

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*

The Intention to Engage in Advanced Care Planning among Patients with Heart Failure*

สุชนารีย์ อุ่นคำ** Yeowarat Matchim***

Suchanaree Aunkum** Yaowarat Matchim***

เรือนขวัญ กัณห์สิงห์**** ธัญญารัตน์ บุญไทย*****

Ruankwan Kanhasing**** Thanyarat Boontoit*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และศึกษาความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับระดับความรุนแรงของโรค ประสพการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสพการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้ส่วนหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen แนวคิดการวางแผนล่วงหน้าและการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 196 ราย ซึ่งเป็นผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 5 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจ

Received: May 7, 2024

Revised: August 26, 2024

Accepted: September 20, 2024

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* Master's Thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University.

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. E-mail: ploysuchanaree1402@gmail.com

** A Student of Master of Nursing Science Program in Adult and Older Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. E-mail: ploysuchanaree1402@gmail.com

*** Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. E-mail: yaowarat.m@gmail.com

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. E-mail: yaowarat.m@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. E-mail: kalapakos.007@gmail.com

**** Associate Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. E-mail: kalapakos.007@gmail.com

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. E-mail: thanyarat@nurse.tu.ac.th

***** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. E-mail: thanyarat@nurse.tu.ac.th

ล้มเหลว 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.32 ปี (SD = 14.09) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.55 (n = 103) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 (n = 98) มีโรคร่วม ร้อยละ 98.98 (n = 194) มีระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class II ร้อยละ 58.16 (n = 114) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ร้อยละ 74.49 (n = 146) ไม่มีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 76.02 (n = 149) และมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.29, SD = 0.94) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และมีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกัน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการคัดกรอง และประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้ครอบคลุมทุกระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class II-IV ด้วยสัดส่วนที่เท่ากัน

คำสำคัญ: ความตั้งใจ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน

Abstract

This study aimed to 1) examine the intention to engage in advanced care planning, and 2) examine the differences in the intention to engage in advanced care planning among patients with heart failure, based on the New York Heart Association [NYHA] functional class, experience in caring for family members with terminal illnesses, and experience with perceived advanced care planning. A part of Ajzen's theory of planned behavior, the concept of advanced care planning, and a literature review were used as a research framework. 196 participants with heart failure from outpatient departments of five tertiary hospitals in the Public Health Region 4, Thailand, were recruited based on the inclusion criteria: Simple random sampling was used to select participants who met the inclusion criteria. Instruments used for collecting data included 1) a demographic data form and 2) the Intentions for Advanced Care Planning Questionnaire [I-ACPO]. Five experts validated the I-ACPO, and the content validity index (CVI) was 1. The reliability of the instrument was tested among 30 patients with heart failure, and Cronbach's alpha was found to be 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-squared statistics.

This study revealed that the average age of the participants was 60.32 years (SD = 14.09). Most of the participants were male 52.55% (n = 103), 50% (n = 98) had graduated from primary school, 98.98% (n = 194) had co-morbidity, 58.16 (n = 114) had NYHA functional class II, 74.49% (n = 146) had no experience in caring for family members with terminal

illnesses, 76.02% (n = 149) had no experience with perceived advanced care planning, and the intentions to engage in advanced care planning were at a moderate level (mean = 3.29, SD = 0.94). The participants with a different NYHA functional class showed no significant difference in the intention to engage in advance care planning. In contrast, different experiences in caring for family members with terminal illnesses and different experiences with perceived advanced care planning revealed statistically significant differences in the intention to engage in advanced care planning (p < .01)

Future studies should assess the intention to engage in advanced care planning among patients with heart failure with NYHA Functional Class II-IV, with an equal ratio in each class.

