

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ การรักษาแบบประคับประคอง¹

ปิยรัตน์ รุ่งเรือง, พย.ม.²

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, Ph.D. (Nursing)³

วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, พย.ด.⁴

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง
วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่ง จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้โดยชุดข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้า การรวบรวมข้อมูล การเสริมแรง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบที่แบบอิสระและแบบคู่ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.38, SD = .554$; $\bar{X} = 3.47, SD = .671$; $t = -7.568$; $p = .000$) รวมทั้งคะแนนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะแสดงพฤติกรรมของการมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางวางแผนการรักษามากขึ้น โดยตัดสินใจเข้าร่วมวางแผนการรักษา ตั้งเป้าหมาย และเลือกแสดงเจตนาล่วงหน้า ในอนาคตที่เหมาะสมกับตน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง สามารถนำขั้นตอนที่เสนอในการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(4) 95-110

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล/ การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล/ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา/ ผู้ป่วยมะเร็ง/ การรักษาแบบประคับประคอง

วันที่ได้รับ 25 ต.ค. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 พ.ย. 65 วันที่รับตีพิมพ์ 15 พ.ย. 65

¹ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: prangtip.cha@mahidol.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of Advance Directive Information Package Program on Health Engagement in Cancer Patients Receiving Palliative Care¹

Piyarut Rungruang, M.N.S.²

Prangtip Chayaput, Ph.D. (Nursing)³

Wallada Chanruangvanich, D.N.S.⁴

Abstract:

Objective: To examine the effects of an advance directive information package program on health engagement in cancer patients receiving palliative care.

Design: Quasi-experimental research with two groups, pre-test and post-test design.

Methodology: The sample consisted of 64 patients receiving palliative care at a single Medical Center. Thirty-three patients were assigned to control and experimental groups for each group. The experimental group participated in the advance directive information program from the researcher. The program included goal setting; education using the advance directive information package; information gathering; reinforcement; and feedback. Roy Adaptation Model was applied as a framework. The instruments used for data collection were demographic and clinical data form, and the Patient Health Engagement scale questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired and Independent t-tests, with the significant level set at 0.05.

Results: The results revealed that, after completing the program, the experimental group had significant higher patient health engagement score than the control group did ($\bar{X} = 2.38$, $SD = .554$; $\bar{X} = 3.47$, $SD = .671$; $t = -7.568$; $p = .000$). In addition, in the experimental group, post-intervention patient health engagement score was higher than pre-intervention score significantly ($p = .000$).

Recommendation: The advance directive information program helped promote engagement in advance directive care plan among cancer patients receiving palliative care. Patients who were able to effectively adapt themselves would be more likely to demonstrate an active health engagement behaviors in deciding to take part in treatment planning, setting goal, and choosing their appropriate choices of future advance directive plan. Palliative care nurses could apply the procedure proposed in this study to this patient group for encouraging each patient to take part in determining his/her desired advance directive plan.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(4) 95-110

Keywords: advance directive information program/ advance directive/ health engagement/ cancer patients/ palliative care

Received 25 October 2022, Revised 14 November 2022, Accepted 15 November 2022

¹ A Part of Master Thesis, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

² Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

³ Corresponding Author: Associate Professor Dr., Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University;
E-mail: prangtip.cha@mahidol.ac.th

⁴ Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะเลือกหรือ ปฏิเสธการรักษาต่างๆ เพื่อยืดการตายที่อาจได้รับในอนาคต ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างเฉพาะเจาะจงเมื่อตนสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ^{1,2} ในหลายประเทศทางตะวันตก มีการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพราะอาจเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดในระหว่างได้รับการรักษา โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา³ สังคมได้มีการต่อสู้เรียกร้องเรื่องสิทธิที่จะตายเป็นเวลาหลายทศวรรษ แต่ในสังคมไทย² เช่นเดียวกับสังคมตะวันออกอื่นๆ เช่น ประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น⁴ ประชาชนไม่ค่อยกล่าวถึงสิทธิที่จะตาย (The right to die) เหมือนสังคมตะวันตก

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว⁵ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีอาการของมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลาม จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) เพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว^{4,6,7} ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีข้อกำหนดในการปฏิบัติในวาระสุดท้าย ดังที่ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่าด้วยการกำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่จะแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาได้ตามที่ตนต้องการ หรืออาจแต่งตั้งบุคคลที่ไว้วางใจเป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้¹ แต่ยังไม่พบว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้า

