

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี

ขวัญตา หลีกหนองบุ พ.บ.,ว.ว.(เวชศาสตร์ครอบครัว) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี

### บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลก่อนข้างสูง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่วยลดการนอนโรงพยาบาล การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา การวิจัย cross-sectional study นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2568 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ univariable และ multivariable logistic regression analysis กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย  $58.2 \pm 13.5$  ปี มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.0 มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.5 ทักษะคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.5 และการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 74.0 ในการวิเคราะห์แบบ multivariable พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (aOR=2.9, 95%CI:1.4-5.8, p=0.003) โรคมะเร็งเต้านม (aOR=0.3, 95%CI:0.2-0.7, p=0.002) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (aOR=3.1, 95%CI:1.3-7.1, p=0.012) ทักษะคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (aOR=3.6, 95%CI:1.8-7.5, p<0.001)

สรุป: จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.0 โดยความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะคิดที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น

**คำสำคัญ:** การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

## Factors Related to Intention Toward Advance Care Planning Among Cancer Patients at Chemotherapy Daycare Centre, Udonthani Hospital

Khuanta Laknongboo, M.D., Department of Social Medicine, UdonThani Hospital

### Abstract

Cancer remains one of the leading causes of mortality worldwide, including in Thailand, and the associated healthcare costs are substantial. Advance care planning plays a crucial role in reducing unnecessary hospitalizations and treatments, decreasing overall healthcare expenses. This study is a cross-sectional research aimed to studying factors related with the intention to plan advance care among cancer patients receiving outpatient chemotherapy daycare centre services at Udonthani Hospital. Data were collected between February and March 2025 from 200 cancer patients aged 18 years and older. The research instrument used was a questionnaire. Data analysis involved calculating frequency, percentage, mean, and standard deviation. Factors related to intention toward advance care planning were analyzed using univariable and multivariable logistic regression analysis, with a statistical significance level was 0.05.

Result: Analysis of 200 patients showed that 72.0% was female, the average age was  $58.2 \pm 13.5$  years old, with high level of intention toward advance care planning was 69.0%, moderate knowledge about advance care planning was 81.5%, low level of attitude about advance care planning was 47.5% and good self-perceived health status was 74.0%. Multivariable analysis revealed income sufficiency (aOR=2.9, 95%CI:1.4-5.8,  $p=0.003$ ), having breast cancer (aOR=0.3, 95%CI:0.2-0.7,  $p=0.002$ ), knowledge about advance care planning (aOR=3.1, 95%CI:1.3-7.1,  $p=0.012$ ), and attitudes about advance care planning (aOR=3.6, 95%CI:1.8-7.5,  $p<0.001$ ) as independent factors significantly related to intention toward advance care planning.

Conclusion: This study found that cancer patients have a high level of intention toward advance care planning, at 69.0%. Knowledge and attitudes about advance care plan were found to be associated with the intention toward advance care planning. Enhancing patients' knowledge and fostering positive attitudes can increase their intention to engage in advance care planning and lead to a higher rate of actual advance care planning.

**Keywords:** advance care planning, intention toward advance care planning, cancer patients

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.7 ล้านคน<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2566 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 84,110 ราย<sup>2-3</sup> ในด้านการรักษาพยาบาลพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคมะเร็งมีมูลค่าค่อนข้างสูง การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาจำเป็นต้องคำนึงถึง ความคุ้มค่า โดยการรักษาแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาโรคมะเร็ง สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ แต่ในระยะท้ายที่สภาวะร่างกายของผู้ป่วยอาจไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม การรักษาแบบประคับประคอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวโรค และตัดสินใจในการรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น<sup>4-5</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการจัดทำคู่มือมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยอธิบายว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต<sup>6</sup> การศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ช่วยลดการนอนโรงพยาบาลและการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา<sup>7-13</sup> ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเอง และเป็นผู้เลือกแนวทางการรักษาของตนเอง<sup>14-16</sup> ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่ทำให้เกิดการวางแผนการดูแลหน้าตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of planned behavior: TPB) ของ Ajzen<sup>17</sup> ซึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของทัศนคติต่อพฤติกรรม นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้า การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง<sup>18-21</sup> จากการศึกษาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยมีการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้น้อยมาก มีผู้ป่วยน้อยรายที่จะมีส่วนร่วมในการพูดคุยวางแผนการดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นญาติ หรือครอบครัวที่เป็นคนทำในตอนที่มีสติสัมปชัญญะแล้ว<sup>22</sup> ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งในครั้งนี เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและกระบวนการการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ – 25 มีนาคม พ.ศ. 2568 ในโรงพยาบาลอุดรธานี