Keywords: intention, advance care planning, heart failure, theory of planned behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวถึง 64.3 ล้านคน^{1,2} สำหรับประเทศไทยรายงานอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวรวมอยู่ในสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.56 ต่อจำนวนประชากรทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 6.42 ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ในเขตสุขภาพที่ 4 ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 0.85 ต่อจำนวนประชากรทั้งหมด และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.84 ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{3,4}

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อส่วนปลาย⁵ ภายหลังการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี⁶ เนื่องจากวิธีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนคือ ระยะสงบสลับกับระยะวิกฤต อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของโรคตามหลักของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) functional class II, III และ IV อยู่ที่ร้อยละ 5-10 10-15 และ 30-40 ตามลำดับ⁷ ปัจจุบันแนวปฏิบัติทางคลินิกแนะนำให้แพทย์โรคหัวใจสนทนากับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกระยะของการดำเนินโรค^{8,9} เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้วางแผนการรักษาในอนาคต รวมถึงได้รับการดูแลที่สอดคล้องตามความปรารถนาของตนเอง

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพซึ่งทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ หรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยเป็นการสนทนาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยจัดทำเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าด้วยตนเอง ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการวางแผนจัดการชีวิต และร่างกายของตนเอง นอกจากนี้ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้รับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย

ในวาระท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย¹⁰ องค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ 1) สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ (patient preference) 2) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงระยะท้าย (advance decisions) และ 3) การเลือกบุคคลใกล้ชิดทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (proxy nomination)^{11,12}

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำได้ในผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ป่วยด้วยโรคคุกคามกับชีวิต และผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันที่ไม่คาดคิด¹³ อย่างไรก็ตามแม้มีกฎหมายรองรับแต่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มักเริ่มสนทนาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง หรือมีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ NYHA functional class III¹⁴ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการหอบเหนื่อย แม้กระทำการกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก หรือในขณะพัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกระทำการกิจกรรมประจำวัน และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องได้รับตัดสินใจทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ทำให้การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว¹⁵ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งจากความเห็นไม่ตรงกัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้วางแผนการรักษาในอนาคตของตนเองก่อนหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือ การมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁶

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประยุกต์มาจากส่วนหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen¹⁶ และแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁰ หมายถึง การรับรู้ความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วมกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งประกอบด้วย การสนทนาเกี่ยวกับการเลือกการรักษาในอนาคต การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแล และการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ครอบครัวและทีมสุขภาพทราบถึงความต้องการในการดูแล ลดความขัดแย้งในการตัดสินใจแทนกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด การศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผ่านมาในบริบทต่างประเทศ พบการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป ครอบครัวของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ¹⁷⁻¹⁹ ซึ่งให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในการเลือกการรักษา แต่แตกต่างจากบริบทในประเทศไทยเนื่องจากญาติหรือคนใกล้ชิดมีผลต่อการตัดสินใจเรื่องการรักษา²⁰ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเพียงการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระท้ายของชีวิต²¹⁻²³ และความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการได้รับการดูแลจริงในวาระท้าย²⁴ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายซึ่งมีความแตกต่างกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งไม่สามารถบอกระยะเวลาที่มีชีวิตเหลืออยู่ได้แน่ชัด

หากพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคตามหลักของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก [New York Heart Association [NYHA] functional class] ซึ่งเป็นการแสดงถึงความก้าวหน้าของการดำเนินโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรม แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ NYHA functional class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม NYHA functional class II ทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย NYHA functional class III มีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อกระทำการกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก และ NYHA functional class IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแม้ขณะพัก จากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เริ่มสนทนาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ NYHA functional class III¹⁴ และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของโรค NYHA

