหมาย ที่ตนกำหนดไว้และสามารถสังเกตหรือวัดได้ แต่การศึกษาพฤติกรรมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตที่คาดเดาไม่ได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำมาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลคือ ความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจนั้นมีตัวกำหนดที่สำคัญ ได้แก่ 1.เจต-คติต่อพฤติกรรม (attitudes toward behavior) หมายถึงการตัดสินของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ว่าดีหรือไม่ 2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norms) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับ

ความคาดหวังของคนที่มีความสำคัญว่าต้องการหรือไม่ต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น 3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) คือการรับรู้การกระทำพฤติกรรมว่าเป็นไปอย่างง่ายตายหรือยากลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในพื้นที่แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนชวนชื่น ชุมชนวัดบางขุนนนท์ ชุมชนวัดใหม่ยายแป้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit & Hungler (1999)¹⁶ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ = .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางนั้นคือ $r = .30$ เนื่องจากไม่มีงานวิจัยลักษณะคล้ายคลึงกันที่ใช้อ้างอิงได้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling) ในเขตบางกอกน้อย ประกอบด้วย 4 แขวง ได้แก่ แขวงบางขุนศรี แขวงอรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช และแขวงบางขุนนนท์ ผลการสุ่มจากจำนวนร้อยละ 25 ของแขวงทั้งหมดได้แขวงบางขุนนนท์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนชวนชื่น ชุมชนวัดบางขุนนนท์ และชุมชนวัดใหม่ยายแป้น จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละชุมชนตามสัดส่วน (proportion allocation) ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ชุมชนชวนชื่น 22 ราย ชุมชนวัดบางขุนนนท์ 47 ราย และชุมชนวัดใหม่ยายแป้น 19 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. สื่อสารภาษาไทยได้ดี
2. ไม่เคยมีหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมาก่อน

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมาก่อน ประเมินโดยการสัมภาษณ์
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงติดเตียง

3. ระดับความรู้คิดบกพร่องวัดโดย MMSE-Thai 2002¹⁷ โดยมีเกณฑ์แยกตามระดับการศึกษา ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน จบระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่า 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และ จบสูงกว่าระดับประถมศึกษาคะแนนน้อยกว่า 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (termination criteria)

ผู้ร่วมวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน หรืออาการของโรคประจำตัวกำเริบในขณะที่ตอบแบบสัมภาษณ์จนไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ เช่น หน้ามืดเป็นลม เป็นต้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยสร้างโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2002)¹⁵ และการทบทวนวรรณกรรม^{4,8-15,18-19} ร่วมกับประสบการณ์ในการสนทนากับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ประเมินค่าดัชนีความตรงทางเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย สาธารณสุขและการดูแลแบบประคับประคอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย สาธารณสุขและ เครื่องมือวิจัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและพยาบาลชำนาญการด้านการดูแลแบบประคับประคองและทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 30 ราย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยพื้นฐาน มีจำนวน 11 ข้อประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานะระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สิทธิการรักษา โรคประจำตัว เคยรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมาก่อนหรือไม่ รู้จักจากแหล่งใด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตและเป็นการประเมินของผู้สูงอายุต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตว่าส่งผลอย่างไรต่อตนเอง เป็นมาตรฐานประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีเจตคติต่อหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตดี ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .98 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่ากลุ่มบุคคลใดมีอิทธิพลสนับสนุนการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมากที่สุด เป็นมาตรฐานประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนนรวมมากหมายถึงมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest coefficient) เท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ครอบคลุมการรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรฐานประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนนรวมมากหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .76