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ถึง 25 มีนาคม พ.ศ. 2568

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร<sup>23</sup>

$$n = z_{1-\alpha}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n คือขนาดของกลุ่มตัวอย่างศึกษา

p คือสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 0.69<sup>24</sup>

$Z_{1-\alpha/2}$  คือค่า standard normal deviate per centile หรือค่าวิกฤตในพื้นที่ใต้เส้นโค้งปกติ ณ จุดระดับนัยสำคัญที่ 95% เท่ากับ 1.96

d คือค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1 ได้ขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 83 ราย เพื่อความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จำนวน 200 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ถึง 25 มีนาคม พ.ศ. 2568 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้ 4) สามารถสื่อสาร เช่น ฟัง พูด อ่าน เขียน เป็นภาษาไทยได้ 5) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะสมองเสื่อมหรือความจำบกพร่อง 2) มีอาการป่วยทางจิตหรือสติปัญญาอ่อน 3) มีสภาพร่างกายในขณะนั้นไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว บุคคลที่ไว้วางใจและเลือกให้ตัดสินใจแทนในเรื่องต่างๆ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ประสบการณ์เคยได้ยิน/รู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และประสบการณ์การทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้แบบสอบถาม Behavioral intentions for Advance care planning ของ Cheng et al.<sup>25</sup> จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ คือ เป็นไปได้น้อยที่สุด เป็นไปได้บ้าง ไม่แน่ใจ เป็นไปได้ เป็นไปได้มากที่สุด มีคะแนน 1- 5 คะแนน ตามลำดับ ค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 18 คะแนน) ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) และ ระดับสูง (มากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป) โดยกำหนดตัวแปรทดสอบความสัมพันธ์เป็นสองระดับระหว่าง 1) ระดับต่ำและปานกลาง กับ 2) ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้แบบสอบถาม Knowledge regarding Advance care

planning ของ Cheng et al.<sup>25</sup> จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 0 - 9 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 5 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป) โดยกำหนดตัวแปรทดสอบความสัมพันธ์เป็นสองระดับระหว่าง 1) ระดับต่ำ กับ 2) ระดับปานกลางและสูง

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้แบบสอบถาม Attitude regarding Advance care planning ของ Cheng et al.<sup>25</sup> ข้อคำถามแบ่งเป็นด้านบวกและลบ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามประเมินทั้งความเชื่อ และการประเมินความสำคัญ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ มีคะแนน 1- 5 คะแนน การแปลผลคะแนน พิจารณาจากผลคูณของคะแนนด้านความเชื่อและด้านความสำคัญรายข้อ ค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-300 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 180 คะแนน) ระดับปานกลาง (180-239 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่า 239 คะแนนขึ้นไป) โดยกำหนดตัวแปรทดสอบ ความสัมพันธ์เป็นสองระดับระหว่าง 1) ระดับต่ำ กับ 2) ระดับปานกลางและสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Short Form-12 version 2) จากองค์การ Quality metric incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>26</sup> พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย วิรัช เกษมทรัพย์<sup>27</sup> ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) 3 และ 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีคะแนน 1- 5 คะแนน การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12 - 56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับคือ 50-100 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และ คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

### การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบอายุรแพทย์ (ประธาน Service plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง เขตสุขภาพที่ 8) 1 ท่าน แพทย์เวช

ศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยเมตตารักษ์ (หน่วยดูแลระดับ ประคอง) โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว โรงพยาบาลสกลนคร 1 ท่าน และ หัวหน้าพยาบาลหน่วยเมตตารักษ์(หน่วยดูแลระดับประคอง) โรงพยาบาลอุดรธานี 1 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.92 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 30 รายและมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเท่ากับ 0.70 ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเท่ากับ 0.87 การรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.83 และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเท่ากับ 0.89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ถึง 25 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 200 ราย ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด หลังจากนั้นนำกลับมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว บุคคลที่ไว้วางใจ และเลือกให้ตัดสินใจแทนในเรื่องต่างๆ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ประสบการณ์เคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และประสบการณ์การทำเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วน โดยใช้ Pearson Chi square หรือ Fisher's exact Test ขึ้นกับการกระจายตัวของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โดย univariable logistic regression นำเสนอในรูปแบบของค่า crude odds ratio ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval; 95%CI) และค่า p-value เลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญ p-value < 0.05 มา

วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร multivariable logistic regression นำเสนอในรูปแบบของค่า adjusted OR (AOR หรือ aOR) ช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval; 95%CI) กำหนดค่านัยสำคัญที่ p-value < 0.05

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ UDH REC 17/2568

### ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 58.2±13.5 ปี มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่ำ 10 คน (ร้อยละ 5.0) ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าปานกลาง 52 คน (ร้อยละ 26.0) และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูง 138 คน (ร้อยละ 69.0) ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสร้อยละ 67.5 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 99.5 ศาสนาพุทธร้อยละ 99.0 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 66.5 มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 และข้าราชการ/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 54.0 ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพียงพอ/เหลือเก็บ ร้อยละ 69.5 และบุคคลที่ไว้วางใจให้ตัดสินใจแทนในเรื่องต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นญาติ/อื่นๆ ร้อยละ 78.0 ในด้านข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.0 เมื่อศึกษาเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่อยู่ในระยะไม่แพร่กระจาย 51 คน (ร้อยละ 75.0) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเฉลี่ย 19.7±29.3 เดือน ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะไม่แพร่กระจาย ร้อยละ 59.5 ในด้านประสบการณ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้าพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย ร้อยละ 80.0 ไม่เคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 75.0 และไม่เคยทำหรือมีเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน ร้อยละ 91.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(N=200)

ตัวแปร	รวม (n=200) จำนวน(ร้อยละ)	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
		ต่ำ-ปานกลาง (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	สูง (n=138) จำนวน(ร้อยละ)	p-value $\chi^2$
<b>I. ข้อมูลทั่วไป</b>				
<b>เพศ</b>				
ชาย	56 (28.0)	18 (32.1)	38 (67.9)	0.827
หญิง	144 (72.0)	44 (30.6)	100 (69.4)	
<b>อายุ (ปี) mean <math>\pm</math> SD</b>				
$\leq$ 60 ปี	108(54.0)	40(37.0)	68(63.0)	0.045
> 60 ปี	92(46.0)	22(24.0)	70(76.0)	
Min-Max	18-88			
<b>สถานภาพสมรส</b>				
สมรส	135(67.5)	40(29.6)	95(70.4)	0.546
ไม่ได้สมรส/อื่นๆ	65 (32.5)	22(33.9)	43(66.1)	
<b>เชื้อชาติ</b>				
ไทย	199(99.5)	62 (31.2)	137(68.8)	1.000 <sup>F</sup>
อื่นๆ	1(0.5)	0(0.0)	1(100)	
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	198(99.0)	62 (31.3)	136(68.7)	1.000 <sup>F</sup>
อื่นๆ	2(1.0)	0(0.0)	2(100.0)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	133(66.5)	42(31.6)	91(68.4)	0.803
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	67 (33.5)	20(29.8)	47(70.2)	
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	100(50.0)	30(30.0)	70(70.0)	0.760
ข้าราชการ/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	100 (50.0)	32 (32.0)	68(68.0)	
<b>โรคประจำตัวอื่นๆ</b>				
ไม่มี	108(54.0)	38(35.2)	70(64.8)	0.166
มี	92(46.0)	24(26.1)	68(73.9)	
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน</b>				
ขัดสนหรือไม่พอใช้	61(30.5)	28(45.9)	33(54.1)	0.003
เพียงพอ/เหลือเก็บ	139(69.5)	34(24.5)	105(75.5)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(N=200) (ต่อ)