functional class IV มีอัตราการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่าระดับ NYHA functional class I-III เนื่องจากมีความเสี่ยงในการเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนสูงกว่าระดับอื่น ๆ และความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมพื้นฐานได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า²⁵ อย่างไรก็ตามในบริบทประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 มีทีมประคับประคองให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม เพื่อจัดการปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยดังกล่าวในทุกมิติ รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาประคับประคองของประเทศไทย (service plan palliative care)²⁶ อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวนผู้ป่วยซึ่งได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 41.64 และพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย รวมทั้งยังเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น²⁷ จะเห็นได้ว่า ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตบริการสุขภาพที่ 4 นี้ยังคงมีข้อมูลอย่างจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายมีผลต่อการวางแผนการดูแลรักษา เนื่องจากทำให้บุคคลได้คิดทบทวนถึงการรักษาที่ตนปรารถนาในระยะท้าย²⁸ และประสบการณ์ดูแลญาติในวาระท้ายส่งผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตซึ่งหมายถึงเอกสารเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาในอนาคต²⁹ อีกทั้งประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น คู่มือมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย สมุดเบาใจซึ่งเป็นเอกสารส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ระบบ Line OA ของชีวามิตร ซึ่งเป็นระบบจัดทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าแบบออนไลน์ และวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากกลุ่ม Peaceful Death¹⁰ ช่วยให้บุคคลมีข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ ทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทำให้สามารถกำหนดแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตมาก่อนมีอัตราการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 100²⁰ อย่างไรก็ตามพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังคงเป็นเรื่องใหม่ในบริบทประเทศไทย อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และศึกษาความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อนำผลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแผนการพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยประยุกต์ใช้ส่วนหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (theory of planned behavior) ของ Ajzen¹⁶ ร่วมกับแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า¹⁰ ซึ่งความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การรับรู้ความเป็นไปได้ที่จะสนทนาก่อนเกี่ยวกับการเลือกรับการรักษาในอนาคต การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแล และการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษา นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันอาจมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกัน^{20,25,28,29}

คำถามการวิจัย

1. ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันจะมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

สมมติฐาน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันจะมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 จากการสุ่มแบบง่ายและไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จำนวน 4 จังหวัด 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท และโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของเครซี และมอร์แกน³⁰
$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p(1-p)}$$
 เมื่อ n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง; N = จำนวนประชากร; e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ยอมรับได้ x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$) p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{3.841(400)(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(400-1) + 3.841(0.5)(1-0.5)} = \frac{384.1}{1.95775} = 196 \text{ ราย}$$

เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 6 เดือน 2) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ 3) ระดับความรุนแรงของโรคตามหลักของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (The New York Heart Association [NYHA]), functional class II-IV 4) รู้สึกตัวดี เข้าใจและสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด จำนวน 14 โรงพยาบาล จำแนกโรงพยาบาลเป็น 3 กลุ่มตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ 1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับตติยภูมิทั่วไป 9 แห่ง 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์ 3 แห่ง และ 3) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 2 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิและไม่ใส่คืน (stratified random sampling without replacement) อัตราส่วน 3:1:1 ตามลำดับ ได้โรงพยาบาลในการศึกษาทั้งหมด 5 แห่ง คือ 1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับตติยภูมิทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี และ 3) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดสัดส่วนของประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (proportionate stratified random sampling) ทั้ง 5 โรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน³¹ ได้จำนวนทั้งสิ้น 196 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อโรงพยาบาล	ประชากร (ราย)	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
โรงพยาบาลพระพุทธบาท	67	33
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	69	33
โรงพยาบาลอินทร์บุรี	61	30
โรงพยาบาลสระบุรี	97	48
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	106	52
รวม	400	196

ขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ในแต่ละแห่ง จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายและไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรคตามหลักของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (The New York Heart Association [NYHA]) ซึ่งเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ NYHA functional class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้) NYHA functional class II ทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย NYHA functional class III มีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อกระทำการกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก และ NYHA functional class IV มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแม้ขณะพัก ประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสิทธิภาพการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พัฒนาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen¹⁶ และแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก Cheng et al.³² ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแปลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ด้วยวิธี Forward translation จากภาษาตั้งเดิม (source language) เป็นภาษาเป้าหมาย (target language) โดยยึดความเท่าเทียมกันระหว่างสองภาษา คำนึงถึงความหมายที่ถูกต้องและเป็นภาษาที่ใช้กันทั่วไปในชีวิตประจำวัน³³ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัวหรือเพื่อน 3) ความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 4) ความตั้งใจที่จะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษา 5) ความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต และ 6) ความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับ/ไม่รับการดูแลเมื่อถึงระยะท้ายผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ไม่น่าเป็นไปได้มาก คือ 1 คะแนน ไม่น่าเป็นไปได้ คือ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ คือ 3 คะแนน เป็นไปได้ คือ 4 คะแนน และเป็นไปได้มาก คือ 5 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยใช้วิธีการคำนวณหาอันตรภาคชั้นของ ประคอง กรรณสูตร³⁴ ด้วยการใช้ค่าพิสัยซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ดังนี้

