

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล
ล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
Factors Influencing Nurses' Intention to Engage Advance Care Planning
with Chronic illness patients.

นันทวุฒิ วชิระพานิชกุล

สุชานรี อุ่นคำ

ดร.อจลา พรหมมิ

สำเภา แก้วโบราณ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2567

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
ผู้วิจัย	นันทวุฒิ วชิระพานิชกุล สุซานรี อุ่นคำ ดร.อจลา พรหมมี สำเภา แก้วโบราณ
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์	2569
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรวบรวมรายงานฉบับสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย	107
คำสำคัญ	ความตั้งใจ, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, การมีส่วนร่วม, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
ลิขสิทธิ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะท้าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของพยาบาลในกระบวนการนี้ยังคงมีความซับซ้อน การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 233 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 3) แบบประเมินบรรยากาศองค์การ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 ทุกฉบับ และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .916 และ .973 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 14.31, SD = 2.721) ปัจจัยทำนายประกอบด้วยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ร้อยละ 38.8 (Adjust $R^2 = .388$, $p < .05$)

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า จำเป็นต้องการกำหนดนโยบายและโครงสร้างการทำงาน สนับสนุนให้มีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับจัดอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาลในการดำเนินกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความตั้งใจ, การวางแผนการดูแลผู้ป่วย, การมีส่วนร่วม, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Research Title	FACTORS RELATED TO NURSES' COMPETENCY IN FACILITATING ADVANCE CARE PLANNING
Researcher(s)	Nanthawuth Wachirapanitchakul
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2026
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	107
Keywords	Intention, Advance Care Planning, Engagement, Theory of Planned Behavior
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

Advance Care Planning (ACP) is essential for enhancing the quality of end-of-life care, particularly in patients with chronic illnesses. However, nursing involvement in this process remains complex. This study aimed to: 1) describe the level of intention among professional nurses to participate in ACP for patients with chronic illnesses, and 2) identify factors influencing this intention. A predictive correlational study was conducted among 233 professional nurses working in medical, surgical, and private wards at hospitals in Samut Prakan Province, Thailand. Data were collected using: 1) a personal data questionnaire, 2) the Nurses' Intention to Participate in ACP Scale [NIPACP], and 3) An Organizational Climate Questionnaire [AOCQ]. The instruments yielded a Content Validity Index (CVI) of 1.00 and Cronbach's alpha coefficients of .916 and .973, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis (Enter method).

The majority of the participants reported a high level of intention to participate in ACP, while the overall mean score was at a moderate level (Mean = 14.31, SD = 2.721). The combination of attitude toward ACP, subjective norms, perceived behavioral control (PBC), ACP knowledge, hearing experience regarding ACP,

and organizational climate significantly predicted nurses' intention, accounting for 38.8% of the total variance (Adjusted $R^2 = .388$, $p < .05$).

These findings emphasize the necessity of establishing clear organizational policies and structural support to facilitate ACP participation. Furthermore, providing specialized ACP training and communication workshops is essential to bolster nurses' confidence and competence, ultimately ensuring the effective implementation of advance care planning for patients with chronic conditions.

Keywords: Intention, Advance Care Planning, Engagement, Theory of Planned Behavior

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ โดยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลบางบ่อ

ขอขอบผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยในปีการศึกษา 2567 ขอขอบคุณผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ทีมผู้วิจัย
หัวหน้าโครงการวิจัย

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 สมมติฐานการวิจัย	8
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
1.7 ขอบเขตการวิจัย	10
1.8 นิยามศัพท์	10
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	15

สารบัญ (ต่อ)

2.1.1 ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	15
2.1.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	16
2.1.3 กระบวนการและการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	17
2.1.4 ผลลัพธ์และอุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	19
2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	20
2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior)	20
2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน	21
2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตั้งใจในการวางแผนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	22
2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	24
2.3.1 ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	24
2.3.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	24
2.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินทศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	25
2.3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	26
2.3.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	26
2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	27
2.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	28
2.3.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	28
2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	29
2.3.4 ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	29
2.3.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม	29

สารบัญ (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	30
2.3.5 ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	31
2.3.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	31
2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	32
2.3.6 บรรยากาศองค์การ	32
2.3.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ	32
2.3.6.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์การ	33
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	35
3.1 รูปแบบการวิจัย	35
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.2.1 ประชากร	35
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	35
3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	35
3.2.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	36
3.2.4.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	37
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	36
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	38
3.4.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)	41
3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)	42
3.5 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	43
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	46
4.1 การนำเสนอผลการวิจัย	46

สารบัญ (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	46
4.1.2 ส่วนที่ 2 ระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	49
4.1.3 ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	54
4.1.4 ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	56
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	61
5.1 สรุปผลการวิจัย	61
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	63
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัย	68
5.4 ข้อจำกัดในการทำวิจัย	69
รายการอ้างอิง	70
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก เครื่องมือวิจัย	77
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ	87
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	90
ภาคผนวก ง เอกสารคำชี้แจงและหนังสือให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	91
ภาคผนวก จ บริบทของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา	98
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี	100
ประวัติผู้วิจัย	101

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล	37
4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	47
4.2 จำนวนร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (ภาพรวม)	49
4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	50
4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	51
4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	52
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	53
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	55
4.8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยกับตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า	57
4.9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยกับตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า รูปแบบคะแนนดิบ (b) และรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)	59 88

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
3.1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	36
3.2 การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย	38



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลแบบประคับประคองหมายถึง แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยที่มีผลต่อช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่อย่างจำกัด (Life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และบำบัดเยียวยาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วย (Department of Medical Service, 2020; World Health Organization[WHO], 2020) ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลกพบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายสูงถึง 56.8 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตจำนวน 25.7 ล้านคน ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการ และความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังมีเพียงร้อยละ 14 ของจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลกที่เข้าถึงการรักษา และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020) จึงจะเห็นได้ว่ายังมีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองยังเข้าถึงได้น้อยในทุกช่วงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คือ กลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมและผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 และโรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ตามลำดับ (Department of Medical Service, 2020) จึงจะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่ได้เข้าถึงในทุกๆ กลุ่มโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งการที่จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการในระยะท้ายของตนเอง ส่วนหนึ่งที่สำคัญ คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการพูดคุยการวางแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Rietjens et al., 2021)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการของการสะท้อน การอภิปราย และการสื่อสาร ที่ช่วยให้บุคคลได้ทบทวนชีวิต สามารถวางแผนสำหรับการรักษาพยาบาลในอนาคต และการดูแลอื่น ๆ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ หรือสื่อสารกับแพทย์ได้ด้วยตนเอง (Queensland Health, 2018; The Royal Australian College of General Practitioners [RACGP], 2020) โดยอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ในส่วนที่เป็นทางการ คือหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Advance directive) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเป็นเอกสารที่มีผลทางกฎหมาย (Ferrell and Paice, 2019)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีประโยชน์หลายประการ โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดการตัดสินใจในการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการจัดการ

อาการที่เหมาะสม ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Sritharathikun Phamonrut & Nethipoomkun Sirijit 2021; Tipkanjanaraykha Kitsanaporn & Thiammok Maneerat 2017; Zwakman et al., 2018) ลดความเครียด ความวิตกกังวลในอนาคต และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในญาติ (Ferrell & Paice, 2019; Silveira, 2023) อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Silveira, 2023; Tipkanjanaraykha Kitsanaporn & Thiammok Maneerat 2017) และที่สำคัญการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะท้าย เพิ่มความพึงพอใจแก่ครอบครัว เพิ่มโอกาสการใช้ช่วงเวลาระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว และยังช่วยให้ผู้ป่วยที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความหวังที่เพิ่มขึ้น (Ferrell & Paice, 2019; Nilmanat kittikorn & Tinkaew Phenpitcha, 2021; Silveira, 2023) จะเห็นได้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความปรารถนาเพิ่มคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจแก่ครอบครัว ดังนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความจำเป็นทั้งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง และบุคคลที่มีความเจ็บป่วย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เนื่องจากผู้ป่วยมักไว้วางใจให้พยาบาลเป็นผู้ริเริ่มในกระบวนการนี้ (Owen et al., 2022) อีกทั้งพยาบาลเป็นบุคคลที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความใกล้ชิด และมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะท้ายให้ตอบสนองเป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Fliedner, 2021; Rogers et al., 2020) จึงจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวและให้การดูแลที่ตอบสนองแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย หากพยาบาลมีความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจนำไปสู่พฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการริเริ่มการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้าตามทฤษฎีพฤติกรรมการวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของอัสเซน (Ajzen, 1991) ทฤษฎีดังกล่าวถูกนำมาใช้เพื่อทำความเข้าใจการตัดสินใจของพยาบาลในการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และอธิบายได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความตั้งใจโดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจมี 3 ประการ ได้แก่ 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the behavior) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการสนทนาการวางแผนการดูแลหน้า

จากการศึกษา “ความตั้งใจและทัศนคติของพยาบาลในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย: การขยายทฤษฎีพฤติกรรมวางแผนโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง” อภิรณี พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) พบว่าความรู้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นหากพยาบาลมีทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และนำไปสู่การริเริ่มพูดคุย หรือการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้

ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การศึกษา อภิรณี พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) ศึกษา “ความตั้งใจและทัศนคติของพยาบาลในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย: การขยายทฤษฎีพฤติกรรมวางแผนโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง” ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ($\beta = 0.359, p < .05$) นอกจากนี้ยังสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติกรวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลได้ ($\beta = 0.21, p < 0.001, \beta = 0.575, p < 0.001$) ตามลำดับ (Pan et al., 2021; Shih & Lu, 2024) นอกจากการศึกษาของพยาบาลแล้ว ยังพบว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = .585, p < .01$) (Pimsen A. et al., 2019) และการศึกษาคาร์เมล ชิฟแมน และ เวอเนอร์ (Schiffman & Werner, 2021) พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถทำนายความเต็มใจในการความเต็มใจในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ($\beta = .29, p < .01$) จากการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นพยาบาลที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะตั้งใจเข้าร่วมในการทำการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมวางแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีและกล่าวไปข้างต้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกกดดันทางสังคม หรือ แรงสนับสนุน ที่พยาบาลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิง และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ

ของทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน ซึ่งอิทธิภูมิ เสงี่ยม และคณะ (Apiradee et al., 2024) ศึกษาความตั้งใจและทัศนคติของพยาบาลในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย: การขยายทฤษฎีพฤติกรรมการวางแผนโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.127, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายความตั้งใจในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.19, p < 0.05$) อย่างไรก็ตามพบการศึกษาที่ผลการศึกษาค้นคว้าไม่สอดคล้อง ริทซ์ และคณะ (Rietze et al., 2018) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในแคนาดาในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่สำคัญอาจมีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมของพยาบาลในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ถึง ความยากลำบาก หรือความง่ายต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยการศึกษา ซึ่งอิทธิภูมิ เสงี่ยม และคณะ (Apiradee et al., 2024) ศึกษา “ความตั้งใจและทัศนคติของพยาบาลในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย: การขยายทฤษฎีพฤติกรรมการวางแผนโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง” ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.349; p < .05$) สำหรับการศึกษาที่นำทฤษฎีแบบแผนมาเป็นกรอบในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .615, p < .01$) (Pimsen et al., 2019) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .481, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาร์เมล ชิพแมน และ เวอเนอร์ (Schiffman & Werner, 2021) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเต็มใจในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .05$) พยาบาลที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และ

พฤติกรรมอาจนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ (Rietze et al., 2018) ดังนั้น หากพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจมีผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

นอกจากปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามทฤษฎีแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่น่าสนใจและอาจมีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ ซึ่งความรู้ต่อการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งต่างประเทศ และในประเทศ พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น (Rietze et al., 2018) และมีความเต็มใจในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Tang et al., 2020) การศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) ที่พบว่ามื่ออิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาล โดยผ่านทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของทฤษฎีตามแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.449, p < .001$) ซึ่งถือว่าเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่นเดียวกับการศึกษา ชี และ ลู (Shih & Lu, 2024) ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลมะเร็งวิทยาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและระบุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Knowledge ($\beta = 0.059, P < 0.01$) จึงจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลได้ ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหมายถึง การได้รับความรู้ การได้ยินการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ดีขึ้นและเพิ่มความมั่นใจในการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Miller et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า พบว่าพยาบาลที่มี

ประสบการณ์ในวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะรับฟังการสนทนาอย่างลึกซึ้งและสามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น เมื่อได้รับโอกาสมมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลหน้าร่วมกับผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ (Ohr et al., 2021) หากพยาบาลมีความคุ้นเคยกับการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้าจะสามารถเป็นสะพานเชื่อมระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวในพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้าได้ (Løken & Rokstad, 2024) การศึกษาดัง และคณะ (Tang et al., 2020) ศึกษา ความรู้และความเต็มใจในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลหน้าในพยาบาลมะเร็งวิทยาทางตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้าและการได้รับอบรมการวางแผนการดูแลหน้าสามารถทำนายความเต็มใจในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลหน้าได้ ($\beta = 0.148, p < .05, \beta = 0.129, p < .05$) ตามลำดับ ดังนั้นประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลหน้าอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลหน้าได้

นอกจากปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ยังพบว่ามีปัจจัยแวดล้อมซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีเกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาลในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลหน้า ได้แก่ บรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) หมายถึง สภาพแวดล้อมขององค์การที่ส่งผลให้สมาชิกในองค์การเกิดการเรียนรู้ และมีประสบการณ์ ซึ่งมีผลในการปฏิบัติงาน (Stringer, 2002) ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) มาตรฐาน (Standard) 3) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 4) การได้รับการยอมรับ (Recognition) 5) การสนับสนุน (Support) และ 6) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) การมีโครงสร้างนโยบายที่ชัดเจนและได้รับการสนับสนุนจากองค์กรส่งผลให้พยาบาลมีอัตราการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลหน้าได้มากกว่าองค์ที่ขาดแนวทางที่ชัดเจน (Palmer et al., 2019) นอกจากนี้บรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับการผลักดันให้เกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติงานได้ดี (Nakare & Thongsuk, 2023) การศึกษาของ Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสนับสนุนการวางแผนการดูแลหน้าพบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .591, p < .05$) หากมีการจัดสรรบรรยากาศองค์การที่ดี ส่งผลให้พยาบาลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติการวางแผนการดูแลหน้าได้ ดังนั้นปัจจัยบรรยากาศองค์การอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าได้