ในการรักษาพยาบาลมีน้อย² ลักษณะการตัดสินใจแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลของคนไทยยังต่างจากคนในประเทศแถบตะวันตก^{2,3} เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป^{3,4}

การแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งความประสงค์ของตนให้บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ และคนใกล้ชิด ได้ทราบล่วงหน้าว่าตนต้องการและไม่ต้องการสั่งใด ช่วยตอบสนองทางจิตใจ และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกทำในสิ่งที่ตนปรารถนา โดยไม่เร่งการเสียชีวิต^{1,3,6} มีหลายการศึกษา^{2,5,6} ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นข้อดีของการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลสำหรับวาระสุดท้าย แต่อาจไม่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร จากอาจมีอุปสรรคการสื่อสารในครอบครัว เช่น การพูดถึงเรื่องความตายไม่ได้รับการยอมรับในสังคมไทยยังไม่ถึงเวลาที่ควรทำ และไม่ทราบวิธีเตรียมเอกสาร เป็นต้น¹⁻³ อีกทั้งเห็นว่าเวลาที่เหมาะสมในการทำคือในช่วงอายุ 60-70 ปี หรือเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง²

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าตนมีสิทธิได้รับข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา¹ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเพื่อประกอบการวางแผน รวมไปถึงทำการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ทั้งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์หรือเลือกเข้ามีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาได้อย่างเหมาะสม อาจไม่สามารถให้ความยินยอมหรือเข้าใจแผนการรักษา และไม่สามารถวางแผนการรักษาในอนาคตที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้^{1,3,7}

การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด^{6,8} พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าที่ตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล⁸ ดังนั้นหาก

**ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง**

อธิบายตามแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย⁹ ผู้ป่วยที่ปรับตัวด้านบทบาทการเป็นผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coping) จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางวางแผนการรักษามากขึ้น และแสดงเจตนาล่วงหน้า ในอนาคตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายหลังได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ^{9,10}

ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดีจะสามารถเชื่อมโยงความรู้ใหม่จากการได้รับข้อมูลกับประสบการณ์เดิม^{9,10} เกิดการเรียนรู้จากการเรียนรู้และการฝึกฝน การศึกษาก่อนหน้าหลายการศึกษา^{5-8,11,12} พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม กระบวนการดูแลสุขภาพ (Health engagement) หรือการวางแผนการรักษามีหลายหลาก เช่น เพศ อายุ ความรู้ ความเชื่อและเจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น เพศหญิงมีการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษามากกว่าเพศชาย⁸ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะวางแผนในการจัดการภาวะสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่ามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาสูงกว่า^{5,7}

ผู้ป่วยที่มีความเชื่อและเจตคติที่ดีกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนหรือบุคคลในครอบครัว จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษามากขึ้น^{12,13} ดังนั้น หากเสริมแรงจิตใจในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ⁸ อาจนำไปสู่ความเข้าใจในบทบาทด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และเพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพมากขึ้น¹² โดยร่วมตัดสินใจเลือกจัดการภาวะสุขภาพ หรือวางแผนล่วงหน้าในการรักษาอย่างเหมาะสมตามความต้องการและความพึงพอใจของตนกับทีมสุขภาพได้^{6,11}

ถึงแม้ว่าการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมาก

เพิ่มคุณภาพการดูแล รวมทั้งลดการได้รับการรักษาที่ไม่ตรงตามความต้องการ⁷ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังพบปัญหาของการได้รับข้อมูล ความเข้าใจ ความเชื่อ ลักษณะสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา หรือเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ² การศึกษาส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ⁸ ที่มีความแตกต่างของบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมที่เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองยังมีจำกัด ที่พบเป็นการศึกษาเชิงบรรยายในผู้สูงอายุเท่านั้น²

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล (Advance directive information package) ต่อการมีส่วนร่วมกระบวนการดูแลสุขภาพ (Health engagement) ที่เป็นการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าหรือไม่ อย่างไร ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาท (Role function) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายว่าจะช่วยให้มีการแสดงออกพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางวางแผนการรักษาหรือการแสดงเจตนาล่วงหน้า ที่ตนปรารถนาในอนาคตอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model)⁹ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้ รอยกล่าวว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีกระบวนการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า