3.67 - 5.00 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง
2.34 - 3.66 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง
1.00 - 2.33 คะแนน	หมายถึง	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า

เท่ากับ 1 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่หนังสือ SRBR66-057 อนุมัติเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ครอบคลุมโรงพยาบาลสระบุรี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัส 66NU156 อนุมัติเมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2567 ครอบคลุมโรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลอินทร์บุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และดำเนินการดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกอายุรกรรมทั่วไป ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 07.00-16.00 น. ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากพยาบาลหัวหน้าแผนกของแต่ละโรงพยาบาลช่วยประชาสัมพันธ์ เพื่อแนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นในระหว่างที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรอพบแพทย์ตามนัด

2. คัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายและไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ด้วยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อที่มาตรวจตามนัดในแต่ละวัน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขณะที่รอพบแพทย์ เพื่อแนะนำโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเบื้องต้นหากมีความสนใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยจึงชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อไป

3. ประสานกับพยาบาลในคลินิกก่อนนำกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย และนำไปอยู่ในห้องตรวจที่ว่างหรือมุมใดมุมหนึ่งของคลินิกที่มีความเงียบสงบและเป็นส่วนตัวมากที่สุด จากนั้นแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามไว้เป็นหลักฐานในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. อ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อและกรอกข้อมูลตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบลงในแบบสอบถาม ระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้คอยเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึง

ลำดับในการตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อความเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Version 29 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นตัวแปรนามบัญญัติ (nominal scale) และข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจาก Kolmogorov-Smirnov test มีค่า $p < .01$ จึงใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square statistics)

ผลงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 196 ราย มีอายุเฉลี่ย 60.32 ปี (SD = 14.09) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40-60 ปี ร้อยละ 42.35 (n = 78) เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.55 (n = 103) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 (n = 98) มีโรคร่วม ร้อยละ 98.98 (n = 194) มีระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class II ซึ่งแสดงถึงการทำการกิจกรรมได้ปกติ โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 58.16 (n = 114) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ร้อยละ 74.49 (n = 146) และไม่มีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 76.02 (n = 149) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 196)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 60.32, SD = 14.09)		
23 - 40 ปี	18	9.18
มากกว่า 40 - 60 ปี	83	42.35
มากกว่า 60 - 70 ปี	46	23.47
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	49	25.00
เพศ		
ชาย	103	52.55
หญิง	93	47.45
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	2.04

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 196)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	98	50.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	15.31
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	9.18
อนุปริญญา	22	11.22
ปริญญาตรีขึ้นไป	24	12.25
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	2	1.02
มีโรคร่วม*	194	98.98
โรคความดันโลหิตสูง	136	69.39
โรคไขมันในเลือดสูง	101	51.53
โรคเบาหวาน	79	40.31
โรคไต	33	16.84
ระดับความรุนแรงของโรค		
NYHA functional class II	114	58.16
NYHA functional class III	78	39.80
NYHA functional class IV	4	2.04
ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย		
มีประสบการณ์	50	25.51
ไม่มีประสบการณ์	146	74.49
ประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
มีประสบการณ์	47	23.98
ไม่มีประสบการณ์	149	76.02

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวมเท่ากับ 3.29 (SD = 0.94) และอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.37 (SD = 0.95) ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัวหรือเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.29 (SD = 0.99) ความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.16 (SD = 1.15) ซึ่ง 3 ข้อดังกล่าวอยู่ในระดับสูง สำหรับความตั้งใจที่จะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 (SD = 1.34) และอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.31 (SD = 1.31) และความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาโดยผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.28 (SD = 1.33) ซึ่ง 2 ข้อดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามรายชื่อและภาพรวม (n = 196)