ปัจจุบันแม้กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศและขับเคลื่อนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับนโยบาย แต่จากการจากการสำรวจรายงานผลการดำเนินงานประจำงบประมาณจังหวัดสมุทรปราการพบว่า มีอัตราการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับต่ำที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีเพียงร้อยละ 73.94 เมื่อจำแนกตามระดับโรงพยาบาลพบว่ามากกว่าครึ่งของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการที่ยังมีอัตราการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวยังต่ำเกณฑ์มาตรฐาน (Health Data Center, 2025) แม้ว่าโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการจะมีหน่วยงานที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และมีแนวทางในการระบุ ICD-10 รหัส Z515 ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกเคส จึงส่งผลให้ภาพรวมของการวางแผนดูแลผู้ป่วยและการดูแลแบบประคับประคองค่อนข้างสูง แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง และผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะการดำเนินของโรคที่ซับซ้อนไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ยังเข้าถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้น้อย และการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเพียง 1 เรื่อง สำหรับประเทศไทย ในส่วนของจังหวัดสมุทรปราการที่พบปัญหาอัตราการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ต่ำในเขตสุขภาพที่ 6 และยังไม่พบการศึกษาดังกล่าว จึงทำให้ยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนว่ามีปัจจัย หรือสาเหตุใด ที่มีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสามารถทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การอาจมีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความตั้งใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยที่อาจทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาล และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด กับผู้ป่วยและองค์กรในลำดับถัดไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

1.3 คำถามการวิจัย

- 1.3.1 ระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร
- 1.3.2 ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนวยความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้หรือไม่

1.4 สมมติฐานการวิจัย

- 1.4.1 ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนวยความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้

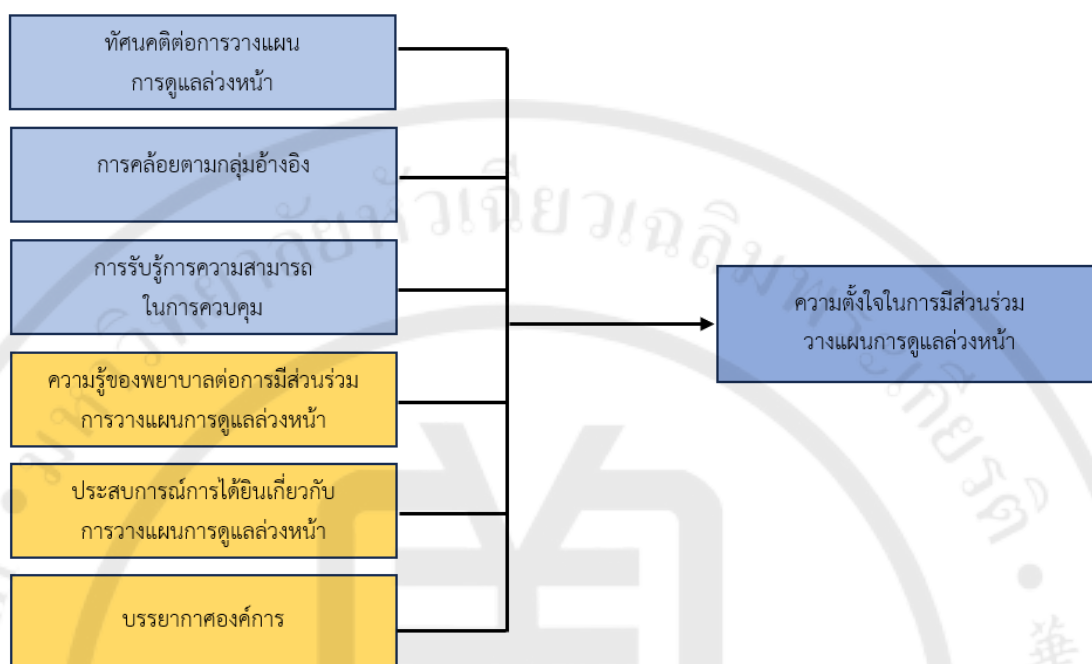
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การ และความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของอัจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการ

ดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความตั้งใจโดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจมี 3 ประการ ได้แก่ 1) ทศคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the behavior) หมายถึงความรู้สึกหรือการรับรู้คุณค่าของการกระทำ ความรู้สึกโดยรวมของบุคคลในทางกระตุ้นหรือต่อต้านการกระทำนั้นๆ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้คือ การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) การรับรู้ถึงแรงกดดันทางสังคมหรือบุคคลอ้างอิงรอบข้าง การคล้อยตามบุคคลรอบข้างถึงความคาดหวังให้ปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้คือ ความรู้สึกกดดันทางสังคม หรือ แรงสนับสนุน ที่พยาบาลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ระดับที่บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถหรือสามารถควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด ในการศึกษาครั้งนี้คือ การรับรู้ถึงความยากลำบาก หรือความง่ายต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าการศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพบว่าหากพยาบาลมีความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัจจัยถัดมาคือ ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่า พยาบาลที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการได้ยิน การมีส่วนร่วม การสังเกต และการได้รับอบรมเพิ่มเติมจะสามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและเพิ่มความมั่นใจในการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้เพิ่มขึ้น และบรรยากาศองค์การ หากหน่วยงานนั้นๆมีการส่งเสริม และสนับสนุน เกี่ยวกับการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอาจส่งผลให้พยาบาลมีแรงสนับสนุนที่ดี มีแรงจูงใจในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาอำนาจการทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1.7 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 4 โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการวิจัยระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 (ระยะเวลา 12 เดือน)

1.8 นิยามศัพท์

1.8.1 ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง แรงจูงใจหรือความมุ่งมั่นของพยาบาลในการดำเนินการและการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ของอภริณี พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023)

1.8.2 ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ของอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023)

1.8.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความรู้สึกกดดันทางสังคม หรือ แรงสนับสนุน ที่พยาบาลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ของอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023)

1.8.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก หรือความง่ายต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ของอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023)

1.8.5 ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ของอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023)

1.8.6 ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การได้รับความรู้ การได้ยินการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

1.8.7 บรรยากาศองค์การ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย 6 ด้านตามแนวคิดของสตริงเจอร์ (Stringer, 2002) ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง 2) มาตรฐาน 3) ด้านความรับผิดชอบ 4) ด้านการได้รับการยอมรับ 5) ด้านการสนับสนุน และ 6) ด้านความยึดมั่นผูกพัน แปลเป็นภาษาไทย Kacha Wimol (2003) และปรับให้สอดคล้องกับบริบทการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดย Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023)

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางการพัฒนาความตั้งใจในการสนับสนุนวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ด้านการบริการทางพยาบาล

เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐาน และแนวทางในการสร้างเสริมและจัดสรรทรัพยากรองค์การที่เหมาะสมต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

ด้านการศึกษาวิจัย

เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหา ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- 2.1.1 ความหมายของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2.1.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2.1.3 กระบวนการและการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2.1.4 ผลลัพธ์และอุปสรรคของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและความตั้งใจการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- 2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior)
- 2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน
- 2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- 2.3.1. ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินทัศนคติการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2.3.2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.3.4 ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5 ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.6 บรรยากาศองค์การ

2.3.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ

2.3.6.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์การ

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.1.1 ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP, 2019) ให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ว่าเป็นกระบวนการสะท้อนคิด อภิปราย และสื่อสาร ซึ่งเอื้อต่อการตัดสินใจวางแผนการรักษาพยาบาลในอนาคต รวมถึงการจัดการดูแลในช่วงที่บุคคลไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารได้ด้วยตนเอง อีกทั้งครอบคลุมถึงการหารือเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่าต่อชีวิต ความปรารถนา และความต้องการด้านสุขภาพ โดยมีการพูดคุยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสุขภาพ สมาชิกครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในชีวิต จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในลักษณะที่สอดคล้องกัน คือ กระบวนการวางแผนการดูแลสุขภาพที่จัดทำขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต แผนดังกล่าวอาจอยู่ในรูปแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยมักเกิดจากการสนทนาและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจกำหนดแผนการดูแลด้วยตนเอง ร่วมกับการปรึกษามemberครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ (National Health Commission Office Thailand, 2022) นอกจากนี้ การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังถูกอธิบายว่าเป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและวางแผนแนวทางการรักษาในอนาคต โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Tipkanjanaraykha Kitsanaporn & Thiammok Maneerat 2017)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการสำคัญที่นำไปสู่การจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขบางประการ และเป็นหัวข้อที่ทีมสุขภาพควรจัดให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้การดูแลรักษาสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง อีกทั้งยังเป็นกระบวนการสนับสนุนบุคคลทุกช่วงวัยให้สะท้อนถึงคุณค่า เป้าหมายชีวิต และความปรารถนาเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในอนาคต ดังนั้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมิใช่เพียงเครื่องมือทางการแพทย์ในการกำหนดแนวทางการรักษาเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการสื่อสารที่เคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลในระยะท้ายเป็นไปตามความต้องการ ความเชื่อ และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (Department of Medical Service, 2020; Sudore et al., 2017)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือการเน้นที่กระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างคนทำกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งรายละเอียดเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) Patient preference ความต้องการและเป้าหมายการดูแลเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถสะท้อนออกมาได้เมื่อเข้าใจโรค ระยะของโรค และผลการรักษา ตัวอย่างเช่น

ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน อยากกล่าวคำขอบคุณหรือขอโทษ อยากให้บุคคลใดอยู่ข้างกายหรือหกลี้งไม่พบเจอ รวมถึงกิจกรรมหรือบรรยากาศสุดท้ายที่ปรารถนา เช่น การสวมดนตรีหรือฟังเพลง แม้ไม่มีกฎหมายรองรับโดยตรง แต่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญและต้องอาศัยทักษะการสื่อสารอย่างละเอียดอ่อน

2) Advance decisions (Advance directive/Living will) การแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย หรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายหรือยุติความทรมาน โดยการปฏิบัติตามเจตนาไม่ถือเป็นความผิดทางกฎหมาย ทั้งนี้แพทย์ต้องวินิจฉัยก่อนว่าถึงเวลาที่เหมาะสม

3) Proxy nomination การมอบหมายบุคคลใกล้ชิดให้ตัดสินใจแทน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง โดยต้องอาศัยการวินิจฉัยจากแพทย์ยืนยันก่อนว่าอยู่ในภาวะดังกล่าว

สรุปได้ว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการสำคัญที่เน้นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลรักษาในระยะท้าย สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสะท้อนความต้องการส่วนบุคคล (Patient preference) การแสดงเจตนาล่วงหน้าอย่างเป็นทางการ (Advance directive/Living will) และการมอบหมายผู้แทนตัดสินใจ (Proxy nomination) ซึ่งทั้งหมดช่วยสนับสนุนให้การดูแลเป็นไปอย่างมีศักดิ์ศรี เคารพสิทธิ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงท้ายของชีวิต

2.1.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และเป้าหมายชีวิตของตนเอง (Silveira, 2023) โดยรายงานจากการประชุม Universal Principles for Advance Care Planning (NHS England, 2022) ชี้ให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคคลต่อการรักษาพยาบาล โดยเน้นให้การดูแลมุ่งไปที่สิ่งที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าที่สุด ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพสูงสุดจนถึงวาระสุดท้าย ในบริบทของประเทศไทย National Health Commission Office Thailand (2022) ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้อย่างชัดเจน ได้แก่

1) ช่วยให้มีสุขภาพเข้าใจความต้องการ และสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า เพื่อนำไปสู่การออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย

2) เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและแผนการดูแลที่ถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ

3) ใช้เป็นแนวทางตัดสินใจทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้งกำหนดผู้แทนที่สามารถแสดงเจตนาแทนได้อย่างถูกต้อง

โดยสรุปการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีเป้าหมายสำคัญในการทำให้ทีมสุขภาพรับรู้ความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน อันจะนำไปสู่การจัดการดูแลที่ตอบสนองต่อคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของบุคคล ขณะเดียวกันยังเป็นกลไกสำคัญที่ระบุผู้แทนการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลในระยะท้ายดำเนินไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.1.3 กระบวนการและการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่ละเอียดอ่อน ความไว้วางใจ และความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว จุดมุ่งหมายสำคัญคือการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจวางแผนการดูแล ทำให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าใจเจตนารมณ์ ความต้องการ และคุณค่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสำคัญ อันจะนำไปสู่การดูแลที่สอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Department of Medical Service, 2020; Tipkanjanaraykha Kitsanaporn & Thiammok Maneerat 2017)

2.1.3.1 ขั้นเตรียมการ การเตรียมความพร้อมถือเป็นรากฐานสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากกระบวนการนี้ไม่สามารถเสร็จสิ้นภายในครั้งเดียวได้ ต้องมีการประเมินและทบทวนเป็นระยะ โดยการเตรียมการแบ่งเป็น 2 มิติหลัก คือ

(1) ด้านบุคลากรสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่ชัดเจน มีบทบาทที่กำหนดแน่นอนทั้งแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารเชิงลึก เช่น การพูด ฟัง สัมผัส และภาษากาย เพื่อสร้างความไว้วางใจและศรัทธา รวมถึงการฝึกซ้ำเพื่อเพิ่มความชำนาญ การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการเอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

(2) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้องประเมินความพร้อมทั้งทางกาย จิตใจ สติปัญญา และการยอมรับโรค รวมถึงความเข้าใจในประโยชน์ของการวางแผน ซึ่งไม่ใช่การหยุดการรักษา แต่เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ โดยการตัดสินใจขั้นสุดท้ายควรยึดจากเจตนาขณะที่ยังมีสติ หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย

2.1.3.2 ขั้นตอนการดำเนินการในโรงพยาบาล กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยมีบทบาทของทีมสุขภาพดังนี้

(1) การสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ ใช้ทักษะการพูดคุยที่ละเอียดอ่อน เพื่อค้นหาความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการระบุผู้ตัดสินใจแทน (surrogate decision maker)

(2) การให้ข้อมูลพยากรณ์โรคตามจริง ถ่ายทอดข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา โดยหลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมรับมือ และร่วมกันกำหนดแผนการดูแล