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจำนวน 1 ข้อ (single-item measurement) ประกอบด้วย การกระทำ เป้าหมาย บริบท และเวลา เป็นมาตรฐานประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนนรวมมากหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest coefficient) เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2561 (หมายเลข IRB-NS 2018/18.0502) ผู้วิจัยได้เชิญชวนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัยด้วยวิธีสมัครใจ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถยุติการร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับการบริการใดๆ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองหลังจากผู้สูงอายุยินยอมลงนามเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุโดยแบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹⁷ และสอบถามว่าผู้สูงอายุมีการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลใน ระยะท้ายของชีวิตมาก่อนหรือไม่ หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ผ่านการคัดกรองแบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำชุมชนต่อไป ผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คัดกรองการเข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์เป็นเวลาประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สิทธิการรักษา โรคประจำตัว เคยรู้จักหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมาก่อนหรือไม่ รู้จักจากแหล่งใด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต โดยการคำนวณหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ Spearman's rank correlation เนื่องจากตัวแปรตามคือความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอยู่ในระดับ nominal scale

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 88 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 68.4 (SD = 7.08) เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 60.23 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.5 มีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 500-5,000 บาทร้อยละ 75 รายได้เฉลี่ย 4,242.05 บาทต่อเดือน (SD = 5,903.69) โดยไม่ เป็นหนี้คิดเป็นร้อยละ 86.36 มีจำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (รวมตัวผู้สูงอายุ) ใน ช่วง 1-3 คนคิดเป็น ร้อยละ 59.09 เฉลี่ย 3.39 (SD = 1.34) ผู้ดูแลหลัก เป็นบุตรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85.23 มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.09 โดยมีสิทธิการรักษาคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.09 และได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจากโทรทัศน์ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50

เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

2. เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ

พบว่าระดับเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3 และ ร้อยละ 42 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.4) และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.9) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต (N =88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจตคติ			
ระดับไม่ดี	5-29	24	27.3
ระดับปานกลาง	30-45	46	52.3
ระดับดี	46-50	18	20.5
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง			
ระดับต่ำ	9-12	22	25
ระดับปานกลาง	13-16	37	42
ระดับสูง	17-30	29	33
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม			
ระดับต่ำ	11-14	4	4.5
ระดับปานกลาง	15-28	30	34.1
ระดับสูง	29-31	54	61.4
ความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต			
ระดับต่ำ	1-2	50	56.9
ระดับปานกลาง	3	23	26.1
ระดับสูง	4-5	15	17

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต

เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ $p < .01$ ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ โดยเจตคติและการรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .585$ และ $r = .615$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (N=88)

ปัจจัย	ความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
เจตคติ	.585**	0.01
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.078	0.235
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.615**	0.01

** $p < .01$ (1-tailed)

การอภิปรายผล

1. ระดับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.9 ทั้งนี้อาจจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ

60.23) และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคร้ายแรง อาจส่งผลให้ความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอยู่ในระดับต่ำซึ่งพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่ามีอายุไม่มาก มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง^{8-9,11-12,18} แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพแข็งแรงในสหรัฐอเมริกา¹⁸ พบว่าระดับความตั้งใจ

ในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูงร้อยละ 86 ทั้งนี้ อาจจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยและ การรับรู้การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีความคุ้นเคยและการรับรู้การทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมานานกว่า 30 ปี

2.ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งหมายถึงเมื่อผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตจะมีความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา²⁰ โดยพบว่าปัจจัยทำนายการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตได้แก่ เจตคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ($R^2 = .274, p = .008$)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ($p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อาจเป็นเพราะการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยว

กับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย คนไทยมีความเชื่อว่าความตายไม่เป็นมงคล ทำให้พลัดพราก¹⁹ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าคนในครอบครัวจะให้ การสนับสนุนหรือไม่ เพราะเป็นเรื่องใหม่สำหรับตนเองและครอบครัว ขณะเดียวกันคนไทยยังมีความเห็นว่าการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ทำการรักษาอีกด้วย^{11,19} ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Stelter¹⁸ ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ($R^2 = .51, p < .005$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกามีความคุ้นเคยต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตรวมถึงครอบครัวหรือคนที่มีความสำคัญต่อกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยและความเข้าใจต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมากกว่าครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงอาจให้การสนับสนุนผู้สูงอายุมากกว่า