ตัวแปร	รวม (n=200) จำนวน(ร้อยละ)	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
		ต่ำ-ปานกลาง	สูง	p-value
		(n=62) จำนวน(ร้อยละ)	(n=138) จำนวน(ร้อยละ)	$\chi^2$
<b>บุคคลที่ไว้วางใจให้ตัดสินใจแทน</b>				
<b>ในเรื่องต่าง ๆ</b>				
คู่สมรส	83(41.5)	22(26.5)	61(73.5)	0.545
ญาติ/อื่นๆ	156(78.0)	50(32.1)	106(67.9)	
<b>II. ข้อมูลเจ็บป่วย</b>				
<b>ชนิดของโรคมะเร็ง</b>				
มะเร็งเต้านม	68(34.0)	29(42.7)	39(57.3)	0.011
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	40(20.0)	13(32.5)	27(67.5)	0.819
มะเร็งปอด	34(17.0)	8(23.5)	26(76.5)	0.301
มะเร็งนรีเวช	33(16.5)	7(21.2)	26(78.8)	0.183
มะเร็งระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง	15(7.5)	2(13.3)	13(86.7)	0.154 <sup>F</sup>
อื่นๆ	10(5.0)	3(30.0)	7(70.0)	1.000 <sup>F</sup>
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (เดือน)</b>				
mean $\pm$ SD	19.7 $\pm$ 29.3			
$\leq$ 12 เดือน	128(64.0)	37(28.9)	91(71.1)	0.393
> 12 เดือน	72(36.0)	25(34.7)	47(65.3)	
Min-Max	1-252			
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>				
ไม่แพร่กระจาย	119(59.5)	39(32.8)	80(67.2)	0.511
แพร่กระจาย	81(40.5)	231(28.4)	58(71.6)	
<b>III. ประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>				
<b>เคยดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้าย</b>				
ไม่เคย	160(80.0)	51(31.9)	109(68.1)	0.593
เคย	40(20.0)	11(27.5)	29(72.5)	
<b>เคยได้ยินหรือรู้จักการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>				
ไม่เคย	150(75.0)	51(34.0)	99(66.0)	0.112
เคย	50(25.0)	11(22.0)	39(78.0)	
<b>เคยทำหรือมีเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน</b>				
ไม่เคย	182(91.0)	59(32.4)	123(67.6)	0.168
เคย	18(9.0)	3(16.7)	15(83.3)	

<sup>F</sup>Fisher's Exact Test

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 31.0 และมีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง ร้อยละ 69.0 กลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 17.5 มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 54.3 ในขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 81.5 มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 71.8 และกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 1.0 มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงถึงร้อยละ 100.0 ในด้านทัศนคติพบว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับต่ำร้อยละ 47.5 มีความความตั้งใจใน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 57.9 ในขณะที่กลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 33.0 มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 75.8 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีทัศนคติระดับสูงร้อยละ 19.5 ที่มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 84.6 ในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีร้อยละ 26.0 มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 65.4 ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีร้อยละ 74.0 ที่มีความความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูงร้อยละ 70.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (N=200)

ตัวแปร	รวม (n=200) จำนวน(ร้อยละ)	ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
		ต่ำ-ปานกลาง (n=62) จำนวน(ร้อยละ)	สูง (n=138) จำนวน(ร้อยละ)	P-value X <sup>2</sup>
<b>ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>				
mean ± SD	5.5±1.4			
ระดับต่ำ (1-4 คะแนน)	35(17.5)	16(45.7)	19(54.3)	0.081
ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน)	163(81.5)	46(28.2)	117(71.8)	
ระดับสูง (8-9 คะแนน)	2(1.0)	0(0.0)	2(100.0)	
<b>ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>				
mean ± SD	87.9±52.4			
ระดับต่ำ (<180 คะแนน)	95(47.5)	40(42.1)	55(57.9)	0.003
ระดับปานกลาง (180-239 คะแนน)	66(33.0)	16(24.2)	50(75.8)	
ระดับสูง (>239 คะแนน)	39(19.5)	6(15.4)	33(84.6)	
<b>การรับรู้ภาวะสุขภาพ</b>				
mean ± SD	55.7±9.5			
การรับรู้ไม่ดี (0-49 คะแนน)	52(26.0)	18(34.6)	34(65.4)	0.512
การรับรู้ดี (50-100 คะแนน)	148(74.0)	44(29.7)	104(70.3)	

นำปัจจัยที่มีค่า  $p\text{-value} < 0.05$  มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วย univariable analysis พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ อายุ ( $OR = 1.9, 95\%CI:1.0-3.5, p = 0.047$ ) ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ( $OR = 2.6, 95\%CI:1.4-4.9, p = 0.003$ ) โรคมะเร็งเต้านม ( $OR = 0.5, 95\%CI:0.2-0.8, p = 0.011$ ) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $OR = 2.2, 95\%CI:1.0-4.6, p = 0.041$ )ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $OR = 2.7, 95\%CI:1.5-5.1, p =$