(3) การกำหนดเป้าหมายการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเป้าหมายชีวิต และเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เช่น การรักษาเต็มที่เพื่อยืดชีวิต หรือการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความเจ็บปวด

(4) การวางแผนการดูแลร่วมกัน ทีมสุขภาพอธิบายข้อดีข้อเสียของทางเลือกการรักษาแต่ละแบบ แผนที่กำหนดต้องสอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตที่ผู้ป่วยวางไว้ และมีการหารือถึงสถานที่ดูแล การใช้หรือไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ รวมถึงการออกคำสั่งเกี่ยวกับการกู้ชีพ (Resuscitation order)

2.1.3.3 การดำเนินการนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจัดทำวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง ไม่ว่าจะที่บ้านหรือโรงพยาบาล และสามารถแก้ไขได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การทบทวนความปรารถนาของตนเอง การพูดคุยกับครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ การกำหนดแนวทางการรักษาเมื่อตนไม่สามารถตัดสินใจได้ รวมถึงการระบุผู้แทนตัดสินใจ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไว้วางใจ โดยควรมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี และการบันทึกเจตนารมณ์สามารถทำได้ทั้งลายลักษณ์อักษรหรือการบันทึกเสียง (National Health Commission Office Thailand, 2022)

2.1.3.4 การบันทึกและจัดเก็บเอกสาร เมื่อผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดูแลแล้ว ควรบันทึกลงในเอกสาร Advance directive/Living will โดยแพทย์และครอบครัวร่วมตรวจสอบความถูกต้อง และลงนามรับรอง เอกสารดังกล่าวต้องถูกจัดเก็บไว้ในเวชระเบียน เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจรักษาอย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

2.1.3.5 การทบทวนและปรับปรุงแผน การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีการจัดทำไว้เป็นเอกสารสามารถปรับปรุงได้ตามการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสถานการณ์ชีวิต จึงควรมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้แทนการตัดสินใจเข้าร่วมกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลยังคงเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

ดังนั้นการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่จำกัดเฉพาะโรงพยาบาล แต่สามารถทำได้ทุกที่ ทุกเวลา เนื่องจากเนื้อหามีความละเอียดอ่อน การสนทนาจึงต้องอาศัยเวลาและความไว้วางใจ เพื่อให้การดูแลในระยะท้ายของชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.1.4 ผลลัพธ์และอุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.1.4.1 ผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพได้รับประโยชน์หลายประการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพ โดยผลลัพธ์ที่พบจากการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่

(1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของตนเอง ทำให้ช่วงชีวิตระยะท้ายมีคุณภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม และสามารถเสียชีวิตอย่างสงบตามความปรารถนา (Tipkanjanaraykha Kitsanaporn & Thiammok Maneerat 2017; Nilmanat kittikorn & Tinkaew Phenpitcha, 2021) ขณะเดียวกัน ครอบครัวยังมีความพึงพอใจต่อการดูแล ลดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังการสูญเสีย (Silveira, 2023)

(2) ด้านบุคลากรสุขภาพ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจเจตนาและเป้าหมายของผู้ป่วยอย่างชัดเจน สามารถวางแผนการรักษาได้ตรงความต้องการ ลดความสับสนหรือความขัดแย้งในการตัดสินใจ และส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Zwakman et al., 2018)

(3) ด้านระบบบริการและเศรษฐกิจสุขภาพ มีหลักฐานว่างานวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการรักษาเชิงรุกรานที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในวาระสุดท้าย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจหรือการใช้เครื่องพยุงชีพ และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยไม่เพิ่มอัตราการเสียชีวิต อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองและการเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ที่บ้านหรือบ้านพักรับรองผู้ป่วยระยะท้าย (Silveira, 2023)

2.1.4.2 อุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แม้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะก่อให้เกิดประโยชน์ชัดเจน แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ได้แก่

(1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวบางรายยังไม่พร้อมที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลล่วงหน้า อาจเกิดจากความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ความแตกต่างในค่านิยมภายในครอบครัว รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและข้อจำกัดด้านการตัดสินใจของผู้สูงอายุ (Jimenez et al., 2018)

(2) ด้านบุคลากรสุขภาพ มีรายงานว่าพยาบาลจำนวนมากยังไม่สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างเต็มที่ โดยพบว่ากว่าครึ่งไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้าย และมีเพียงส่วนน้อยที่เคยริเริ่มพูดคุยเรื่องการรักษาแบบประคับประคอง ความท้าทายสำคัญคือการขาดทักษะการสื่อสาร ความยากในการประเมินพยากรณ์โรค และความไม่มั่นใจในการเริ่มต้นสนทนาเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Rietze et al., 2018)

(3) ด้านลักษณะของโรค โรคบางชนิด เช่น หัวใจล้มเหลวหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่ชัดเจนและคาดการณ์ได้ยาก ทำให้การกำหนดเวลาเริ่มต้นการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปอย่างซับซ้อน และอาจก่อให้เกิดความรู้สึกเชิงลบในผู้ป่วยและครอบครัว (Jimenez et al., 2018)

โดยสรุป การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ลดความทุกข์ของครอบครัว ส่งเสริมความชัดเจนในการตัดสินใจของบุคลากรสุขภาพ และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญยังคงอยู่ที่ความร่วมมือและทัศนคติของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร รวมถึงข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารและความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) พัฒนาโดยเอเจน (Ajzen, 1991) เพื่ออธิบายกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างความตั้งใจกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยมีรากฐานมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ของเอเจน และ ฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein, 1975) ซึ่งมองว่ามนุษย์ใช้เหตุผลในการประเมินข้อมูลที่มีอยู่ และพิจารณาผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นก่อนลงมือปฏิบัติพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม TRA ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมบางอย่างที่บุคคลควบคุมได้ไม่สมบูรณ์ (incomplete volitional control) เช่น พฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับการเฝ้าระวังภายนอก ทำให้เอเจนขยายแบบจำลอง โดยเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) จนกลายเป็น Theory of Planned Behavior ในที่สุด โครงสร้างของทฤษฎีชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดย ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (behavioral intention) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแปรทำนายที่ใกล้ชิดที่สุดต่อการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจดังกล่าวขึ้นอยู่กับการรับรู้ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1) ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) หมายถึงการประเมินเชิงบวกหรือลบของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งขึ้นกับความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม (behavioral beliefs) และการให้คุณค่าต่อผลลัพธ์ (evaluation of outcomes) หากบุคคลคิดว่า

ผลลัพธ์จะเป็นประโยชน์ ทักษะที่เกิดขึ้นจะเป็นเชิงบวก แต่หากคาดว่าจะก่อให้เกิดผลเสีย ก็จะทำให้เกิดทัศนคติในเชิงลบ (Ajzen & Fishbein, 1980)

2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms) เป็นการรับรู้แรงกดดันทางสังคมว่าคนสำคัญ เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือผู้บังคับบัญชา คาดหวังให้ตนปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจจึงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของผู้อื่น (normative beliefs) และแรงจูงใจที่จะทำตาม (motivation to comply) (Ajzen, 1991)

3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) สะท้อนการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีทรัพยากร โอกาส และศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เช่น เวลา เงิน ความรู้ ทักษะ หรือการสนับสนุนจากผู้อื่น โดย PBC มีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรม และโดยอ้อมผ่านความตั้งใจ (Ajzen, 2002)

เมื่อรวมกันแล้ว องค์ประกอบทั้งสามจะกำหนด ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมจริง หากบุคคลมีความตั้งใจสูง โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมจริงก็สูงขึ้นตามไปด้วย (Ajzen & Fishbein, 2010) ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจ ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก ทักษะ การรับรู้แรงกดดันทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง งานวิจัยด้านสุขภาพจึงนิยมประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้เพื่ออธิบายและคาดการณ์พฤติกรรม เช่น การเข้ารับการตรวจสุขภาพ การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา หรือแม้กระทั่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจ ซึ่งตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ความตั้งใจทำหน้าที่เป็นตัวแปรทำนายสำคัญที่สุดของการเกิดพฤติกรรมจริง งานวิจัยที่ศึกษาความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนพบผลการศึกษาดังนี้

Hong et al. (2019) ศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี จำนวน 226 คน ผลการวิจัยพบว่ามี ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง ($M = 3.25$, $SD = 0.57$) ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (30.5%) การมีความรู้บางส่วนเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (39.5%) และการมีทัศนคติเชิงบวกต่อ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($M = 9.02$, $SD = 1.67$)

Ke et al. (2022) ศึกษาผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการศูนย์ผู้สูงอายุในไต้หวัน จำนวน 401 คน พบว่าผู้ดูแลมีระดับความตั้งใจในการทำวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้เหตุผลว่า ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพมากกว่า และมีโอกาสสัมผัสกับความเจ็บปวดหรือความพิการของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่า

อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2562) ศึกษาผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 88 คน พบว่าความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.05$, $SD = 1.33$) โดยเหตุผลของกลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำที่สุด ได้แก่ ยังไม่เจ็บป่วยรุนแรง (15.9%) ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม (5.68%) และใช้การพูดคุยกับครอบครัวแทนการทำหนังสือแสดงเจตนา (2.27%) ส่วนกลุ่มที่มีความตั้งใจระดับปานกลางให้เหตุผล เช่น ต้องการจากไปอย่างสงบ (7.95%) ไม่ต้องการเป็นภาระครอบครัว (2.27%) และต้องการผู้ช่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนา (2.27%) ขณะที่กลุ่มที่มีความตั้งใจสูงให้เหตุผลหลักว่าไม่ต้องการเป็นภาระกับครอบครัว (3.41%) และต้องการข้อมูลเพิ่มเติม (1.14%)

Apiradee et al. (2024) ศึกษาพยาบาลโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากพยาบาลมีทัศนคติที่ดี ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มสูงที่จะริเริ่มและมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ทักษะ ความรู้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทั้งนี้งานวิจัยในต่างประเทศสะท้อนถึงบทบาทของการศึกษา ความรู้ และทัศนคติในการกำหนดความตั้งใจ ขณะที่งานวิจัยในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด แต่พบแนวโน้มเช่นเดียวกันว่า หากบุคคลหรือบุคลากรสุขภาพมีทัศนคติและการรับรู้ที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก็จะเพิ่มโอกาสในการเข้าร่วมและดำเนินการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากขึ้น

2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการประเมินความตั้งใจของบุคคลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) รวมถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยสามารถจำแนกได้เป็น 4 เครื่องมือหลัก ดังนี้

2.2.3.1 แบบสอบถาม Behavioral Intentions for Advance Care Planning พัฒนาโดย เชน และคณะ (Cheng et al., 2022) เพื่อวัดความตั้งใจของบุคคลในการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับทีมสุขภาพหรือสมาชิกครอบครัว การเข้าร่วมการปรึกษาหารือ และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้าย ลักษณะเป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า Likert 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 6–30 คะแนน โดยการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผู้ดูแล และผู้สูงอายุในศูนย์ผู้สูงอายุของไต้หวัน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .94

2.2.3.2 แบบสอบถาม Behavior Intention to Sign Up for Hospice and Palliative Care พัฒนาโดย เซน และคณะ (Chen et al., 2023) โดยอ้างอิงจากเครื่องมือของลิน และคณะ (Lin et al., 2011) และเซน (Chen, 2017) รวมถึงกฎหมายและนโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองในไต้หวัน เป็นมาตราส่วน Likert 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 5–25 คะแนน พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .975 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .762

2.2.3.3 แบบสอบถามความตั้งใจเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พัฒนาโดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการเข้าร่วม ภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน และทดสอบด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) เครื่องมือมีข้อคำถามที่ครอบคลุม ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้มาตราส่วน Likert 5 ระดับ โดยผลการทดสอบพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นและความตรงเชิงโครงสร้างที่เหมาะสม และแสดงให้เห็นว่าความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ความสามารถเป็นตัวทำนายสำคัญของความตั้งใจเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($p < .05$)

จากการทบทวนพบว่า เครื่องมือประเมินความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความหลากหลาย ทั้งที่มุ่งวัดในกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรสุขภาพ โดยแต่ละเครื่องมือมีความแตกต่างในด้านจำนวนข้อ เนื้อหา และค่าความเชื่อมั่น แต่ทั้งหมดสะท้อนแนวคิดร่วมกันคือ การวัด ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (TPB) ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวิจัยและการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลและครอบครัว

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และพฤติกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) โดยสามารถจำแนกปัจจัยที่สำคัญได้ดังนี้

2.3.1 ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) หมายถึง การประเมินของบุคคลต่อการกระทำใด ๆ ว่าเป็นไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ โดยสะท้อนการรับรู้และความรู้สึกโดยรวมว่าการกระทำนั้นมีคุณค่า เหมาะสม ควรกระทำ หรือควรหลีกเลี่ยง หากบุคคลมีทัศนคติเชิงบวก ย่อมเอื้อต่อการเกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น ในขณะที่ทัศนคติเชิงลบจะเป็นปัจจัยลดทอนความตั้งใจในการกระทำ (Ajzen & Fishbein, 1975) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก ตลอดจนแนวโน้มในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

งานวิจัยในหลายประเทศยืนยันตรงกันว่า ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยทัศนคติที่เป็นบวกช่วยเสริมให้บุคคลตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นความตั้งใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกา ฮง และคณะ (Hong et al., 2019) ศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์เชื้อสายเกาหลีจำนวน 226 คน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .501, p < .001$) และยังสามารถทำนายความตั้งใจได้ ($\beta = .271, p < .001$) ขณะที่การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นโดย ทากาชิตะ และคณะ (Takeshita et al., 2021) รายงานผลคล้ายคลึงกันว่า ทัศนคติของประชาชนมีความสัมพันธ์สูงกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = .828, p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยในไต้หวันของกิ และคณะ (Ke et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 401 คน พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = .494, p < .01$) และสามารถใช้เป็นตัวทำนายความตั้งใจได้ ($\beta = .057, p < .001$) สำหรับประเทศไทย พบหลักฐานที่ตอกย้ำบทบาทของทัศนคติอย่างชัดเจน โดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2562) ศึกษาผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ($r = .585, p < .01$) ในทำนองเดียวกัน Kangwansura et al., 2022 รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีมีโอกาสตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 28.85, $p < .001$) นอกจากนี้ งานวิจัยล่าสุดของอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพไทยยังแสดงให้เห็นว่าทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสะท้อนว่าทัศนคติไม่ได้มีความสำคัญเฉพาะในกลุ่มประชาชนทั่วไป แต่ยังเป็นปัจจัยชี้ขาดในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอีกด้วย