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Mean (SD)	ระดับ
1. จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพ	4.37 (0.95)	สูง
2. จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัวหรือเพื่อน	4.29 (0.99)	สูง
3. จะมีส่วนร่วมในกระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	4.16 (1.15)	สูง
4. ทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษา	2.34 (1.34)	ปานกลาง
5. ทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต	2.31 (1.31)	ต่ำ
6. ทำหนังสือแสดงเจตนาในการรับ/ไม่รับการดูแลเมื่อถึงระยะท้ายผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	2.28 (1.33)	ต่ำ
ภาพรวม	3.29 (0.94)	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับระดับความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสิทธิภาพการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีความรุนแรงของโรค ระดับ NYHA functional class II ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.25) และกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีความรุนแรงของโรคระดับสูงกว่า NYHA functional class II ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.54) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = 2.034$, $p > .05$) กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง (ร้อยละ 54.00) และกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.54) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า การมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกันมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 19.870$, $p < .01$) และกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับสูง (ร้อยละ 46.81) และกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่มีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.03) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า และการมีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.946$, $p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่างความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กับระดับความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสิทธิภาพการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square statistics) (n = 196)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า			χ^2	p-value
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ระดับความรุนแรงของโรค					
NYHA functional class II	22 (19.30)	55 (48.25)	37 (32.45)	2.034	.362
สูงกว่า NYHA functional class II	13 (15.85)	48 (58.54)	21 (25.61)		
ประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย					
มีประสิทธิภาพ ^า	4 (8.00)	19 (38.00)	27 (54.00)	19.870	<.001*
ไม่มีประสิทธิภาพ ^า	31 (21.23)	84 (57.54)	31 (21.23)		
ประสิทธิภาพการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
มีประสิทธิภาพ	4 (8.51)	21 (44.68)	22 (46.81)	9.946	.007*
ไม่มีประสิทธิภาพ ^า	31 (20.81)	82 (55.03)	36 (24.16)		

* p < .01

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวม เท่ากับ 3.29 (SD = 0.94) และแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.37 (SD = 0.95) ความตั้งใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับครอบครัว หรือเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.29 (SD = 0.99) และความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.16 (SD = 1.15) ทั้ง 3 ข้อดังกล่าวเป็นการรับรู้ความเป็นไปได้ เกี่ยวกับการวางแผนการรักษาซึ่งเป็นการตัดสินใจเฉพาะบุคคลและแปลผลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเมื่อเกิด การเจ็บป่วยบุคลากรทางสุขภาพเป็นบุคคลซึ่งให้การดูแลและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมทั้งเป็นผู้ที่ สื่อสารแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยรับทราบ จึงเกิดความเชื่อใจและไว้วางใจที่จะปรึกษาแนวทางการรักษา ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Gordon และคณะ³⁵ซึ่งพบว่า ในสังคมไทยผู้ป่วยและครอบครัวส่วน ใหญ่ให้ความไว้วางใจบุคลากรทางสุขภาพว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถย่อมเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่ดี และมีประสิทธิภาพมากที่สุด²⁸ และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่เคยสนทนาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความต้องการที่จะสนทนาเรื่องดังกล่าวร่วมกับแพทย์ถึงร้อยละ 59.6 อีกทั้งครอบครัว ยังเป็นศูนย์กลางการดูแลที่สำคัญของผู้ป่วย เนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิด เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต³⁶ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมใน กระบวนการวางแผนการรักษาจะทำให้บุคคลเข้าใจเหตุผลและวิธีการรักษา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้น และเป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้เลือกการรักษาตามความปรารถนาของตนเองตามคำประกาศสิทธิ

และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยที่กล่าวว่า บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา³⁷

อย่างไรก็ตามพบว่า ความตั้งใจที่จะทำหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการเลือกการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 (SD = 1.34) ความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.31 (SD = 1.31) และความตั้งใจที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาโดยผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.28 (SD = 1.33) ทั้ง 3 ข้อดังกล่าวเป็นการรับรู้ความเป็นไปได้ในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งเกี่ยวข้องกับกฎหมายในมาตราที่ 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแปลผลความตั้งใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติฯ โดยมีการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่ามีข้อกฎหมายเกี่ยวกับพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว เข้าใจว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นเรื่องของการการุณยฆาต และกังวลว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ จะทำให้ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้ง³⁸ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) และเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 48.47) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติฯ เท่าที่ควร เนื่องจากเป็นเรื่องเข้าใจยาก และระดับการศึกษาที่สูงจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองมากกว่า³⁹ รวมถึงมีการศึกษาความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากขาดความคุ้นเคยและการรับรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา⁴⁰

ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al.¹⁷ ที่ทำการศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 226 ราย ซึ่งมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.25, SD = 0.57) ทั้งนี้เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศใช้กฎหมาย The Patient Self-Determination Act ในปี พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชนเพื่อให้ทราบถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในการกำหนดวิธีการรักษาที่ต้องการหรือไม่ต้องการในภาวะที่ไม่สามารถแสดงเจตนา⁴¹ ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร รับรู้ถึงประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างดี ในขณะที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตราที่ 12 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งช้ากว่าสหรัฐอเมริกาประมาณ 17 ปี และในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำและเผยแพร่คู่มือมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย เพื่อเป็นการรณรงค์ ส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพรวมถึงประชาชนได้รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ด้วยเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มขึ้น แต่อาจไม่เท่าประเทศในแถบตะวันตก

สมมติฐานระบุว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = 2.034$, $p > .05$) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอก พบว่าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรค ระดับ NYHA functional

class II ร้อยละ 58.16 (n = 114) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุดและไม่แสดงอาการหายใจหอบเหนื่อย ดังนั้นจึงรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.25) อีกทั้งพบว่าการเจ็บป่วยที่ไม่อยู่ในระดับรุนแรง เป็นอุปสรรคหนึ่งในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁴² และส่วนใหญ่มองว่าควรเริ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคาม เช่น โรคเมร็งระยะท้ายหรือใกล้เสียชีวิตแล้วเท่านั้น⁴³ อย่างไรก็ตามแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค ระดับสูงกว่า NYHA functional class II จะมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมประจำวัน โดยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อกระทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก หรือบางรายอาจมีอาการในขณะพัก แต่พบว่าความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ร้อยละ 58.54) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค ระดับสูงสุด NYHA functional class IV มีเพียงร้อยละ 2.04 เท่านั้น (n = 4) ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยแม้อยู่ในขณะพักและได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น จึงเกิดความตระหนักในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่ากลุ่มอื่น²⁵ และโรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.39) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 51.53) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 40.31) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ด้วยการรักษา การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไปแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเมร็งที่มีความรุนแรงและความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิตเมื่อการดำเนินของโรคมารถึงระยะท้าย การรักษาจึงมีความหลากหลายและซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการวางแผนการรักษาที่ชัดเจน

กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายที่แตกต่างกัน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 19.870$, $p < .01$) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยระยะท้าย (n = 50) ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.00) ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยระยะท้าย (n = 146) ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.54) ทั้งนี้การมีประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้บุคคลเห็นถึงความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และการเผชิญสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินของบุคคลในครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ตระหนักถึงความจำเป็นในการวางแผนการดูแลอย่างรอบคอบ และมีการเตรียมการล่วงหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าจะได้รับการรักษาที่ตรงตามความปรารถนามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายมีผลต่อการวางแผนการดูแลรักษา เนื่องจากทำให้บุคคลได้ทราบถึงประโยชน์ของการทำเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้า และคิดทบทวนถึงการดูแลรักษาที่ตนปรารถนาในระยะท้าย²⁸ และประสบการณ์ในการดูแลญาติในวาระท้ายส่งผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากทำให้บุคคลเข้าใจตัวโรคและการรักษาในวาระท้าย อีกทั้งอาจเคยลำบากใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิต²⁹

กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกันมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.946$, $p < .01$) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีประสบการณ์การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (n = 47) ส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.81) ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์

การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (n = 149) ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.03) อาจเนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่าน ช่องทางการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีข้อมูลความรู้ รับรู้ถึงประโยชน์ และความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยได้ยินหรือรู้จักกิจกรรมชีวิตมีอัตราการ ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าหากมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เห็นถึง ประโยชน์ของการทำพินัยกรรมชีวิตก็จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิต²⁰

สรุป

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกการรักษาในอนาคตกับบุคลากรทางสุขภาพ และครอบครัวหรือเพื่อน อย่างไรก็ตามความตั้งใจที่จะทำหน้าที่สื่อแสดงเจตนาล่วงหน้าพบว่ายังอยู่ในระดับต่ำ อาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติฯ นอกจากนี้กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย และมีประสบการณ์ การรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงกว่ากลุ่ม ที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีระดับ ความรุนแรงของโรค NYHA functional class II