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน หมายถึงผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตสูง มีแนวโน้มตั้งใจจะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมากขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอยู่ภายใต้การควบคุมของตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.4) ย่อมแสดงความตั้งใจชัดเจนที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา¹⁸ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีความซับซ้อนเข้าใจยากสามารถจะไม่ตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ($R^2 = .11, p = .009$)

จากผลการศึกษาพบว่าทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ได้บางส่วน กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีระดับความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสูงที่สุด ($r = .615, p < .01$) ส่วนเจตคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีระดับความสัมพันธ์รองลงมา ($r = .585, p < .01$) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน อาจไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการและผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนควรส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิต และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลเชิงรุกเกี่ยวกับข้อดีและประโยชน์ของการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต เพื่อเพิ่มความคุ้นเคยและการรับรู้ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

ด้านการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จึงควรมีการพัฒนาเครื่องมือเหล่านี้ให้เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

References

1. Office of the National Social and Economic Development Board, 2010. Estimation of population Thailand 2010–2040. [Internet]. 2008. [cited Sep 13, 2018]. Elderly situation in Thailand (in Thai)
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2016. Public health statistics. [Internet]. 2018. [cited Sep 25, 2018]. Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf (in Thai)
3. Scott K. Incidence of sudden, unexpected death in a specialist palliative care inpatient setting. *Palliat Med* 2010;24:449–50.
4. Weathers E, Cornally R, Coffey A, Fitzgerald N, Kearns C, Daly N, et al. Advanced care planning: a systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults *BMJ Support Palliat Care* 2016;91:101–9.
5. Bruera S, Chisholm G, Santos RD, Crovador C, Bruera E, Hui D. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:510–17.
6. Davis CP. Emergency department visits: we are not prepared. *Am J Emerg Med*; 2012;30:1364–70.
7. Grudzen CR, Richardson LD, Major-Monfried H, Kandarian B, Ortiz JM, Morrison RS. Hospital administrators' views on barriers and opportunities to delivering palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2013;68:654–60.
8. Chung RY, Wong EL, Kiang N, Chau PY, Lau JYC, Wong SY, et al. 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. *J Am Med Dir Assoc* 2018;367:c19–27.
9. Portanova J, Ailshire J, Perez C, Rahman A, Enguidanos S. Ethnic differences in advance directive completion and care preferences: What has changed in a decade? *J Am Geriatr Soc* 2017;65:1352–57.
10. National Health Act B.E. 2550. 1st ed. Nonthaburi: National health commission office; 2010.
11. Nijinikaree N, Chaowalit A, Hatthakit Urai. The perspectives of end-of-life decisions in chronically ill Thai Muslim patients in the five border provinces of southern Thailand. *APJCP* 2008;9:643–7.
12. Ratchawang N. A declaration of intention to refuse life sustaining of terminal stage patient from elderly perspective in Bangkok [Dissertation]. Bangkok: Mahidol university; 2012.
13. Kizawa Y, Yamaguchi T, Yotani N. Advance care planning in cancer care. *Gan To Kagaku Ryoho* 2016;43:277–80.
14. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *J Appl Soc Psychol* 2002;32:665–83.
15. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol* 2001; 40:471–99.
16. Polit D, Hungler, B: *Nursing research: Principle and method*, 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. p. 416–417.
17. Institute of Geriatric Medicine Department of Medicine Services Ministry of Public Health. *MMSE–Thai 2002*. Bangkok: Ministry of Public Health; 2002. (in Thai)
18. Stelter KL, Elliott BA, Bruno CA. Living will completion in older adults. *Arch Intern Med* 1992; 152:954–9.
19. Kumpolsiri K. The decision making to exercise the right to die among the elderly in Bangkok [Dissertation]. Bangkok: Mahidol university.; 1999.

20. Campbell MJ, Edwards MJ, Ward KS, Weatherby N. Developing a parsimonious model for predicting completion of advance directives. *J Nurs Scholarsh* 2007;39:165-71.