(Input) กระบวนการควบคุม (Control process) สิ่งนำออก (Output) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback) ที่ทำงานสัมพันธ์กัน สิ่งนำเข้า หรือสิ่งเร้า (Stimuli) แบ่งเป็น สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญโดยตรงหรือมีอิทธิพลมากที่สุด ในขณะที่นั้น สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อสิ่งเร้าตรง และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่อาจยังไม่มีอิทธิพลให้เห็นแต่อาจมีในอนาคต^{9,10}

ส่วนกระบวนการควบคุมเป็นการทำงานประสานกันของ 2 ระบบย่อย คือ ระบบรู้คิด (Cognator subsystem) และระบบควบคุมทางสรีระ (Regulator subsystem) ผลจากการทำงานของระบบทั้งสองอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน⁹ คือ 1) ด้านสรีระ (Physiologic mode); 2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode); 3) ด้านบทบาท (Role function mode); และ 4) ด้านพึ่งพา (Independence mode)

ผลลัพธ์ของการปรับตัวอาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมทั้งสี่ด้าน หรือด้านใดด้านหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive response) สามารถรักษาสมดุลของระบบไว้ได้ หรืออาจเป็นพฤติกรรมจากการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) ก็ได้ โดยการตอบสนองที่เป็นพฤติกรรมหรือสิ่งนำออก (Output) จะมีกระบวนการย้อนกลับ (Feedback) สู่ระบบเป็น สิ่งนำเข้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมทำให้ระบบสมดุล¹⁴

ในการศึกษานี้ สิ่งนำเข้าที่เป็นสิ่งเร้าตรง คือ การได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา และสิ่งเร้าแฝง คือ ประสบการณ์โดยสิ่งช่วยส่งเสริมการปรับตัว (Mediator) คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล

ประกอบด้วย ตั้งเป้าหมาย ให้ความรู้โดยชุดข้อมูล การแสดงเจตนาล่วงหน้า รวบรวมข้อมูล เสริมแรง และให้ข้อมูลย้อนกลับ ที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพ

แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลแต่ละรายจะมีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาท แบ่งเป็น 3 ประเภท⁹ คือ 1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่ติดตัวมา เช่น หญิง/ชาย เป็นต้น; 2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทตามสังคม เช่น สามเณร/ภรรยา/บุตร เป็นต้น; และ 3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นมา/พิเศษ เช่น ผู้ป่วย เป็นต้น^{9,14}

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจเฉพาะผลลัพธ์ที่แสดงออกด้านบทบาทตติยภูมิในการเป็นผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หากปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะเข้าใจความเจ็บป่วยตามบทบาทตนเอง เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Health engagement) มากขึ้น ยอมรับหรือร่วมแสดงความคิดเห็น หรือเข้าร่วมวางแผนสุขภาพ เน้นการร่วมตัดสินใจเลือกแสดงเจตนาล่วงหน้าในการวางแผนการรักษา (Advance care plan)¹¹⁻¹⁴ และหากปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ อาจไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพ หรือไม่สามารถจัดการความเจ็บป่วย หรือเผชิญปัญหาได้ หรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาล่วงหน้าได้นั่นเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาแบบประคับประคอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพศชาย และหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษามะเร็งที่ศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเหมือนประชากร มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ สติสัมปชัญญะดี สามารถตัดสินใจได้เอง เข้าใจ อ่าน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ เคยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช อยู่ในภาวะที่มีความวิกฤตทางอารมณ์หรือซึมเศร้า โดยทำแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADS) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน¹⁶

เกณฑ์ยุติการศึกษา (Termination criteria) คือ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว มีสัญญาณชีพผิดปกติ มีภาวะวิกฤติ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเป็นอันตราย หรือแพทย์เจ้าของไข้แล้วเห็นสมควรให้ออกจากการศึกษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้การศึกษามีลักษณะใกล้เคียงกันของ Chiu, Wu และคณะ¹⁷ นำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 2.53 (ขนาดใหญ่) จึงกำหนด Effect size = 0.8 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 และการทดสอบสถิติแบบสองทาง เปิดตารางของโคเฮนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย ป้องกันการสูญหาย 20% คิดเป็นจำนวนกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 64 ราย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการติดต่อสื่อสารกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และการปนเปื้อนในการศึกษา (Contamination) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษามะเร็งในสถานที่เดียวกันที่มีมาตรฐานการรักษามะเร็งและการให้ความรู้พื้นฐานทางสุขภาพ (Health education) เช่นเดียวกันในขณะทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า มีขั้นตอน^{3,4,8,13,17} ดังนี้ 1) ตั้งเป้าหมายร่วมกัน,¹⁵ 2) ให้ความรู้โดยชุดข้อมูลการแสดงเจตนา (Advance directive information package) ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยเนื้อหา^{1,3,4,7} ดังนี้ ลิขสิทธิ์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ประโยชน์ในการทำหนังสือแสดงเจตนา บุคคลที่สามารถทำหนังสือแสดงเจตนา การแสดงความปรารถนาครั้งสุดท้าย

การเลือกบุคคลแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง การดูแลแบบประคับประคอง หนังสือแสดงเจตนาฯ และแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาฯ; 3) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาฯ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวางแผนการรักษาล่วงหน้าในอนาคต; 4) เสริมแรงจูงใจในการเข้าร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า¹⁵; และ 5) สรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ **เครื่องมือใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้**

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะโรค

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา (Patient Health Engagement Scale: PHE scale) พัฒนาตามแบบจำลองแนวคิดกระบวนการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ โดย Graffigna และคณะ¹¹ ในการศึกษาที่ใช้ฉบับภาษาไทยที่แปลย้อนกลับ (Back translation) โดย มณฑิรา คำห่อและคณะ¹⁸ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นระดับแบบ Likert 1-4 แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแบ่งค่าที่ได้เป็นระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 บุคคลจะยังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพได้; ระดับที่ 2 บุคคลเริ่มรู้สึกรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถจัดการหรือเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ; ระดับที่ 3 บุคคลปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แต่ยังไม่สามารถมีส่วนร่วมในการจัดการทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างยั่งยืน; และระดับที่ 4 ยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจ เข้าใจชีวิตและการเจ็บป่วยของตนได้อย่างดี ดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงแม้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับสุขภาพของตนเอง มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.76¹⁸

3. แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaitz (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ¹⁶ ใช้ประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พิสัยของคะแนนแต่ละส่วน 0-21 คะแนน แบ่งช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับ มีจุดตัดคะแนนที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่จะใช้แปลผลได้ตัวว่ามีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คะแนนรวมที่น้อยกว่า 11 คะแนน ในแต่ละกลุ่มอาการในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา โดย 11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวช (Cases) มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 100 และ 85.71 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 86 และ 91.3 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.86 และ 0.83 สำหรับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าตามลำดับ¹⁶

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ดังนี้

1) โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล และ 2) ชุดข้อมูลการดูแลเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำไปหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง นิติกรผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย สาธารณสุข และพยาบาลชำนาญการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง อย่างละ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่าน

โปรแกรมการให้ข้อมูลการดูแลเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล และชุดข้อมูลการดูแลเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล มีค่าความตรงตามเนื้อหา

**ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการสังเกตเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง**

(CVI) เท่ากับ 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ ภายหลังได้รับการรับรองโครงการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน นำไปทดลองใช้ (Clinical feasibility) กับผู้ป่วยที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยสามารถอ่านเข้าใจง่ายตรงกับเนื้อหาที่ต้องการสื่อ และค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแหล่งเก็บข้อมูล และแพทย์เจ้าของไข้ประจำหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการฝึกผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาล 1 คนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองและ/หรือหลักสูตรการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยประเมินการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเพื่อลดความลำเอียง (Bias) โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะไม่ทราบผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ทำการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADS) หากผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม 32 รายที่ได้รับการพยาบาลปกติให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสังเกตเจตนาล่วงหน้า ในผู้ป่วย 32 รายถัดมา

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและทางคลินิก ผู้ช่วยวิจัยประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนการเก็บข้อมูล (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา (PHE scale) จากนั้นผู้ป่วยได้รับความรู้ตามมาตรฐานหอผู้ป่วยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรักษาแบบประคับประคองด้วยเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวและให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หากผู้ป่วยมีข้อซักถามผู้วิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายข้อมูลตามมาตรฐานเท่านั้น และนัดหมายเพื่อทำการติดตามเมื่อมาตามนัดหลังแพทย์จำหน่าย 1 สัปดาห์ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว หากผู้ป่วยต้องการผู้วิจัยจะให้ความรู้ข้อมูลการสังเกตเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลด้วย