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. นำไปใช้ในการคัดกรองความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโครงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรง ของโรค NYHA functional class II-IV ได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้มี จำนวนเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำตัวแปรของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ ทักษะติดต่อพฤติกรรม การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาศึกษาในเชิงความสัมพันธ์และ ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ควรกำหนดสัดส่วนขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้ใกล้เคียงกันในทุกระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class II-IV

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความเมตตากรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ และบุคลากรทางทีมสุขภาพที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ รวมถึงขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Eur J Heart Fail 2020;22(8):1342-56. doi.10.1002/ejhf.1858.
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovasc Res 2023;118(17):3272-87 doi.10.1093/cvr/cvac013.
3. Health Data Center, Ministry of Public Health. Rate of cardiovascular diseases per population 2566 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 18]. Available from: <https://bit.ly/3OAauoD> (in Thai)
4. Health Data Center, Ministry of Public Health. Number of patients dying from cardiovascular disease 2566 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 18]. Available from: <https://bit.ly/3Zhyce3> (in Thai)
5. Xanthopoulos A, Butler J, Parissis J, Polyzogopoulou E, Skoularigis J, Triposkiadis F. Acutely decompensated versus acute heart failure: two different entities. Heart Fail Rev 2020;25(6):907-16. doi.10.1007/s10741-019-09894-y.
6. Nichols GA, Reynolds K, Kimes TM, Rosales AG, Chan WW. Comparison of risk of re-hospitalization, all-cause mortality, and medical care resource utilization in patients with heart failure and preserved versus reduced ejection fraction. Am J Cardiol 2015;116(7):1088-92. doi.10.1016/j.amjcard.2015.07.018.
7. Reisfield GM, Wilson GR. Prognostication in heart failure [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 6]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/prognostication-in-heart-failure/>
8. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. Eur J Heart Fail 2020;22(12):2327-39. doi.10.1002/ejhf.1994.
9. Tsutsui H, Isobe M, Ito H, Okumura K, Ono M, Kitakaze M, et al. JCS 2017/JHFS 2017 guideline on diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure-digest version. Circ J 2019;83(10):2084-184. doi.10.1253/circj.CJ-19-0342.
10. National Health Commission Office. Thai standards for advance care planning. Bangkok: Pimsiri; 2022. (in Thai)

11. Tipkanjanaraykha K, Saleekul S, Apisitwasana N, Thiammok M. Advanced care planning for peaceful death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(3):138-45. (in Thai)
12. Phunggrassami T. Advance care plan [Internet]. 2011 [cited 2024 Apr 18]. Available from: <http://budnet.org/sunset/node/213> (in Thai)
13. Department of Medical Services. Handbook for palliative and end-of-life care. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
14. Kim J, Kim S, Shin M-S, Jin JO, Kim Y, Lee M-O. A context-oriented communication algorithm for advance care planning: a model to assist palliative care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2018;33(5):446-52. doi:10.1097/JCN.0000000000000396.
15. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Eng J Med* 2010;362(13):1211-8. doi. 10.1056/NEJMs0907901.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50(2):179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T.
17. Hong M, Casado BL, Lee SE. The intention to discuss advance care planning in the context of Alzheimer's disease among Korean Americans. *Gerontologist* 2019;59(2):347-55. doi:10.1093/geront/gnx211.
18. Ke L-S, Cheng H-C, Ku Y-C, Lee M-J, Chang S-Y, Huang H-Y, et al. Older adults' behavioral intentions toward advance care planning based on theory of reasoned action. *J Hosp Palliat Nurs* 2022;24(6):E294-300. doi. 10.1097/NJH.0000000000000907.
19. Takeshita Y, Kaneko F, Okamura H. Factors associated with facilitating advance care planning based on the theory of planned behaviour. *Jpn J Clin Oncol* 2021;51(6):942-9. doi. 10.1093/jjco/hyab038.
20. Phurithummachote P. Attitudes towards living wills and factors affecting living wills writing decisions of Borabue hospital' Patients. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office* 2017;1(1):39-50. (in Thai)
21. Sritharathikun P, Nethipoomkun S. Impact of advance care planning on the end-of-life care in maesot palliative care clinic, Tak Province, Thailand. *PCFM* 2021;4(1):97-111. (in Thai)
22. Prommarat C. Effects of advanced care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2023;30(1):1-13. (in Thai)
23. Boonmorakot P, Chunuan S. Palliative care to cancer patients: the effects of a systematic advance care planning on the refusal of end of life-sustaining treatment. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2022;9(1):270-82. (in Thai)