งานวิจัยส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศยืนยันว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุหรือประชากรทั่วไป ไม่ได้เน้นไปที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทไทย เพื่อทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อไป

2.3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินทัศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินทัศนคติของบุคคลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) แบบสอบถาม Attitude regarding Advance Care Planning พัฒนาโดยเซง และคณะ (Cheng et al., 2022) ใช้ประเมินความเชื่อและการประเมินคุณค่าผลของ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้สูงอายุและผู้ดูแลในได้หวั่น จำนวน 12 ข้อ มาตรฐานส่วน Likert 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = .86 2) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าโดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2562) ใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชน จำนวน 10 ข้อ Likert 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา CVI = .98 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = .91 3) แบบสอบถาม Attitude toward Hospice and Palliative Care โดยเซง และคณะ (Chen et al., 2023) พัฒนาจากงานของลิน และคณะ (Lin et al., 2011) และเซง (Chen, 2017) จำนวน 11 ข้อ Likert 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา CVI = .975 และ Cronbach's alpha = .762 4) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในบุคลากรสุขภาพโดยอภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) พัฒนาภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งความเชื่อ ความรู้สึก และการประเมินคุณค่าต่อ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้มาตรฐานส่วน Likert 5 ระดับ และผ่านการทดสอบโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) พบว่ามีค่าความตรงและความเชื่อมั่นเหมาะสม สามารถใช้ทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เครื่องมือประเมินทัศนคติเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการพัฒนาหลากหลาย ทั้งในผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยของ เซง และคณะ (Cheng et al., 2022) และเซง และคณะ (Chen et al., 2023) เหมาะกับผู้สูงอายุและผู้ป่วย ขณะที่ อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2562) มุ่งเน้นผู้สูงอายุไทยในชุมชน ส่วน อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2024) โดดเด่นสำหรับพยาบาลวิชาชีพและผ่านการทดสอบเชิงโครงสร้าง จึงเลือกใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษา

2.3.2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสำคัญ เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรสุขภาพ คาดหวังให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ หากบุคคลรับรู้ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก็จะส่งผลให้มีความตั้งใจสูงขึ้นในการเข้าร่วมกระบวนการดังกล่าว ตรงกันข้าม หากกลุ่มอ้างอิงไม่เห็นด้วยหรือไม่สนับสนุน ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก็จะลดลง (Ajzen, 1991) สำหรับการศึกษาครั้งนี้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง ความรู้สึกกดดันทางสังคม หรือ แรงสนับสนุน ที่พยาบาลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิง และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน

2.3.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีหลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหากบุคคลรับรู้ว่าการครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดคาดหวังและสนับสนุนการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ก็จะเพิ่มความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น เช่น การศึกษาของ อภิรณี พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.127, p < .05$) และยังพบผลเช่นเดียวกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ($\beta = 0.19, p < .05$) นอกจากนี้ การศึกษาของ ฮง และคณะ (Hong et al., 2019) ในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี รายงานว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = .560, p < .001$) และสามารถทำนายความตั้งใจได้ ($\beta = .412, p < .001$) ขณะที่ เก และคณะ (Ke et al., 2022) ศึกษาผู้สูงอายุและผู้ดูแลในไต้หวัน พบความสัมพันธ์เชิงบวกในลักษณะเดียวกัน ($r = .488, p < .01; \beta = .05, p < .001$) รวมถึง ทาเกชิตะ และคณะ (Takeshita et al., 2021) ในญี่ปุ่นที่ยืนยันผลการศึกษา ($r = .759, p < .05$) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่รายงานผลไม่สอดคล้องกัน เช่น รีทซ์ และคณะ (Rietze et al., 2018) ที่ศึกษาพยาบาลวิชาชีพในแคนาดา พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และในประเทศไทย อภิรณี พิมเสน และคณะ (2562) ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายซึ่งอาจสะท้อนถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ความเชื่อเรื่องความตายที่มองว่าไม่เป็นสิริมงคล และความไม่แน่ใจว่าครอบครัวจะสนับสนุนหรือไม่

สรุปได้ว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในหลายบริบท แต่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันระหว่างประเทศชี้ให้เห็นว่า บริบททาง

สังคมและวัฒนธรรมอาจมีอิทธิพลสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และควรนำมาพิจารณาเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในการวิจัยและการปฏิบัติจริง

2.3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า รวมทั้งหมด 4 เครื่องมือหลัก 1) แบบสอบถาม Subjective Norms Toward ACP Discussion โดย ฮง และคณะ (Hong et al., 2019) ดัดแปลงจาก Theory of Planned Behavior Questionnaire (Mo & Mak, 2009) ใช้ประเมินการรับรู้ว่าคุณค่าสำคัญคาดหวังให้ผู้ตอบเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือไม่ มี 2 ข้อ ใช้มาตราส่วน Likert 4 ระดับ คะแนนรวม 2-8 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .76 2) แบบสอบถาม Subjective Norm Questionnaire โดย เชน และคณะ (Cheng et al., 2022) ประเมินอิทธิพลจากบุคคลอ้างอิง เช่น คู่สมรส บุตร หลาน แพทย์ พยาบาล และเพื่อน ครอบครัวทั้ง ความเชื่อ (normative beliefs) และ แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม (motivation to comply) รวม 7 ข้อ มาตราส่วน Likert 5 ระดับ คะแนนรวม 1-25 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 3) แบบสัมภาษณ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (2562) ใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชน จำนวน 8 ข้อ มาตราส่วน Likert 5 ระดับ คะแนนรวม 8-40 คะแนน ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.0 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .94 4) แบบสอบถาม Subjective Norms ต่อการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) พัฒนาเพื่อใช้กับพยาบาลวิชาชีพไทย ภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ครอบคลุมการรับรู้แรงกดดันทางสังคมและการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิง ใช้มาตราส่วน Likert 5 ระดับ ผ่านการทดสอบด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างและค่าความเชื่อมั่นที่เหมาะสม สามารถทำนายความตั้งใจในการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความหลากหลาย ทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ครอบคลุมทั้งบริบทต่างประเทศและประเทศไทย โดยมีความน่าเชื่อถือสูง และล่าสุดมีการพัฒนาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพไทย (Apiradee et al., 2024) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของปัจจัยทางสังคมต่อความตั้งใจเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงเลือกใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษา

2.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นง่ายหรือยาก โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา การคาดการณ์ รวมถึงปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรค ซึ่งส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายพฤติกรรม (Ajzen, 1991) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก หรือความง่ายต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยผู้สูงอายุไทยที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสูงมีแนวโน้มตั้งใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้ามากขึ้น ($r = .615, p < .01$) (อภิรฎิ พิมเสน และคณะ, 2562) ขณะที่การศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี พบความสัมพันธ์เชิงบวกเช่นกัน ($r = .391, p < .001$) แม้ไม่สามารถทำนายความตั้งใจได้ (Hong et al., 2019) ส่วนการศึกษาในญี่ปุ่นรายงานว่า การรับรู้ความสามารถไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Takeshita et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ($r = .481, p < .05$) แม้ไม่สามารถใช้เป็นตัวทำนายได้เช่นเดียวกัน (Schiffman & Werner, 2021) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมยังยืนยันว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = .29, p < .05$) (Rietze et al., 2018) สำหรับบริบทประเทศไทยการศึกษาของ อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) ที่ศึกษาพยาบาลวิชาชีพโดยใช้โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.349, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลรับรู้ว่าตนมีศักยภาพเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มสูงที่จะเข้าร่วมและส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ แม้ว่าบางบริบททางวัฒนธรรมอาจไม่สามารถใช้ทำนายความตั้งใจได้โดยตรง แต่โดยรวมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถจะช่วยเพิ่มความพร้อมและการมีส่วนร่วมในกระบวนการ วางแผนการดูแลล่วงหน้าได้

2.3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในระยะท้าย 3

เครื่องมือ 1) แบบสอบถาม Perceived Control Toward ACP Discussion โดย ฮง และคณะ (Hong et al., 2019) ดัดแปลงจาก Theory of Planned Behavior Questionnaire (Mo & Mak, 2009) ประเมินความสามารถในการควบคุมการสนทนา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับครอบครัว จำนวน 3 ข้อ มาตรฐาน Likert 4 ระดับ คะแนน 3–12 มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดย อภิรณี พิมเสน และคณะ (2562) ครอบคลุมด้านบวกและลบ จำนวน 7 ข้อ มาตรฐาน Likert 5 ระดับ คะแนน 7–35 มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .76 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดย อภิรณี พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) พัฒนาภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ครอบคลุมความเชื่อ ความรู้สึก และการควบคุมตนเอง ใช้มาตรฐาน Likert 5 ระดับ ผ่านการทดสอบด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) พบว่ามีค่าความตรงและความเชื่อมั่นเหมาะสม และสามารถทำนายความตั้งใจในการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เครื่องมือเหล่านี้ ครอบคลุมการประเมินการรับรู้ความสามารถในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในบริบทผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะงานของ อภิรณี พิมเสน และคณะ (2024) ที่สะท้อนถึงความเหมาะสมในการใช้กับพยาบาลวิชาชีพไทย และสามารถใช้อธิบายความตั้งใจได้อย่างชัดเจน จึงเลือกใช้เครื่องมือนี้ในการศึกษา

2.3.4 ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความตั้งใจและการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการดำเนิน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยความรู้ดังกล่าวหมายถึงความเข้าใจและประสบการณ์ที่สั่งสมจากการเรียนรู้และการปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและมีความมั่นใจในการส่งเสริม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีบทบาทสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของพยาบาล โดยงานวิจัยระบุว่าพยาบาลที่มีความรู้ด้านนี้มักจะแสดงแนวโน้มเข้าร่วมกระบวนการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้มากขึ้น (Rietze et al., 2018) และมีความเต็มใจในการสนับสนุน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า มากกว่า (Tang et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย อภิรณี พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) ที่พบว่า ความรู้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผ่านทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (β

= 0.449, $p < .001$) ทำให้ความรู้ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของพยาบาล ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ ชี และ ลู (Shih & Lu, 2024) ที่ศึกษาพยาบาลด้านมะเร็งวิทยา พบว่าความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.059$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ที่เพียงพอไม่เพียงส่งผลทางตรง แต่ยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วย

จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมของพยาบาลในการเข้าร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยพยาบาลที่มีความรู้มากกว่าจะมีแนวโน้มเข้าร่วมและส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากขึ้น

2.3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า พัฒนาโดย ถัง และคณะ (Tang et al., 2020) เพื่อใช้ประเมินความรู้ของพยาบาลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบคลุมความหมาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และบทบาทของพยาบาลในการดำเนินการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ลักษณะเป็นแบบสอบถามปรนัย (multiple choice) จำนวน 15–20 ข้อ ให้คะแนนแบบถูก-ผิด ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .95 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .88 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า พัฒนาโดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) เพื่อใช้กับพยาบาลวิชาชีพไทย โดยเครื่องมือครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กฎหมายและสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รวมถึงขั้นตอนและบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นแบบสอบถามปรนัย (true/false และ multiple choice) มีจำนวน 20 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .85

ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า ของ อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Apiradee et al., 2024) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาสำหรับพยาบาลวิชาชีพไทย ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ทั่วไป กฎหมาย และบทบาท

ของพยาบาล อีกทั้งยังมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้

2.3.5 ประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลได้ ประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหมายถึง การได้รับความรู้ การไต่ถามการสนทนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.3.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประสพการณ์การไต่ถามและการคุ้นเคยกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อความมั่นใจและความตั้งใจของพยาบาลในการมีส่วนร่วมกับการกระบวนกรดังกล่าว โดย มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 2019) รายงานว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้าน การวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจมากขึ้นและสามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ขณะที่ โอห์ร์ และคณะ (Ohr et al., 2021) พบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์ตรงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย จะสามารถรับฟังอย่างลึกซึ้ง เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และร่วมกำหนดแนวทางการดูแลกับทีมสหวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ลอเคน และร็อกสตัด (Løken & Rokstad, 2024) ยังย้ำว่าพยาบาลที่คุ้นเคยกับการสนทนาเรื่อง การวางแผนการดูแลผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่เป็น “สะพานเชื่อม” ระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน ถึงและคณะ (Tang et al., 2020) ศึกษาพยาบาลมะเร็งวิทยาในประเทศจีน พบว่าการไต่ถามและการอบรมเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย สามารถทำนายความเต็มใจของพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.148, p < .05$; $\beta = 0.129, p < .05$)

ประสพการณ์การไต่ถามและการอบรมเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มความตั้งใจของพยาบาลในการเข้าร่วมและส่งเสริมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดประสพการณ์การไต่ถามเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ในหลายประเทศ เช่น แบบสอบถามของ ถึง และคณะ

(Tang et al., 2020) ที่ประเมินการได้รับการอบรมและการสนทนา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในพยาบาลมะเร็งวิทยาในจีน แบบสอบถามของ โอห์ร์ และคณะ (Ohr et al., 2021) ที่สำรวจประสบการณ์ตรงของพยาบาลในการมีส่วนร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแบบสอบถามของ ลอเคน และร็อกสตัด (Løken & Rokstad, 2024) ที่ใช้วัดความคุ้นเคยในการสนทนา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ของบุคลากรสุขภาพ นอกจากนี้ อภิรณี พิมเสน และคณะ (2024) ยังได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับพยาบาลไทย ครอบคลุมทั้งการอบรม การได้ยิน และการมีส่วนร่วม ซึ่งมีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามเครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นแบบประเมินที่ถูกรวบรวมไว้ในข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ขึ้นรวมไว้ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.3.6 บรรยากาศองค์การ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ บรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) ซึ่งหมายถึง สภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ประสบการณ์ และการปฏิบัติงานของบุคลากร (Stringer, 2002) โดยบรรยากาศองค์การประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) มาตรฐาน (Standard) 3) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 4) การยอมรับ (Recognition) 5) การสนับสนุน (Support) และ 6) ความผูกพัน (Commitment) ทั้งนี้ องค์กรที่มีนโยบายและโครงสร้างสนับสนุนที่ชัดเจน จะช่วยเพิ่มอัตราการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากกว่าองค์กรที่ขาดแนวทางที่ชัดเจน (Palmer et al., 2019) อีกทั้งบรรยากาศองค์การนับเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและพฤติกรรม การปฏิบัติงานของพยาบาล โดยเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2.3.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ

หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างบรรยากาศองค์การกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลในหลายมิติ การศึกษาของ (Nupinit Warina et al., 2017) พบว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต ($r = .603, p < .01$) ขณะที่ Panuraj (2017) รายงานว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($r = .508, p < .01$) สะท้อนว่าบรรยากาศองค์การที่สนับสนุนการทำงานสามารถกระตุ้นให้พยาบาลแสดงพฤติกรรมดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น รวมถึง (Bunnaphasithasothin Chedhakitd & Sriruecha Chanaphol, 2021) พบว่าบรรยากาศองค์การมี

ความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะวิชาชีพของพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ($r = .517, p < .001$) และ การศึกษาของ Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) ชี้ให้เห็นว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุน การวางแผนการดูแลล่วงหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .591, p < .05$) สอดคล้องกับข้อสรุปจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ ว่าบรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการทำงานไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มสมรรถนะ แต่ยังเป็นแรงผลักดันให้พยาบาลมีส่วนร่วมและเกิดความตั้งใจในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาทั้งในอดีตและปัจจุบันสนับสนุนแนวคิดร่วมกันว่า บรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมสมรรถนะ พฤติกรรมการดูแล และการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งหากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.3.6.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินบรรยากาศองค์การ

บรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจและสมรรถนะของพยาบาล งานวิจัยด้านการพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์การ เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ของบุคลากรในบริบทต่าง ๆ 1) แบบประเมินบรรยากาศองค์การของโรเบิร์ต สตริงเจอร์ (Stringer, 2002) แปลและประยุกต์ใช้ในประเทศไทยโดย Kacha Wimol (2003) พัฒนาในกรอบแนวคิด An Organizational Performance Model ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ครอบคลุมมิติสำคัญของบรรยากาศองค์การ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .96 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 แสดงถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้วัดการรับรู้บรรยากาศองค์การในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ 2) แบบประเมินบรรยากาศองค์การในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาโดย เบญจรัตน์ และคณะ (2566) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของสตริงเจอร์ (2002) เช่นกัน ประกอบด้วย 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .98 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .96 3) แบบประเมินบรรยากาศองค์การสำหรับพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พัฒนาโดย Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) จากการแปลและปรับเครื่องมือของ Kacha Wimol (2003) ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย 24 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) โครงสร้าง (4 ข้อ) 2) มาตรฐาน (4 ข้อ) 3) ความรับผิดชอบ (4 ข้อ) 4) การได้รับการยอมรับ (3 ข้อ) 5) การสนับสนุน (5 ข้อ) และ 6) ความยืดหยุ่นผูกพัน (4 ข้อ) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .91 คะแนนรวม 24–120 คะแนน ยิ่งคะแนนสูงสะท้อนการรับรู้บรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับสูง

เครื่องมือทั้ง 3 ได้รับการพัฒนาบนกรอบแนวคิดเดียวกันของสตรีงเจอร์ (2002) และมีความน่าเชื่อถือสูง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือของ Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) มีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากได้รับการปรับให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลไทยโดยตรง และมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารเชิงรุกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต และการตายดีของผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีองค์ประกอบสำคัญทั้งในด้านความปรารถนาส่วนบุคคล การแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษร และการระบุผู้แทนตัดสินใจ ซึ่งการที่ พยาบาลวิชาชีพจะมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมกระบวนการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะทางวิชาชีพเพียงอย่างเดียว แต่การได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเชิงพฤติกรรมภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior) อันประกอบด้วย ทศนคติด้านบวกต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แรงสนับสนุนจากองค์กร และการรับรู้ที่ตนเองมีขีดความสามารถที่จะดำเนินการได้ นอกจากนี้ ปัจจัยเสริมอย่างความรู้ที่ถูกต้อง ประสบการณ์ที่เคยได้รับฟังหรือผ่านการอบรม และบรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เกิดความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์หลักในการนำไปสู่การปฏิบัติจริง ดังนั้น การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ในบริบทสังคมไทย จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างยั่งยืน

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การทำการศึกษาศึกษาในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ ในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลระดับชุมชน โรงพยาบาลระดับทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 6 โรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลบางเสาธง และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ และผู้ป่วยพิเศษที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมวิจัยและตอบคำถาม

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม หรือหอผู้ป่วยพิเศษตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

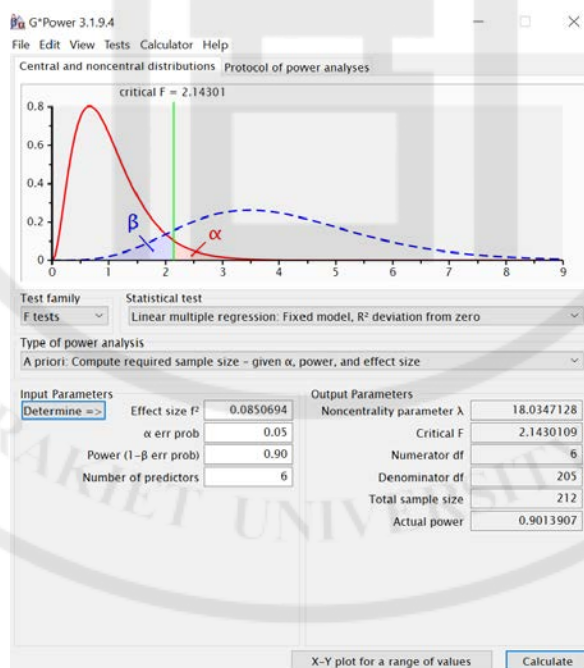
3.2.3.2 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงที่ดำเนินงานวิจัย เช่น ลาศึกษาต่อ หรือ ลาคลอด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.2.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*power กำหนดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยก่อนหน้าที่มีความสอดคล้องของ เฉิน และคณะ (Chen et al., 2025) ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($r = .28, p < .05$) นำมาคำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$ ซึ่งโปรแกรมคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (f^2) ให้ได้ค่าเท่ากับ 0.0850 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับ .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .90 ใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร แทนค่าทั้งหมดในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน จากนั้นเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล (attrition rate) และการสูญหายจากการวิจัยอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarakul boonjai, 2010) จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 233 คน



ภาพที่ 3.1 แสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power

3.2.4.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

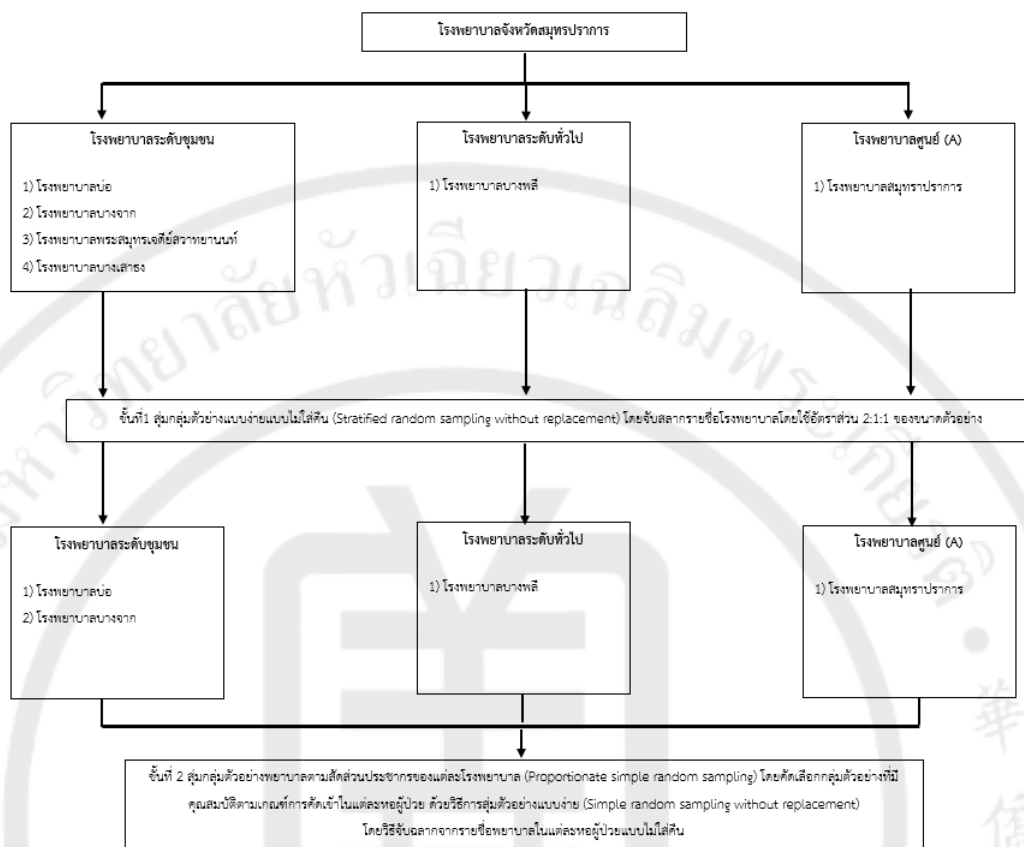
การศึกษานี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการทั้งหมดในระดับชุมชน โรงพยาบาลระดับทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง แบบ 2 ขั้นตอน (two-stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดระดับของโรงพยาบาลที่ให้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรม สามัญหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยกรรมพิเศษเป็นชั้นภูมิ (Stratum) และดำเนินการสุ่มแบบไม่คืน (Stratified random sampling without replacement) โดยใช้สัดส่วน 2:1:1 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี และโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (Proportionate Simple Random Sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจากสูตรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน $= n \times n_1/N$ (เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย, n_1 = ขนาดประชากรในชั้นภูมิหรือในกลุ่มย่อย, N = ขนาดประชากรของงานวิจัย) โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืนให้ได้ครบตามจำนวน 233 คน เพื่ออ้างอิงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร (ตารางที่ 3.1 และภาพที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

รายชื่อโรงพยาบาล	ขนาดประชากร (คน)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1) โรงพยาบาลบางจาก	23	14
2) โรงพยาบาลบางบ่อ	42	25
3) โรงพยาบาลบางพลี	68	41
4) โรงพยาบาลสมุทรปราการ	253	153
รวม	386	233



แผนภาพที่ 3.2 แสดงการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามมี 3 ส่วน ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ทำงานในปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระยะเวลาที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยปัจจุบัน การได้รับอบรมการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การมีประสบการณ์ได้ยื่นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การเคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัว และหน่วยงานหรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Nurses' Intention to Participate in Advance Care Planning [NIPACP]) เป็นแบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่พัฒนาขึ้นโดย ชาน และคณะ (Chan et al., 2020) ภายใต้องค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน แพล

เป็นภาษาไทย ปรับให้ตรงกับวัฒนธรรมไทย และวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือโดย อภิรฎิ พิมเสน และคณะ (Pimsen et al., 2023) และตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยความตั้งใจ, ทักษะคิด, การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง, การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความรู้ เท่ากับ (.91,.89, .96, .87 และ .96 ตามลำดับ) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตั้งใจ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านทักษะคิด จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ และ 5) ความรู้ จำนวน 4 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบประเมินความตั้งใจ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการควบคุมพฤติกรรม ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน โดยกำหนดช่วงคะแนนและการแปลผลเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติ คือ ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด ทหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น) โดยกำหนดช่วงคะแนนมาตราวัด ดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ดังนี้

ระดับคะแนน		ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล	
เฉลี่ย		การดูแลล่วงหน้า	
14.67 – 20.00	หมายถึง	ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง	
9.34 – 14.66	หมายถึง	ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง	
4.00 – 9.33	หมายถึง	ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ	

2. กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะคิด ดังนี้

ระดับคะแนน		ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	
เฉลี่ย			
18.34 – 25.00	หมายถึง	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง	
11.67 – 18.33	หมายถึง	ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง	

5.00 – 11.66 หมายถึง ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ

3. กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ระดับคะแนน

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

เฉลี่ย

14.67 – 20.00	หมายถึง	การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง
9.34 – 14.66	หมายถึง	การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
4.00 – 9.33	หมายถึง	การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ

4. กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

ระดับคะแนน

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

เฉลี่ย

11.01 – 15.00	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง
7.01 – 11.00	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
3.00 – 7.00	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ

5. กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้

ระดับคะแนน

**ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
ของพยาบาลวิชาชีพ**

เฉลี่ย

14.67 – 20.00	หมายถึง	ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง
9.34 – 14.66	หมายถึง	ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
4.00 – 9.33	หมายถึง	ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 บรรยายการ (An Organizational Climate Questionnaire [AOCQ]) เป็นแบบประเมินบรรยากาศองค์การที่พัฒนา และแปลแบบสอบถามจากกรอบแนวคิดบรรยากาศองค์การ An Organizational Performance Model (2002) ของ โรเบิร์ต สตริงเจอร์ (Stringer, 2002) โดย Kacha Wimol (2003) และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดย Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) มีจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง (4 ข้อ) 2) ด้านมาตรฐาน (4 ข้อ) 3) ด้านความรับผิดชอบ (4 ข้อ) 4) ด้านการได้รับการยอมรับ (4 ข้อ) 5) ด้านการสนับสนุน (4 ข้อ) และ 6) ด้านความยืดหยุ่น (4 ข้อ) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 คะแนนที่เป็นไปได้ 24 ถึง 120 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

	คำตอบ	อธิบาย
(5)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
(4)	เห็นด้วย	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมาก
(3)	เห็นด้วยปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบปานกลาง
(2)	เห็นด้วยน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบน้อย
(1)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบเลย

เกณฑ์การให้คะแนน โดยกำหนดช่วงคะแนนและการแปลผลเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติ คือ ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด ทหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น) โดยกำหนดช่วงคะแนนมาตราวัด ดังนี้