กลุ่มทดลอง ได้รับการประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนการเก็บข้อมูล (Pre-test) โดยผู้ช่วยผู้วิจัย ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา (PHE scale) จากนั้นได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสังเกตเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลโดยผู้วิจัยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ เริ่มจากผู้วิจัยทบทวนข้อมูลการสังเกตเจตนา ในหัวข้อที่ผู้ป่วยสนใจเป็นอันดับแรกเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางวางแผนการรักษา พร้อมทั้งเสริมแรง (Social-reinforcement) โดยอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมให้ชัดเจนมากขึ้น เสริมทัศนคติทางบวกและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับทำหนังสือสังเกตเจตนา รวมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ทำความเข้าใจร่วมกัน สรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Self-reflection) และเปิดโอกาสให้ซักถาม

จากนั้นนัดหมายเพื่อติดตามเมื่อมาตามนัดหลังแพทย์
จำหน่าย 1 สัปดาห์

หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มควบคุม
หรือกลุ่มทดลองมาตามนัด ผู้ช่วยวิจัยประเมินการมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลังการทดลอง
(Post-test) ด้วยแบบประเมินการมีส่วนร่วมฯ (PHE
scale) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ในแบบบันทึก จะ
ทำลายข้อมูลที่ขาดหายเกินร้อยละ 20 ที่ไม่นำมา
วิเคราะห์ ทำการเก็บข้อมูลทดแทนจนครบกลุ่มละ 32
ราย และนำผลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทาง
สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองโครงการจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. Si 524/2020) รวมทั้ง
ได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลและใช้แฟ้มประวัติผู้ป่วย
ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม
แนวทางการรักษาจริยบรรณนักวิจัยสำหรับงานวิจัย
ทางการแพทย์ รวมถึงทำการรักษาความลับของข้อมูล
ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่ระบุตัวผู้ป่วย ใช้การลงรหัสที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นแทน ข้อมูลถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์
ที่มีรหัสไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่จะรายงาน
ผลการวิจัยเป็นข้อมูลภาพรวม

สำหรับขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดเตรียม
สถานที่ให้เหมาะสมโดยใช้พื้นที่ที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว
ทั้งป้องกันความเสี่ยงอื่นและคำนึงถึงความปลอดภัย
ของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาเข้าร่วมการวิจัย ขณะทำการ
เก็บข้อมูลหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะ
หยุดเก็บข้อมูลทันทีให้การพยาบาลเบื้องต้น ประเมินซ้ำ
และถามความต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ หากผู้ป่วย
ต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา จะยุติการเข้าร่วม

การวิจัย นำผู้ป่วยออกจากการศึกษา และรายงานแพทย์
เจ้าของไข้ทราบ ไม่นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์และทำลายทั้ง
จากนั้นดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มาทดแทน
จนครบจำนวนที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ใช้สถิติ
เชิงบรรยายหาค่าแจกแจงความถี่ จำนวนและร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุ เพศ
ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะโรค
ทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่ามีการกระจาย
แบบปกติ จากนั้นทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้
สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่าง
ใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบ
ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทาง
คลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่างของ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อน
และหลังให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบคู่ (Paired t-test) ที่ระดับ
นัยสำคัญ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความแตกต่างของ
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลัง
ให้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดย
ใช้สถิติการทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)
ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ
32 ราย มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีมากที่สุด

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการสังเกตเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

รองลงมาคืออายุ 50–59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีระยะโรคอยู่ใน
ระยะที่ 3 มากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
พบว่าทุกข้อมูลไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=32) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n=32) จำนวน (%)	χ^2	p-value
อายุ			3.280	0.350 ^{NS}
30 – 39 ปี	3 (9.4)	0 (0)		
40 – 49 ปี	6 (18.8)	6 (18.8)		
50 – 59 ปี	7 (21.8)	9 (28.1)		
≥ 60 ปี	16 (50.0)	17 (53.1)		
เพศ			.064	1.000 ^{NS}
ชาย	13 (40.6)	14 (43.8)		
หญิง	19 (59.4)	18 (56.2)		
ศาสนา			.000	1.000 ^{NS}
พุทธ	31 (96.9)	31 (96.9)		
คริสต์	1 (3.1)	1 (3.1)		
สถานภาพ			.862	0.650 ^{NS}
โสด	9 (28.1)	12 (37.5)		
คู่	21 (65.6)	19 (59.4)		
หม้าย/หย่า	2 (6.3)	1 (3.1)		
ระดับการศึกษา			9.068	0.106 ^{NS}
ไม่ได้ศึกษา	6 (18.8)	5 (15.6)		
ประถมศึกษา	11 (34.4)	10 (31.3)		
มัธยมศึกษา	0 (0)	4 (12.5)		
ปวช/ปวส	7 (21.9)	4 (12.5)		
ปริญญาตรี	8 (25.0)	8 (25.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0)	1 (3.1)		
ระยะโรค			.071	1.000 ^{NS}
ระยะที่ 3	22 (68.8)	21 (65.6)		
ระยะที่ 4	10 (31.2)	11 (34.4)		