24. Soontaranurak T. A study of the relationship of advance care planning with actual end of life care in patients receiving palliative care, Pathum Thani Hospital. *Journal of Medical and Public Health Region 4* 2024;14(1):150-8. (in Thai)
25. Cavanagh CE, Rosman L, Chui P, Minges K, Desai NR, Goodlin S, et al. Advance care planning and end-of-life education in heart failure: insights from the NCDR pinnacle registry. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2023;16(1):74-6. doi. 10.1161/CIRCOUTCOMES.122.008989.
26. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(1):26-34. (in Thai)
27. Health Data Center, Ministry of Public Health. Percentage of palliative care for end-of-life patients with family meeting and Advance Care Planning (ACP) 2566 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 18]. Available from: <https://bit.ly/4ikyDx5>. (in Thai)
28. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2018;25(3):81-94. (in Thai)
29. Kangwansura R, Tienthavorn T, Srisuwan P, Gesakomol K. Factors affecting older adults' decision-making on having a Living will. *PCFM* 2022;5(1):33-44. (in Thai)
30. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10. doi.10.1177/0013164470030003.
31. Srisatidharakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U & I INTER MEDIA; 2010. (in Thai)
32. Cheng H-C, Ke L-S, Chang S-Y, Huang H-Y, Ku Y-C, Lee M-J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: questionnaire development and testing. *Plos One* 2022;17(7):e0272351. doi.10.1371/journal.pone.0272351.
33. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. United States: Wolters Kluwer; 2021.
34. Kannasuth P. Statistics for research methods in behavioral sciences. 3rd ed. Bangkok: Darnsutha Press; 1999. (in Thai)
35. Gordon NA, O'Riordan DL, Dracup KA, De Marco T, Pantilat SZ. Let us talk about it: heart failure patients' preferences toward discussions about prognosis, advance care planning, and spiritual support. *J Palliat Med* 2017;20(1):79-83. doi.10.1089/jpm.2016.0097.
36. Vattanaprasan P, Kongsuwan W, Nilmanat K. The lived experiences of Thai Buddhist family members in decision making for withholding or withdrawing life sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2019;39(4):51-62. (in Thai)

37. The Medical Council of Thailand. Declaration of patient's rights and duty [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 2]. Available from: <https://www.tmc.or.th/privilege.php>. (in Thai)
38. Puthong K, Tirakanoksathit T, Pattarapanuwan P, Pattanasiri S, Kanoptammakul S, Makruasi S, et al. Knowledge, perceptions, and attitudes of patients regarding advance directives at the end of life care at Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *J Med Health Sci* 2022;29(3):107-23. (in Thai)
39. Intajak T, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, Khajornchaikul P. Senior citizens' opinion on declaration of intention to refuse public health service at patients' terminal stage of life in Lampang province. *Public Health & Health Laws Journal* 2018;4(2):164-77. (in Thai)
40. Pimsen A, Wirojratana V, Jitramontree N. Community-dwelling older adults' attitudes, subjective norm, perceived behavioural control, and intention to make living wills. *Thai Journal of Nursing Council* 2019;34(1):74-87. (in Thai)
41. Ungprapan W. The right to refuse treatment-the right to die. *Dunlaphaha: Journal of the Court of Justice* 2009;56(2):51-60. (in Thai)
42. Chung RY-N, Wong EL-Y, Kiang N, Chau PY-K, Lau JY, Wong SY-S, 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* 2017;18(4):367.e19-e27. doi. 10.1016/j.jamda.2016.12.066.
43. Thapanakulsu P. Advance care planning: important issue of geriatric palliative care. *Journal of Nursing Science & Health* 2020;43(3):12-23. (in Thai)