ระดับคะแนน	การรับรู้บรรยากาศองค์การของพยาบาล
คะแนน 81.67 – 120.00	หมายถึง รับรู้บรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับสูง
คะแนน 43.34 – 81.66	หมายถึง รับรู้บรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 24.00 – 43.33	หมายถึง รับรู้บรรยากาศองค์การของหน่วยงานอยู่ในระดับต่ำ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้สำหรับความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินบรรยากาศองค์การนำไปตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน โดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) โดยต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 โดยใช้สูตรของเดวิด (1992) (Davis, 1992, Cited in Ratsiri Thato, 2024)

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

ค่าความตรงเนื้อหาของเครื่องมือ แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแบบประเมินบรรยากาศองค์การ เท่ากับ 1.00 และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ผู้วิจัยนำแบบประเมินความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแบบประเมินบรรยากาศองค์การ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาประเมินหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) กำหนดค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป จากการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้พบว่า 1) แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ด้านความตั้งใจ ด้านทัศนคติ ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ด้านความรู้ เท่ากับ .904, .913, .931, .814, .892 ตามลำดับ 2) แบบประเมินบรรยากาศองค์การ เท่ากับ .973

3.5 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงโครงการวิจัยในภาพรวมโดยละเอียด เมื่อได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าโรงพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ประสานงานด้านการวิจัยของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ประสานงานด้านวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 4 โรงพยาบาล เพื่อจัดทำกรอบประชากร (Sampling frame) สำหรับการสุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling) ตามจำนวนสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาล

3.5.3 ผู้วิจัยร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่ละโรงพยาบาลเริ่มต้นจากโรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางจาก โรงพยาบาลบางบ่อ และโรงพยาบาลบางพลี ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผู้ประสานงานด้านการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นผู้นำทางพาผู้วิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างที่ละราย เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างจึงทำการเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายโครงการวิจัยโดยละเอียดและให้ออกาสกลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามส่งคืนที่ฝ่ายการพยาบาล

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ หลักความยุติธรรม (Justice)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการขัดกันในเรื่องของผลประโยชน์ของผู้วิจัย (Conflict of Interest) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษในแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงโครงการวิจัยในภาพรวมโดยละเอียด

ซึ่งผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกซึ่งมีมูลค่าเล็กน้อยเป็นการตอบแทนแก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตอบแบบสอบถามโดยไม่รู้สึกรำคาญเกินไป แต่ถ้าหากไม่สะดวกใจหรือรู้สึกว่าการตอบแบบสอบถามสามารถแจ้งออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องใส่เหตุผลใดๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นในงานวิจัยในครั้งนี้จึงไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงเอกสารหรือแบบสอบถามจะถูกเก็บในตู้เอกสารล็อกเกอร์ที่มีกุญแจล็อคอย่างแน่นหนา มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจ อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารและข้อมูลจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบออกจากฐานข้อมูลที่มีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัย โดยไม่สามารถกู้คืนได้อีก ภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปี เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เมื่อชี้แจงรายละเอียดครบถ้วนแล้ว กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว และส่งคืนแก่ผู้ประสานงานวิจัยแต่ละโรงพยาบาลที่กลุ่มการพยาบาล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของแต่ละปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) ซึ่งข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่
 - (1) ตัวแปรตามมีระดับการวัดในช่วงมาตรา (Internal scale) หรือระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale)
 - (2) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)
 - (3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)
 - (4) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship)
 - (5) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น (Multicollinearity)
 - (6) ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (Independent) ซึ่งสามารถแบ่งระดับความสัมพันธ์ (Gray et al., 2017) ดังนี้

ระดับความสัมพันธ์ r เท่ากับ	0.00	หมายความว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน
ระดับความสัมพันธ์ r น้อยกว่า	.30	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ระดับความสัมพันธ์ r ระหว่าง	0.30 -0.49	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ระดับความสัมพันธ์ r สูงกว่า	.50	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์สูงระดับ
ระดับความสัมพันธ์ r เท่ากับ	1	หมายความว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และอายุรกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 4 โรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 233 ราย ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับศูนย์จำนวน 153 ราย โรงพยาบาลระดับทั่วไป จำนวน 41 ราย โรงพยาบาลระดับชุมชน จำนวน 39 และได้รับแบบสอบถามกลับสมบูรณ์ทั้งหมด 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

4.1 การนำเสนอผลการวิจัย

ผลของการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับต่อไปนี้

4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

4.1.2 ส่วนที่ 2 ระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

4.1.3 ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

4.1.4 ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

4.1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.42) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 22-56 ปี อายุเฉลี่ย 33.59 ปี (S.D. = 8.26) สถานภาพโสด (ร้อยละ 69.10) นับถือศาสนา

พุทธ (ร้อยละ 97.42) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 97) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญ (ร้อยละ 64.38) และหอผู้ป่วยพิเศษ (ร้อยละ 35.62) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลอยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 56.65) รองลงมาคือระดับชำนาญการ (ร้อยละ 39.48) ระยะเวลาปฏิบัติในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 1-35 ปี โดยระยะเวลาปฏิบัติในวิชาชีพเฉลี่ย 11.05 ปี (S.D. = 8.23) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ 91.42) มากกว่าครึ่งของพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 62.66) ซึ่งเรื่องที่ได้รับการอบรมมากที่สุดคือเรื่องการจัดการอาการและความปวด ร้อยละ (30.90) รองลงมาคือการดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 28.33) และการส่งเสริมการตายอย่างสงบ (ร้อยละ 24.04) ตามลำดับ และทุกโรงพยาบาลที่ศึกษามีหน่วยงาน หรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองทุกแห่ง (ร้อยละ 100) (ดังตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (n=233)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	227	97.42
ชาย	6	2.58
อายุ (M = 33.59, S.D. = 8.28, min = 22, max = 56)		
สถานภาพ		
โสด	161	69.10
สมรส	162	26.61
หม้าย/หย่า	10	4.29
ศาสนา		
พุทธ	227	97.42
อิสลาม	5	2.15
คริสต์	1	0.43
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี	226	97.00
ปริญญาโทการพยาบาล	6	2.58
ปริญญาเอก	1	0.43
หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
อายุรกรรมสามัญ	79	33.91
ศัลยกรรมสามัญ	49	21.03

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รวมสามัญ	22	9.44
พิเศษ	83	35.62
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ	132	56.65
พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ	92	39.48
พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการพิเศษ	8	3.43
พยาบาลวิชาชีพพระดับเชี่ยวชาญ	1	0.43
ระยะเวลาที่ปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล (M = 11.05, S.D. = 8.23, min = 1, max = 35)		
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
เคย	213	91.42
ไม่เคย	20	8.58
เคยเข้าร่วมการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		
ไม่เคย	146	62.66
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 เรื่อง)	87	37.34
การจัดการอาการและความปวด	72	30.90
การดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง	66	28.33
การส่งเสริมการตายอย่างสงบ	56	24.04
การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	47	20.17
การสื่อสาร	48	20.60
การวางแผนดูแลล่วงหน้า	38	16.31
ประสบการณ์การได้อินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า		
ไม่เคย	36	15.45
เคย	197	84.55
ประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัว		
ไม่เคย	140	60.09
เคย	39	39.91
โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงาน หรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
มี	233	100

4.1.2 ส่วนที่ 2 ระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.36) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.92) และระดับต่ำ (ร้อยละ 4.72) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละ เมื่อแบ่งตามระดับระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (ภาพรวม) (n=233)

ระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วม วางแผนการดูแลล่วงหน้า ของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	11	4.72
ปานกลาง	107	45.92
สูง	115	49.36

คะแนนเฉลี่ยระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 14.31, SD = 2.721) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ฉันทัดใจที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, SD = .719) สำหรับข้อที่เหลือ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีแผนการชัดเจนที่เกี่ยวกับการร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.52, SD = .743) วางแผนที่จะเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อมีโอกาส (Mean = 3.51, SD = .783) และการวางแผนการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งต่อไป (Mean = 3.50, SD = .766) (ดังตาราง 4.3)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

ระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
1) ฉันตั้งใจที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	1-5	2-5	3.78	.719	สูง
2) ฉันมีแผนการชัดเจนที่เกี่ยวกับการร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1-5	1-5	3.52	.743	ปานกลาง
3) ฉันวางแผนการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งต่อไป	1-5	1-5	3.50	.766	ปานกลาง
4) ฉันวางแผนที่จะเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อมีโอกาส	1-5	1-5	3.51	.783	ปานกลาง
โดยรวม 4 ข้อ	4-20	6-20	14.31	2.721	ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการ และเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วยคะแนนสูงสุด (Mean = 3.78, SD = .719) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ระหว่างทีมบุคลากรและญาติ (Mean = 4.12, SD = .682) การวางแผนการดูแลหน้าควรถูกกำหนดไว้ในการดูแลพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนควรได้รับ (Mean = 4.04, SD = .672) และการวางแผนการดูแลหน้ามีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของคุณ (Mean = 3.96, SD = .684) อยู่ในระดับสูงตามลำดับ (ดังตาราง 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

หมวดทัศนคติ	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของคุณ	1-5	2-5	3.96	.684	สูง
2) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาระหว่างทีมบุคลากรและญาติ	1-5	2-5	4.12	.682	สูง
3) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรถูกกำหนดไว้ในการดูแลพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนควรได้รับ	1-5	2-5	4.04	.672	สูง
4) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการ และเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วย	1-5	2-5	4.25	.628	สูง
5) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเริ่มให้เร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาไตร่ตรองเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลในระยะท้าย	1-5	2-5	4.16	.640	สูง
โดยรวม 5 ข้อ	5-25	15-25	20.52	2.588	สูง

คะแนนเฉลี่ยระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า หัวหน้าสนับสนุนให้คุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคะแนนสูงสุด (Mean = 3.79, SD = .837) รองลงมาคือ หน่วยงานสนับสนุนให้คุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.74, SD = .796) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด ฉันถูกคาดหวังให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.46, SD = .835) อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตาราง 4.5)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

หมวดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
1) หัวหน้าสนับสนุนให้คุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า	1-5	1-5	3.79	.837	สูง
2) เพื่อนร่วมงานสนับสนุนให้คุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า	1-5	2-5	3.70	.808	สูง
3) หน่วยงานสนับสนุนให้คุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า	1-5	1-5	3.74	.796	สูง
4) ฉันถูกคาดหวังให้ส่วนร่วมในการ วางแผนการดูแลล่วงหน้า	1-5	1-5	3.46	.835	ปานกลาง
โดยรวม 4 ข้อ	4-20	8-20	14.68	2.832	สูง

คะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.61, SD = 2.046) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ฉันมั่นใจในการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวคะแนนสูงสุดระดับ (Mean = 3.58, SD = .745) สำหรับข้อที่เหลือ
อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีแผนการชัดเจนที่เกี่ยวกับการร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
(Mean = 3.52, SD = .743) วางแผนที่จะเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อมีโอกาส (Mean
= 3.51, SD = .783) และการวางแผนการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งต่อไป (Mean
= 3.50, SD = .766) (ดังตาราง 4.6)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

หมวดการรับรู้ความสามารถในการควบคุม	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
1) ฉันมั่นใจในการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	1-5	1-5	3.58	.745	ปานกลาง
2) ฉันคุ้นเคยกับนโยบายการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของโรงพยาบาล	1-5	2-5	3.47	.777	ปานกลาง
3) ฉันสามารถสนทนาประเด็นต่างๆ ในระยะท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยได้อย่างสะดวกใจ	1-5	2-5	3.57	.752	ปานกลาง
โดยรวม 4 ข้อ	3-15	5-15	10.61	2.046	ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 14.61, SD = 2.546) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ฉันเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.80, SD = .687) และ ฉันเข้าใจกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.70, SD = .715) สำหรับข้อที่เหลือ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ฉันมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.60, SD = .713) และฉันมีความรู้เพียงพอที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.51, SD = .732) (ดังตาราง 4.7)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

หมวดความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
1) ฉันมีความรู้เพียงพอที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า	1-5	2-5	3.51	.732	ปานกลาง

หมวดความรู้ต่อการมีส่วนร่วมใน การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	Possible Score	Min - Max	Mean	S.D.	Level
2) ฉันมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1-5	2-5	3.60	.713	ปานกลาง
3) ฉันเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1-5	2-5	3.80	.687	สูง
4) ฉันเข้าใจกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1-5	2-5	3.70	.715	สูง
โดยรวม 4 ข้อ	4-20	8-20	14.61	2.546	ปานกลาง

4.1.3 ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพการได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและบรรยากาศองค์การ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .547, p < .01$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .526, p < .01$) บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .480, p < .01$) ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432, p < .01$) ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์

ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403, p < .01$) และประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167, p < .05$) (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n=233)

ตัวแปรหลักที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1) ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	1						
2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.483**	1					
3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	.355**	.597**	1				
4) ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	.454**	.465**	.674**	1			
5) ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	.199	.166*	.162*	.290**	1		
6) บรรยากาศองค์การ	.476**	.641**	.536**	.536**	.204**	1	
7) ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	.432**	.526**	.547**	.403**	.167*	.480**	1

**p < .01 (2-tailed).

*p < .05 (2-tailed).