NS = Not significant

การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา

ระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน
การรักษาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับการมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาอยู่ในระดับ 2

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.4 และ 59.4 ตามลำดับ
ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการมี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาเพิ่มขึ้นอยู่ใน
ระดับ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.2 แต่กลุ่มควบคุม
ยังคงอยู่ในระดับ 2 มากที่สุดเช่นเดิม คิดเป็นร้อยละ
50 โดยไม่พบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน
การรักษาในระดับ 1 ในการศึกษาครั้งนี้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการมีส่วนร่วม	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		รวม (n=64)	
	ก่อนทดลอง จำนวน (%)	หลังทดลอง จำนวน (%)	ก่อนทดลอง จำนวน (%)	หลังทดลอง จำนวน (%)	ก่อนทดลอง จำนวน (%)	หลังทดลอง จำนวน (%)
ระดับที่ 1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ระดับที่ 2	21 (65.6)	3 (9.4)	19 (59.4)	16 (50.0)	40 (62.5)	19 (29.7)
ระดับที่ 3	10 (31.3)	11 (34.4)	13 (40.6)	13 (40.6)	23 (35.9)	24 (37.5)
ระดับที่ 4	1 (3.1)	18 (56.2)	0 (0)	3 (9.4)	1 (1.6)	21 (32.8)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 2.38$, $SD = .554$; $\bar{X} = 3.47$, $SD = .671$; $t = -7.568$; $p = .000$) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 2.41$, $SD = .499$; $\bar{X} = 2.59$, $SD = .665$; $t = -1.982$; $p = .056$) ดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน

การรักษาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อตอบสนองมาตรฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .813$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการรักษา	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				-7.568	.000*
ก่อนการทดลอง	32	2.38	.554		
หลังการทดลอง	32	3.47	.671		
กลุ่มควบคุม				1.982	.056
ก่อนการทดลอง	32	2.41	.499		
หลังการทดลอง	32	2.59	.665*		

$p < .001$

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนและหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการรักษา	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	2.38	.554	2.41	.499	-0.237	.813
หลังการทดลอง	3.47	.671	2.59	.665	5.237	.000**

p < .001

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคการสื่อสารในครอบครัว ที่เห็นว่าเป็นสิ่งไม่ดีในสังคมไทยสำหรับการแสดงเจตนาล่วงหน้า ว่ายังไม่ถึงเวลาที่ควรเขียน^{2,14} ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า มีเหตุผลในการทำจากระยะของโรคมากที่สุด รองลงมาเป็นจำนวนครั้งของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และประสบการณ์การเจ็บป่วยตามลำดับ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 90.63⁸ เห็นว่าควรมีการให้ข้อมูลเรื่องนี้ก่อนให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง

โปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล เป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวางแผนการรักษาเกี่ยวกับสุขภาพ และแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในอนาคต โดยไม่เพียงแต่หลักยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and family centered care) แต่ยังพิจารณาความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพร่วมด้วย^{7,15}

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษามีความสำคัญทั้งในผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผู้ให้การดูแลแบบประคับประคอง⁵⁻⁷ รวมไปถึงการดูแล

สุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวตามการรับรู้ด้านบทบาทของผู้ป่วย⁹ และความรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ^{11,12} ใช้การกำหนดเป้าหมายเป็นพื้นฐานความร่วมมือ ร่วมสร้างวิธีการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน และสร้างความพึงพอใจร่วมกันจากการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน^{7,8} การให้ข้อมูลและสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย และได้รับการรักษาที่ตรงกับความต้องการของตนมากที่สุด^{12,13}

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยสามารถอธิบายผลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนหน้านี้จากการทบทวนวรรณกรรมได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความตื่นตัวกับอาการผิดปกติ เป็นการปรับบทบาทโดยฉับพลัน อย่างไม่คาดคิด จึงยังไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานะสุขภาพใหม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยยังต้องการการดูแลในการจัดการและรับมือกับความเจ็บป่วย^{9,12}