$0.001$ ) และในการวิเคราะห์ด้วย multivariable analysis พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ( $aOR = 2.9, 95\%CI:1.4-5.8, p = 0.003$ ) โรคมะเร็งเต้านม ( $aOR = 0.3, 95\%CI:0.2-0.7, p = 0.002$ ) ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $aOR = 3.1, 95\%CI:1.3-7.1, p = 0.012$ ) ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ( $aOR = 3.6, 95\%CI:1.8-7.5, p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Univariable และ Multivariable analysis แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (N=200)

ตัวแปร	ความตั้งใจ ต่ำ-ปานกลาง (n=62)	ความตั้งใจ สูง (n=138)	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjust OR (95% CI)	P-value
<b>อายุ (ปี)</b>						
≤ 60 ปี	40(37.0)	68(63.0)	Reference			
> 60 ปี	22(23.9)	70(76.1)	1.9(1.0-3.5)	0.047	1.8(0.9-3.5)	0.110
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน</b>						
ชัดเจน/ไม่พอใช้	28(45.90)	33(54.1)	Reference			
เพียงพอ/เหลือเก็บ	34(24.5)	105(75.5)	2.6(1.4-4.9)	0.003	2.9(1.4-5.8)	0.003
<b>โรคมะเร็งเต้านม</b>						
ไม่เป็น	33(25.0)	99(75)	Reference			
เป็น	29(42.7)	39(57.3)	0.5(0.2-0.8)	0.011	0.3(0.2-0.7)	0.002
<b>ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>						
ระดับต่ำ	16(45.7)	19(54.3)	Reference			
ระดับปานกลาง-สูง	46(27.9)	119(72.1)	2.2(1.0-4.6)	0.041	3.1(1.3-7.1)	0.012
<b>ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>						
ระดับต่ำ	40(42.1)	55(57.9)	Reference			
ระดับปานกลาง-สูง	22(20.9)	83(79.1)	2.7(1.5-5.1)	0.001	3.6(1.8-7.5)	<0.001

## อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูง 138 คน (ร้อยละ 69.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al<sup>28</sup> ด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (aOR = 1.8, 95%CI:0.9-3.5, p = 0.110) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongprasertsuk and Pramaunwongteera<sup>29</sup> และ Inoue<sup>30</sup> ที่พบว่า ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคิดว่าควรเริ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อมีอายุตั้งแต่ 60-70 ปีขึ้นไป ด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ขาดสน/ไม่พอใช้ (aOR = 2.9, 95%CI:1.4-5.8, p = 0.003) ซึ่งอาจเกิดจากการมีรายได้ที่เพียงพอ ไม่มีภาระเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้มีเวลาที่จะวางแผนดูแลตนเอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ขาดสน/ไม่พอใช้ อาจจะไม่คิดเรื่องการวางแผนเรื่องรายจ่ายมากกว่าการวางแผนดูแลตนเอง ทำให้มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ ฐานปนกุลศักดิ์<sup>31</sup> ที่พบว่า เศรษฐฐานะของผู้สูงอายุและครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และการศึกษาของ Inoue<sup>30</sup> ที่พบว่า การมีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ในด้านข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านม (aOR = 0.3, 95%CI:0.2-0.7, p = 0.002) อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระยะไม่แพร่กระจาย ร้อยละ 75.0 ความรุนแรงของโรคน้อย ทำให้มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ ฐานปนกุลศักดิ์<sup>31</sup> และ Chung et al<sup>32</sup> ที่พบว่า อุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคือ การรับรู้ว่าคุณภาพที่แข็งแรงและไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าการวางแผนการดูแลรักษาควรเริ่มทำหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามหรือใกล้เสียชีวิตแล้วเท่านั้น

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง-สูง มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ (aOR = 3.1, 95%CI:1.3-7.1, p = 0.012) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชนรี อุ่นคำ<sup>24</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่สูงยอมส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มากขึ้น และการศึกษาของ Ke et al<sup>18</sup> ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ประเทศไต้หวันพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดี จะนำมาสู่ความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง-สูง มีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับต่ำ (aOR = 3.6, 95%CI:1.8-7.5, p < 0.001) สอดคล้องตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen<sup>17</sup> ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อและมีการประเมินผลที่ตามมาจากการวางแผนดูแลล่วงหน้าว่ามีความสำคัญ ย่อมส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นำไปสู่การเกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al<sup>28</sup> และ Ke et al<sup>18</sup> ที่พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Takeshita et al<sup>33</sup> ที่พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการศึกษาของอิทธิภูมิ พิมเสน และคณะ<sup>34</sup> ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหน้าที่แสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่า หากบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะนำไปสู่ความตั้งใจที่จะมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มขึ้น

## สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.0 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้แก่ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนโรคมะเร็งเท่านั้น ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้นในอนาคต ตั้งแต่ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

## ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในแต่ละแผนกของโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลอุดรธานี และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
2. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nci.go.th/th/cancer\\_record/download/Hosbased-2022-1.pdf](https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf)
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566.pdf>

4. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. แนวทางการรักษามะเร็ง 7 วิธีในปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue/047/health-station>

5. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา. มะเร็งระยะแพร่กระจายและการดูแลแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chulacancer.net/health-tips-view.php?id=573>

6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับ ประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/ประกาศ-ACP.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ประกาศ-ACP.pdf)

7. Tran M, Grant M, Clayton J, Rhee J. Advance care decision making and planning. Aust J Gen Pract 2018;47(11):753-757.

8. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: population based matched cohort study. BMJ 2020;6:370:m2257

9. Thompson TD, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. Palliat Med 2003;17(5):403-9.

10. van Wijmen MP, Pasma HR, Widder-shoven GA, Onwuteaka-Philipsen BD. Continuing or forgoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with an advance directive. J Med Ethics 2015;41(8):599-606.

11. นันทา ศิริพลศักดิ์, กนกกร ราชปองพันธ์, นภัศรภรณ์ แสงสีเขียว, ขวัญชาย กิติรัตน์. ความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการตัดสินใจใช้หัตถการเพื่อยื้อชีวิตเมื่อถึงวาระสุดท้าย คลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลหนองคาย. ว.โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/journal.php?id=107>
12. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, ศิริจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. PCFM [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2025];4(1):97-111. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/248050>
13. ซอทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตโรงพยาบาลลำพูน. ว.การแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566;30(1):1-13.
14. Krones T, Budilivski A, Karzig I, Otto T, Valeri F, Biller-Andorno N, et al. Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial. *BMJ Support Palliat Care* 2019;12(e3):e411-23.
15. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2020;38(9):852-865.
16. Zwakman M, Jabbarian LJ, van Delden J, van der Heide A, Korffage JJ, Pollock K, et al. Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliat Med* 2018;32(8):1305-1321.
17. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50(1):179-221.
18. Ke LS, Cheng HC, Ku YC, Lee MJ, Chang SY, Huang HY, et al. Older Adults' Behavioral Intentions Toward Advance Care Planning Based on Theory of Reasoned Action. *J Hosp Palliat Nurs* (6):E294-E300.
19. Butler J, Binney Z, Kalogeropoulos A, Owen M, Clevenger C, Gunter D, et al. Advance directives among hospitalized patients with heart failure. *JACC Heart Fail* 2015;3(2):112-21.
20. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ. ว.วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม 2560;1(1):39-50.
21. มารยาท สุจริตรวกุล, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุไทยพุทธ. ว.เกื้อการุณย์ 2561;25(1):154-169.
22. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. วงกถายทอดแนวความคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า “ACP” ออกแบบอนาคตกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3925>
23. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.
24. สุชานรี อุ่นคำ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://digital.library.tu.ac.th/tu\\_dc/frontend/Info/item/dc:314131](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:314131)
25. Cheng HC, Ke LS, Chang SY, Huang HY, Ku YC, Lee MJ. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding advance care planning: Questionnaire development and testing. *PLoS One* 2022;17(7):e0272351.
26. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34(3):220-33.
27. วิชช์ เกษมทรัพย์. รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษาสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข); 2550.

28. 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):347-355.

29. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2018;25(3):81-94.

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

31. ปานจันทร์ ฐานปนกุลศักดิ์. การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. *ว.พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2563;43(3):12-23.

32. Chung RY, Wong EL, Kiang N, Chau PY, Lau JYC, Wong SY, et al. Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(4):367.e19-367.e27.

33. 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):942-949.

34. อภิรฎิ พิมเสน, วิราพรณ วิโรจนรัตน์, นาริรัตน์ จิตรมนตรี. เจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน. *ว.สภาการพยาบาล* 2562;34(1):74-87.