4.1.4 ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและบรรยากาศองค์การต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ วิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1) การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) (Kim, 2013)
 2) ค่าความคาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ จากการทดสอบสมมติฐานการแจกแจงของค่าความคาดเคลื่อนได้จาก Mean และ S.D. เมื่อ Mean มีค่า = .000 และ S.D. มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าความคาดเคลื่อนนั้นมีการแจกแจงปกติ

3) ความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนมีค่าคงที่ทุกค่า X จากกราฟ Scatterplot สรุปได้ว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนมีค่าคงที่เนื่องจากการกระจายมีแบบแผนที่ (Homoscedasticity)

4) ตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จากการทดสอบพบว่าทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีค่าน้อยกว่าค่า α ที่กำหนด (.05) (p - Value = .000)

5) ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ดูได้จากค่า Variance Inflation Factors: VIF) ต้องมีค่าไม่เกิน 10 หรือ Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 ในการทดสอบครั้งนี้มีค่า VIF = 1.104 - 2.306 ซึ่งสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือเป็นอิสระต่อกัน

6) ค่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน โดยดูจากค่า Durbin-Watson มีค่า = 2.019 สรุปได้ว่าค่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันเนื่องจากค่าปกติ Durbin-Watson มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5

สรุปผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุ พบว่า ผ่านทุกข้อ ดังนั้นจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis)

จากตาราง 4.9 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมี

ส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression) พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Adjust R^2) เท่ากับ .388 แสดงว่า ทักษะติดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ร้อยละ 38.8

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุระหว่างปัจจัยทำนายกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ($n=233$)

ปัจจัยทำนาย	R	R^2	Adjust R^2	R^2 change	F	p-value
ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การ	.635	.404	.388	.404	25.505	.000

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุแบบนำเข้าทั้งหมด (Enter) ของปัจจัยทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ทักษะติดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ร้อยละ 38.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjust $R^2 = .388$,

$p < .001$) โดยพบว่าความสามารถในการควบคุมสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้มากที่สุด ($\beta = .364, p < .001$) รองลงมาคือ ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($\beta = .199, p < .05$) และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\beta = .169, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) เท่ากับ .635 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ 2.129 โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

1. สมการในรูปของคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6 \text{ โดยที่}$$

$\hat{y}$ = ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

a = Constant = 1.115

x_1 = ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

x_2 = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

x_3 = การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

x_4 = ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

x_5 = ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล

x_6 = บรรยากาศองค์การ

ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า = 1.115 + .210 (ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) + .163 (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง) + .484 (การรับรู้ความสามารถในการควบคุม) - .099 (ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) + .443 (ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า) + .026 (บรรยากาศองค์การ)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z = \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \beta_3X_3$$

Z ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า = .199 Z ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

+ .169 Z การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

+ .364 Z การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

- .092 Z ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า

+ .059 Z ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

+ .119 Z บรรยากาศองค์การ

1) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น .364 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .364, p < .05$)

2) ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น .199 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .199, p < .05$)

3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น .169 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .169, p < .05$)

4) ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าลดลง .092 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.092, p > .05$)

5) ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น .059 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .059, p > .05$)

6) บรรยากาศองค์การเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนมาตรฐาน จะทำให้คะแนนความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าลดลง .119 หน่วยคะแนนมาตรฐาน อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .119, p > .05$)

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ในการทำนายความตั้งใจในการวางแผนการดูแลหน้าของพยาบาลวิชาชีพ (n=233)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
1. ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลหน้า	.210	.066	.199*	3.186	.002
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.163	.072	.169*	2.251	.025
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	.484	.104	.364**	4.666	.000
4. ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลหน้า	-.099	.082	-.092	-1.204	.230

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
5. ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล	.443	.405	.059	1.093	.275
6. บรรยากาศองค์การ	.026	.016	.119	1.632	.104
ค่าคงที่	1.115	1.287		.866	.387
Adjusted $R^2 = .388$, $F = 25.505$					

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และอายุรกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 4 โรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 233 ราย มีการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) 2) แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Nurses' Intention to Participate in Advance Care Planning [NIPACP]) ประกอบด้วย ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ทศนคติในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ และความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ (An Organizational Climate Questionnaire [AOCQ]) ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ได้ผ่านกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 1.00 และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามในส่วนที่ 2-8 มาทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายเพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 คำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .904, .913, .931, .814, .892 ตามลำดับ และรายฉบับเท่ากับ .916 2) สำหรับส่วนที่ 3 เท่ากับ .973

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของแต่ละปัจจัย ได้แก่ ทศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล และบรรยากาศองค์การ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.42) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 22-56 ปี อายุเฉลี่ย 33.59 ปี (S.D. = 8.26) สถานภาพโสด (ร้อยละ 69.10) นัถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.42) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 97) ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญ (ร้อยละ 64.38) และหอผู้ป่วยพิเศษ (ร้อยละ 35.62) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลอยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 56.65) รองลงมาคือระดับชำนาญการ (ร้อยละ 39.48) ระยะเวลาปฏิบัติในวิชาชีพอยู่ระหว่าง 1-35 ปี โดยระยะเวลาปฏิบัติในวิชาชีพเฉลี่ย 11.05 ปี (S.D. = 8.23) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ 91.42) มากกว่าครึ่งของพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 62.66) ซึ่งเรื่องที่ได้รับการอบรมมากที่สุดคือเรื่องการจัดการอาการและความปวด ร้อยละ (30.90) รองลงมาคือการดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 28.33) และการส่งเสริมการตายอย่างสงบ (ร้อยละ 24.04) ตามลำดับ และทุกโรงพยาบาลที่ศึกษามีหน่วยงาน หรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.36) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.92) และระดับต่ำ (ร้อยละ 4.72)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ฉันทัดใจที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.78, SD = .719) สำหรับข้อที่เหลือ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีแผนการชัดเจนที่เกี่ยวกับการร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Mean = 3.52, SD = .743) วางแผนที่จะเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อมีโอกาส (Mean = 3.51, SD = .783) และการวางแผนการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งต่อไป (Mean = 3.50, SD = .766)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่ ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม ความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแล และบรรยากาศองค์การ

ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้ร้อยละ 38.8 โดยปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสูงสุดได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้มาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และศึกษาอิทธิพลการทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการอภิปรายผลการวิจัยเป็นการอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย คือ ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประสบการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และบรรยากาศองค์การสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้โดยผู้วิจัย อภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ระดับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.36) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.92) และมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 4.72) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีความตระหนักและความพร้อมในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยภาพรวมของความตั้งใจยังอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 14.31$, $SD = 2.721$) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือความตั้งใจในการร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว ขณะที่ความตั้งใจที่เกี่ยวข้องกับการมีแผนการที่ชัดเจนและการเข้าร่วมในอนาคตยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น ภาระงานที่มากเกินไป ความไม่ชัดเจนของบทบาท (Wachirapanitchakul et al., 2024; Wilkin et al., 2024; Martina, 2021) ส่งผลให้ความ

ตั้งใจเชิงพฤติกรรมยังไม่พัฒนาไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior ที่อธิบายว่าความตั้งใจเป็นตัวชี้วัดความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม แต่การแปรเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติจริงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยเชิงโครงสร้างและบริบทการทำงาน (Ajzen, 1991) ทั้งนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่าพยาบาลมีความตั้งใจเชิงบวกต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แต่ยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านองค์กรและบทบาทวิชาชีพ ส่งผลให้ระดับความตั้งใจโดยรวมมักอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ (Rietze et al., 2018; Shih, 2022)

1) ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .199, p < .001$) ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลที่มีมุมมองเชิงบวกต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีแนวโน้มแสดงความตั้งใจในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior ซึ่งอธิบายว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen, 1991) โดยเฉพาะในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเผชิญการดำเนินโรคระยะยาว การเปลี่ยนแปลงของอาการ และผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นประจำ (ร้อยละ 91.42) ประสบการณ์ดังกล่าวอาจช่วยเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าและความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อีกทั้งช่วยสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Apiradee et al., 2024) อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับปานกลางอาจสะท้อนข้อจำกัดเชิงบริบทของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ภาระงานที่ต่อเนื่อง ความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหลายระบบ และบทบาทของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ไม่ชัดเจน (Rietze et al., 2018; Shih, 2024; Wachirapanitchakul et al., 2024; Wilkin et al., 2024; Martina, 2021) แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเชิงบวกและมีระดับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาพรวมซึ่งยังอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าความตั้งใจดังกล่าวยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่การวางแผนและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในเชิงรูปธรรมได้อย่างเต็มที่ในภาพรวม

2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .169, p < .05$) สะท้อนให้เห็นว่าความคาดหวัง แรงสนับสนุน หรือบรรทัดฐานทางสังคมจากบุคคลหรือกลุ่มอ้างอิง เช่น แพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และทีมสหวิชาชีพ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งอธิบายว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะในบริบทการทำงานที่ต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกันและการทำงานเป็นทีม (Ajzen, 1991) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลมักต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมักขึ้นอยู่กับที่ยอมรับและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและผู้บังคับบัญชา ซึ่งช่วยเสริมความมั่นใจให้พยาบาลกล้าแสดงบทบาทในการริเริ่มหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Izumi, 2017; Rietze et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบว่า หากพยาบาลพยาบาลรับรู้ว่าคุณคกลุ่มอ้างอิง เห็นชอบและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะส่งผลให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากยิ่งขึ้น (Apiradee et al., 2024)

3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .364, p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ง่าย สามารถลงมือทำได้มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสะท้อนถึงการรับรู้ความง่ายหรือความยากในการปฏิบัติ และมีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจของบุคคล (Ajzen, 1991) ในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลที่รับรู้ว่ามีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และมีทักษะการสื่อสารที่เพียงพอ จะมีความตั้งใจในการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากขึ้น (Pimsen et al., 2023) ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปาน

กลาง (Mean = 10.61, SD = 2.046) (ดังตารางที่ 4.6) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีความมั่นใจในการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันความตั้งใจของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wachirapanitchakul Nanthawuth (2023) ที่พบว่าบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนเชิงโครงสร้างมีส่วนช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและเอื้อต่อการนำการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติจริง

4) ความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .403$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ($\beta = -.092$, $p = .230$) เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่นในโมเดลถดถอย แม้ความรู้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการผลักดันให้เกิดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมอย่างแท้จริง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ (Apiradee et al. (2024) ที่รายงานว่าความรู้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยต้องอาศัยปัจจัยสำคัญตามกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior ได้แก่ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Ajzen, 1991) ในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังพยาบาลอาจมีความรู้เกี่ยวกับหลักการและประโยชน์ของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แต่การแปรเปลี่ยนความรู้ไปสู่ความตั้งใจและการปฏิบัติจริงยังต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนอื่นร่วมด้วย เช่น ความชัดเจนของบทบาท ความมั่นใจในการสื่อสารเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่าความรู้ด้านการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการทำนายความตั้งใจหรือพฤติกรรมของพยาบาล หากไม่ได้รับการเสริมด้วยทัศนคติเชิงบวก การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และบรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (Rietze et al., 2018; Izumi, 2017; Wachirapanitchakul Nanthawuth, 2023) ดังนั้น การส่งเสริมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ควบคู่กับการเสริมสร้างสมรรถนะ ทักษะการสื่อสาร และการสนับสนุนเชิงระบบ เพื่อให้ความรู้สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ความตั้งใจและการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล

ล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167, p < .05$) แต่เมื่อนำเข้าสู่โมเดลถดถอยพหุคูณร่วมกับปัจจัยอื่นกลับไม่สามารถทำนายความความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ($\beta = .059, p = .275$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลเคยได้ยินหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ACP ถือเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการรับรู้ข่าวสาร (Awareness) เท่านั้น แต่ยังไม่ใช่แรงขับเคลื่อนหลักที่จะเปลี่ยนไปเป็นความตั้งใจในการปฏิบัติจริง หากพยาบาลยังขาดประสบการณ์เชิงรุกหรือปัจจัยที่สำคัญกว่า เช่น การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ทศนคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior ซึ่งอธิบายว่าประสบการณ์หรือการรับรู้ข้อมูลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจทางอ้อมผ่านการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของพยาบาล แต่ไม่ได้เป็นตัวทำนายโดยตรงของความตั้งใจ (Ajzen, 1991) พยาบาลอาจเคยได้ยินหรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากการประชุม การอบรม หรือการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ แต่หากประสบการณ์ดังกล่าวยังเป็นเพียงการรับรู้เชิงผิวเผิน ขาดการมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติย่อมส่งผลให้เกิดความตั้งใจในมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ค่อนข้างจำกัด พยาบาลส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงถึงร้อยละ 84.55 แต่มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัวเพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพียงร้อยละ 39.91 เท่านั้น (ตารางที่ 4.1) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลขาดการฝึกทักษะหรือประสบการณ์ตรงที่สร้างความมั่นใจในการสื่อสารเรื่องที่ละเอียดอ่อนในผู้ป่วยเรื้อรัง จึงไม่สามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) บรรยายาคองค์การ

จากการศึกษาพบว่าบรรยายาคองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .167, p < .05$) แต่เมื่อนำเข้าสู่โมเดลถดถอยพหุคูณร่วมกับปัจจัยอื่นกลับไม่สามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ($\beta = .119, p = .104$) สามารถอธิบายได้ว่า แม้บรรยายาคองค์การที่เกื้อหนุน เช่น การมีนโยบายที่ชัดเจน (Structure) การได้รับการยอมรับ หรือการได้รับการสนับสนุน (Support) จากเพื่อนร่วมงานตามแนวคิดของสตริงเจอร์ (Stringer, 2002) จะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความตั้งใจของพยาบาลในเบื้องต้น แต่ยังไม่ใช่ปัจจัยตัดสินใจหลักในการผลักดันความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) ซึ่งระบุว่าบรรยายาคองค์การจัดเป็นปัจจัยภายนอก (External variables) ที่มักจะส่งผลต่อความตั้งใจผ่านการหล่อหลอมทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของบุคคลก่อน ดังนั้น ต่อให้

องค์กรจะมีบรรยากาศที่ดีเพียงใด หากพยาบาลยังขาดความมั่นใจในทักษะการสื่อสารหรือยังมีทัศนคติที่ไม่ชัดเจน บรรยากาศเหล่านี้น่าจะไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติได้โดยตรง อย่างไรก็ตาม หากโครงสร้างองค์กรมีความชัดเจนในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ (Standards) และมีการผลักดันให้พยาบาลได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จะเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคเชิงระบบและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมให้พยาบาลเกิดความตั้งใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh-Carlson et al. (2020) ที่ย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุนสนับสนุนเชิงโครงสร้างและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีบทบาทสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

5.3 ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัย

5.3.1 ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

5.3.1.1 จากผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ทัศนคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีบทบาทสำคัญต่อความตั้งใจของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าพยาบาลเข้าร่วมอบรมการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัวจำนวนน้อย ควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติม และควรได้รับการสนับสนุนจากองค์กร หรือหน่วยงานให้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์จริง เพื่อสร้างความมั่นใจในการพูดคุยการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

5.3.2 ด้านการบริหารทางการพยาบาล

5.3.2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและโครงสร้างการทำงานที่เอื้อต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน การจัดทำแนวปฏิบัติหรือคู่มือการปฏิบัติงานที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของพยาบาล และการจัดสรรเวลาและทรัพยากรอย่างเหมาะสม