แต่หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลองมีระดับ

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาเพิ่มมากขึ้นในระดับที่ 4 นั่นคือ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ความสามารถของตนเอง บูรณาการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น⁹ โดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างดี^{9,14} จึงแสดงออกถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจวางแผนการรักษาและจัดการเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Graffigna และคณะ^{11,19} พบว่าเมื่อผู้ป่วยทราบข้อมูลที่จำเพาะและถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน ตลอดจนทางเลือกในการรักษาที่เป็นประโยชน์ในอนาคต ส่งผลให้เพิ่มการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการรักษาพยาบาล¹² ทำให้ได้รับการรักษาที่เกิดประโยชน์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นทีมสุขภาพต้องเข้าใจถึงระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาที่ตรงกับความต้องการและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด⁷

การศึกษานี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่รับรู้หรือสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกนึกคิดถูกปิดกั้น มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพได้¹⁸ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้มาก่อนหน้าในระยะหนึ่งแล้ว อีกทั้งได้เริ่มการรักษาแบบประคับประคองมาแล้วทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตาม หากการปรับตัวในด้านบทบาทการเป็นผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลหรือความรู้ในระยะนี้ล้มเหลว จะทำให้การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย

ผิดพลาดไป เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพอย่างมากได้^{9,14}

อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองและการรักษามาบ้างแล้ว แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาที่อาจได้รับและผลการรักษาในอนาคตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยสำคัญที่เปลี่ยนแปลงชีวิตผู้ป่วย²¹ เริ่มจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยจะเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹⁴ ยังเกิดผลกระทบต่อการครอบครัวและเศรษฐกิจ^{20,21} โดยพบว่าผู้ป่วยก่อนการทดลองส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในระดับที่ 2 หมายถึงเริ่มมีความตระหนักและต้องการที่จะทำความเข้าใจและจัดการกับภาวะสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถรับรู้หรือจัดการกับโรคหรือการรักษาได้ โดยต้องเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ แต่ถ้าหากมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยในระยะนี้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวเริ่มต้นเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนสุขภาพและการรักษาล่วงหน้าได้^{9,11,12}

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาระดับที่ 3 และ 4 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิด มีการบูรณาการความรู้และประสบการณ์การเจ็บป่วยจากครั้งก่อน¹⁸ และแสดงออกด้วยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์และทีมสุขภาพ^{11,12} สามารถคิดวิเคราะห์ในการดูแลตนเองได้อย่างมีสติ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ถึงแม้จะเจ็บป่วย แต่ยังสามารถวางแผนการรักษาในอนาคตได้ด้วยตนเอง

**ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง**

ผลการศึกษาที่พบยังเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Graffigna และคณะ¹¹ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมา แตกต่างกันไป ตามอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด²¹ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาและจัดการสุขภาพของตน เพื่อเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่ง การเข้าไปมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาของผู้ป่วยในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมการปรับตัวด้านบทบาท ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ และร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้าได้^{12,15,18}

ยิ่งไปกว่านั้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เน้นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการรักษาเป็นแนวทางปฏิบัติเฉพาะสำหรับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ⁷ การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ย่อมทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามมา เป็นการส่งเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สร้างความพึงพอใจร่วมกัน กำหนดเป้าหมาย และร่วมสร้างวิธีการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน^{3,7,12}

บทบาทเป็นเสมือนหน้าที่ในสังคม ซึ่งแต่ละบทบาทเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บทบาทเป็นความคาดหวังของสังคมว่าบุคคลควรจะทำประพฤติดังหน้าที่ เพื่อดำรงตำแหน่งทางสังคมอย่างสมบูรณ์^{9,10} การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีหลายบทบาทหน้าที่ การเป็นผู้ป่วยเป็นบทบาทตติยภูมิ⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่ต้องปรับตัวอย่างมากภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค รับรู้

ตระหนักรู้ สร้างสรรค์ และบูรณาการผ่านระบบรู้คิดต่อสิ่งเร้าตรงที่มากกระทบและจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นผลจากการปรับตัวที่แสดงบทบาทเป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในอนาคตนั่นเอง^{9,10,14}

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว โดยเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาในอนาคต นอกจากการให้ข้อมูลแล้ว การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมแรงโดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ให้กำลังใจ สร้างเสริมทัศนคติในทางบวก และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับทำหน้าที่แสดงเจตนาฯ การสร้างแรงจูงใจโดยการให้กำลังใจและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถดำเนินบทบาทได้ดีนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางวางแผนการรักษาในอนาคตของผู้ป่วยที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าที่อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการปรับตัวด้านบทบาทตติยภูมิของการเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

2. โรงพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง สามารถนำขั้นตอนและโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลในการศึกษานี้ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้าของแต่ละบุคคล ทำให้สามารถปรับตัว

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางวางแผนการรักษาและการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เหมาะสมกับตนเองเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ศุภการ เตชสอนันต์ ที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงร่างวิจัยและคำปรึกษาที่มีคุณค่าอย่างมาก แพทย์หญิงประภามภรณ์ จันทร์ทอง คุณประสพโชค อยู่สำราญ คุณศรีอรุณ ณะรัชติการนนท์ คุณบุษบา คล้ายมุข และคุณวราทิพย์ ทองเดช ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างมาก คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

References

- Boonchalermvipas S. End of patients' life: a medical fact with legal limits. Public Health & Health Laws Journal. 2015;1(3):241-53. (In Thai)
- Pimsen A, Wirojratana V, Jitramontree N. Community-dwelling older adults' attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, and intention to make living wills. Thai Journal of Nursing Council. 2019;34(1):74-87. (In Thai)
- Sedini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. Aging Clin Exp Res. 2022;34(2):325-30. doi:10.1007/s40520-021-02001-y.
- Kizawa Y, Yamaguchi T, Yotani N. Advance care planning in cancer care. Gan To Kagaku Ryoho. 2016;43(3):277-80.
- Rosenblum AM, Chasen MR. Palliative Care: Who is Responsible? J Natl Compr Canc Netw. 2018;16(6):791-2. doi:10.6004/jnccn.2018.7047.
- Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin. 2018;68(5):356-76. doi:10.3322/caac.21490.
- World Health Organization. Global atlas of palliative care. (2nd ed). London, UK: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020.
- McDonald JC, DuManoir JM, Kevork N, Le LW, Zimmermann C. Advance directives in patients with advanced cancer receiving active treatment: attitudes, prevalence, and barriers. Support Care Cancer. 2017;25(2):523-31.
- Roy C. The Roy adaptation model. (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2009.
- Roy C, Bakan G, Li Z, Nguyen TH. Coping measurement: creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. Appl Nurs Res. 2016;32:73-9.
- Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. Front Psychol. 2015;6:274. doi:10.3389/fpsyg.2015.00274.
- Graffigna G, Barelo S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. Patient Prefer Adherence. 2018;12:1261-71. doi:10.2147/PPA.S145646.
- Gazarian PK, Cronin J, Dalto JL, Baker KM, Friel BJ, Bruce-Baiden W, et al. A systematic evaluation of advance care planning patient educational resources. Geriatr Nurs. 2019;40(2):174-80. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.09.011.

**ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจวางแผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง**

14. Immanee S, Chanruangvanich W, Chayaput P, Itthimatin P. Predictors of distress in family caregivers of neurosurgery patients during palliative care. Thai Journal of Nursing Council. 2020;35(4):54-69. (In Thai)
15. Creer T. Self-management of chronic illness: handbook of self-regulation. San Diego, CA: Elsevier, 2000.
16. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 1996;41(1): 18-30. (In Thai)
17. Chiuwu C-H, Peng S-J, Shi C-K, Lai H-L. Advance care planning and advance directives: a multimedia education program in community-dwelling older adults. J Appl Gerontol. 2020;39(8):811-9. doi: 10.1177/0733464819831596.
18. Khamho M, Wanitkun N, Danaidutsadeekul S, Thephamongkhon K. Predictive model of quality of life in patients with head and neck cancer after radiotherapy. Nursing Science Journal of Thailand. 2018;36(2): 54-66. (In Thai)
19. Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Menichetti J. The motivating function of healthcare professional in eHealth and mHealth interventions for Type 2 Diabetes patients and the mediating role of patient engagement. J Diabetes Res. 2016;2016:2974521. doi:10.1155/2016/2974521.
20. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatr. 2018;18(1):220. doi:10.1186/s12877-018-0914-0.
21. Elshamy K. Cultural and ethical challenges in providing palliative care for cancer patients at the end-of-life. Palliat Med Hosp Care Open J. 2017;SE(1):S75-84. doi:10.17140/PMHCOJ-SE-1-116.