5.3.2.2 ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้บรรยากาศองค์กรทำหน้าที่เป็นปัจจัยสนับสนุนเชิงโครงสร้างที่ช่วยเสริมแรงความตั้งใจและการปฏิบัติจริงของพยาบาล

5.3.3 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

5.3.3.1 ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแบบจำลอง หรือโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มี

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมุ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจ เช่น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและทัศนคติ ควบคู่กับการศึกษากลไกทางอ้อมของปัจจัยเชิงบริบท เช่น บรรยากาศองค์การและประสบการณ์การได้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

5.3.3.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงเพราะเหตุใดพยาบาลที่มีความรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สูง แต่ยังไม่สามารถก้าวข้ามไปสู่การปฏิบัติได้จริง

5.4 ข้อจำกัดในการทำงานวิจัย

5.4.1 การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงสามารถอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์หรืออำนาจการทำนาย ณ ขณะนั้น แต่ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal relationship) ในระยะยาวได้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อความตั้งใจที่คงอยู่ถาวรหรือการปฏิบัติพฤติกรรมจริงในอนาคตหรือไม่

5.4.2 การเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนจากการตอบคำถามตามความปรารถนาทางสังคม (Social desirability bias) เพื่อให้ภาพลักษณ์ในการปฏิบัติวิชาชีพดูดี หรือสอดคล้องกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น มากกว่าการสะท้อนถึงทัศนคติและความตั้งใจที่แท้จริงในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดหน้างาน

5.4.3 การวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่การวัด "ความตั้งใจ" (Intention) ซึ่งแม้จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีตามทฤษฎี TPB แต่ความตั้งใจระดับสูงอาจไม่แปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมจริงเสมอไป (Intention-behavior gap) โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เคยได้ยินเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 84.55) แต่มีเพียง (ร้อยละ 39.91)

ที่เคยเข้าร่วมประชุมครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความตั้งใจกับการมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติจริงในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of Control, and the theory of planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236>.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological bulletin*, 82(2), 261. <https://doi.org/10.1037/h0076477>
- Apiradee, P., Lin, C. Y., Wirojratana, V., Lin, P. C., & Shu, B. C. (2024). Nurses' intention and attitude to participate in advance care planning: An extended theory of planned behaviour using structural equation modelling–A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 00, 1-11.
- Bunnaphasithasothin C., & Sriruecha C. (2021). Organization climate affecting the professional competency performance of practical level nurses at a tertiary hospital in the Northeast of Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 14(1), 441-449.
- Chan, H. Y.-L., Kwok, A. O.-L., Yuen, K.-k., Au, D. K.-s., & Yuen, J. K.-y. (2020). Association between training experience and readiness for advance care planning among healthcare professionals: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 20, 1-9.
- Chen, C.-J., Jane, S.-W., Hsu, H.-C., Yu, S.-Y., Lin, Y.-E., Lin, Y.-C., & Huang, H.-P. (2025). Factors influencing advance care planning behaviors among geriatric nurses: knowledge, attitudes, and self-efficacy. *Geriatric Nursing*, 61, 293-301.
- Chen, Y.-C., Huang, C.-Y., & Lee, C.-H. (2023). Factors Influencing the Intention to Sign Up for Advanced Care Planning in Day Care for Psychiatric Patients. *Nursing Reports*, 13(2), 865-876. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020076>
- Chen, Y.C. (2017). *Research on the Intention of Caregivers to Sign Advance Care Planning*. [Master's Thesis]. Meiho University
- Cheng, H.-C., Ke, L.-S., Chang, S.-Y., Huang, H.-Y., Ku, Y.-C., & Lee, M.-J. (2022). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions of elderly individuals regarding

- advance care planning: Questionnaire development and testing. *Plos one*, 17(7), e0272351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272351>
- Department of Medical Service. (2020). Palliative care and End of Life care (for health care providers).
- Ferrell, B. R., & Paice, J. A. (2019). *Oxford textbook of palliative nursing*. Oxford University Press.
- Fliedner, M. C. (2021). Early integrated palliative care in the acute care setting: impact on patients and nurses' roles and responsibilities.
- Health Data Center. (2025). *Service Plan in Intermediate & Palliative Care*. Retrieved 4 March, 2025 from https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5&id=a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086
- Izumi, S. (2017). Advance care planning: the nurse's role. *AJN The American Journal of Nursing*, 117(6), 56-61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520255.65083.35>
- Jimenez, G., Tan, W. S., Virk, A. K., Low, C. K., Car, J., & Ho, A. H. Y. (2018). Overview of systematic reviews of advance care planning: summary of evidence and global lessons. *Journal of pain and symptom management*, 56(3), 436-459. e425. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016>
- Kacha wimol. (2003). *Relationships between personal factors, organizational climate, attitude toward nursing profession, and coping strategies at work of new graduated nurses, governmental university hospitals Chulalongkorn University*. <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/1890/3/wimol.pdf>
- Kangwansura, R., Tienthavorn, T., Srisuwan, P., & Gesakomol, K. (2022). Factors affecting older adults' decision-making on having a living will. *Primary Care & Family Medicine*, 5(1), 33-44.
- Ke, L.-S., Cheng, H.-C., Ku, Y.-C., Lee, M.-J., Chang, S.-Y., Huang, H.-Y., & Lin, Y.-L. (2022). Older Adults' Behavioral Intentions Toward Advance Care Planning Based on Theory of Reasoned Action. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(6), E294-E300. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000907>
- Schiffman, I., & Werner, P. (2021). Willingness of family caregivers of people with dementia to undertake advance care planning: examining an extended model of the theory of planned behavior. *Dementia*, 20(3), 1044-1057.

- Lin, H. M., Yang, C. L., Chen, M. M., Chiu, T. Y., & Hu, W. Y. (2011). Inpatients' willingness on and acceptance of promotion for signing of advance directives. *Taiwan J Hosp Palliat Care*, 16(3), 281-295. [https://doi.org/10.6537/TJHPC.2011.16\(3\).1](https://doi.org/10.6537/TJHPC.2011.16(3).1)
- Løken, B. H. T., & Rokstad, A. M. M. (2024). Nurses' experience of advance care planning in home care services for elderly people: A qualitative study. *Geriatr Nurs*, 60, 693-698. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.032>
- Mo, P. K., & Mak, W. W. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 675-684. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0484-0>
- Miller, H., Tan, J., Clayton, J. M., Meller, A., Hermiz, O., Zwar, N., & Rhee, J. (2019). Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. *BMC palliative care*, 18, 1-8. 18:25 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0411-z>
- Nakare B., P. S., & Thongsuk P. (2023). Relationship between Motivation for Self-Development, Family Support for Self-Development, Organizational Climate for Self-Development, and Self-Development among Registered Nurses in Health-Promoting. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(1), 80-93. (in thai)
- National Health Commission Office Thailand. (2022). *Advance care planning standards for Thailand*. Phimsi Thongsakorn Printing.
- Nilmanat k., Thasaneesuwat S., & Tinkaew P. (2021). Palliative Care for Chronic Renal Failure Patients: Issues and Recommendations for Development. *The Journal Thailand and Nursing Midwifery Council*, 36(4), 5-16.
- Nupinit W., Nilmanat K., & Mutchim Y. (2017). Selective Factors Related to Intensive Care Units' Registered Nurses' Competency in Caring for Terminally Ill Patients. *The Journal Thailand and Nursing Midwifery Council*, 32(4), 94-106.
- Ohr, S. O., Cleasby, P., Jeong, S. Y.-S., & Barrett, T. (2021). Nurse-led normalised advance care planning service in hospital and community health settings: a

- qualitative study. *BMC palliative care*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00835-x>
- Owen, L., Steel, A., Goffe, K., Fleming, J., & Sampson, E. L. (2022). A multidisciplinary simulation programme to improve advance care planning skills and engagement across primary and secondary care. *Clinical Medicine*, 22(1), 51-57. DOI: 10.7861/clinmed.2021-0240
- Palmer, J. A., Parker, V. A., Mor, V., Volandes, A. E., Barre, L. R., Belanger, E., Carter, P., Loomer, L., McCreedy, E., & Mitchell, S. L. (2019). Barriers and facilitators to implementing a pragmatic trial to improve advance care planning in the nursing home setting. *BMC health services research*, 19(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4309-5>
- Pan, H.-H., Wu, L.-F., Chang, L.-F., Hung, Y.-C., Lin, C., & Ho, C.-L. (2021). Effects of dispositional resilience and self-efficacy on practice in advanced care planning of terminally ill patients among Taiwanese nurses: A study using path modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1236. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031236>
- Panuraj, S. (2017). *The factors related to nurses' caring behaviors in providing care for end-of-life patients* (Master's thesis, Thammasat University). TU Digital Collections. <https://ethesisarchive.library.tu.ac.th>
- Pimsen, A., Lin, C.-Y., Wirojratana, V., & Shu, B.-C. (2023). Psychometric Properties of The Thai Version of the Nurses' Intention to Participate in Advance Care Planning Instrument. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(4), 781-797. DOI:10.60099/prijnr.2023.262874
- Pimsen A., Wirojratana V., & N., J. (2019). Community-Dwelling Older Adults' Attitudes, Subjective Norm, Perceived Behavioural Control, and Intention to Make Living Wills. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(1), 74-87. (in thai)
- Queensland Health. (2018). *Advance care planning clinical guidelines*. State of Queensland (Queensland Health). https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0037/688618/acp-guidelines.pdf

- RACGP. (2020). *RACGP aged care clinical guide (Silver Book)*. Retrieved June 05, 2023 from <https://www.racgp.org.au/getattachment/3e548b29-64c1-4ce1-b93f-213c796bdc3f/Advance-care-planning.aspx>
- Ratsiri Thato. (2024). *Nursing Research : Concepts to application* (8th edition ed.).
- Rietjens, J., Korfage, I., & Taubert, M. (2021). Advance care planning: the future. *BMJ supportive & palliative care*, 11(1), 89-91. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002304
- Rietze, L., Heale, R., Roles, S., & Hill, L. (2018). Identifying the factors associated with Canadian registered nurses' engagement in advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 230-236. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000423
- Rogers, J., Goldsmith, C., Sinclair, C., & Auret, K. (2020). The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation. *Australian journal of primary health*, 25(6), 564-569. <https://doi.org/https://doi.org/10.1071/PY19010>
- Shih, Y.-A., & Lu, Q. (2024). Oncology nurses' knowledge, attitudes, and practice behaviours towards advance care planning: A nationwide cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 134, 106076. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106076>
- Silveira J Maria. (2023). *Advance care planning and advance directives*. Retrieved June 03, 2023 from <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives#H758417115>
- Singh-Carlson, S., Reynolds, G. L., & Wu, S. (2020). The impact of organizational factors on nurses' knowledge, perceptions, and behaviors around advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(4), 283-291.
- Srisatidnarakul boonjai. (2010). *The Methodology in Nursing Research* (t. ed, Ed.). U & I INTER MEDIA CO.,LTD.
- Sritharathikun Phamonrut , & Nethipoomkun Sirijit (2021). Impact of Advance Care Planning on the End-of-Life Care in Maesot Palliative Care Clinic, Tak Province, Thailand. *PCFM*, 4(1), 97-111. (in thai)
- Stringer, R. (2002). *Leadership and organizational climate*. prentice-hall Upper Saddle River, NJ.

- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A., Korfage, I. J., & Ritchie, C. S. (2017). Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821-832. e821. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- Takeshita, Y., Kaneko, F., & Okamura, H. (2021). Factors associated with facilitating advance care planning based on the theory of planned behaviour. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 51(6), 942-949. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyab>
- Tang, M.-Y., Li, X.-L., Shi, Z.-Y., & Fu, W.-J. (2020). Knowledge of and willingness to promote advanced care planning among oncology nurses in southwest China. *International journal of palliative nursing*, 26(4), 175-182. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.4.175>
- Tipkanjanaraykha Kitsanaporn, S. L., Apisitwasana Nipaporn, & Thiammok Maneerat (2017). Advanced Care Planning for Peaceful Death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138-145. (in thai)
- Wachirapanitchakul Nanthawuth. (2023). *Factors related to nurses' competency in facilitating advance care planning* [Thammasat University].
- Wachirapanitchakul, N., Matchim, Y., Thongthawee, B., & Wongkalasin, K. (2024). Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning. *Nursing Journal CMU*, 51(2), 121-134.
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Zwakman, M., Jabbarian, L., van Delden, J. J., van der Heide, A., Korfage, I., Pollock, K., Rietjens, J., Seymour, J., & Kars, M. (2018). Advance care planning: a systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative medicine*, 32(8), 1305-1321. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0269216318784474>



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัย

“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ”

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน 14	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	จำนวน 20	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินบรรยากาศขององค์กร	จำนวน 24	ข้อ
รวม		จำนวน 58	ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมคำตอบในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่

4. นับถือศาสนา

() 1. พุทธ () 2. อิสลาม
() 3. คริสต์ () 4. พราหมณ์-ฮินดู

5. ระดับการศึกษา

() 1. ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือปริญญาตรี
() 2. ปริญญาโทการพยาบาล
() 3. ปริญญาโท สาขา อื่นๆ (ระบุ).....
() 4. ปริญญาเอก สาขา (ระบุ).....
() 5. อื่นๆ (ระบุ).....

6. หอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานในปัจจุบัน

() 1. งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย/หญิง
() 2. งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชาย/หญิง
() 3. งานการพยาบาลผู้ป่วยรวมสามัญ
() 4. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

7. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพของท่าน (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
() 2. พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
() 3. พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ
() 4. พยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ
() 5. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขา (ระบุ).....
() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล จำนวน.....ปี.....เดือน

9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย

() 0. ไม่มีประสบการณ์ () 1. มีประสบการณ์

10. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน จำนวน.....ปี.....

11. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่

() 0. ไม่เคย () 1. เคย

หากท่านเคยเข้าร่วมอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ท่านเคยเข้าร่วมอบรมในเรื่องใดบ้าง (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() การจัดการอาการและความปวด

() การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

() การส่งเสริมการตายอย่างสงบ

() การสื่อสาร

() การดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง

() การวางแผนดูแลล่วงหน้า

() อื่นๆ (ระบุ).....

12. ท่านเคยมีประสบการณ์ได้ยื่นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือไม่

() 0. ไม่เคย () 1. เคย

13. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมครอบครัวหรือไม่

() 0. ไม่เคย () 1. เคย

14. โรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีหน่วยงาน หรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือไม่ ถ้ามี ให้ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม

() 0. ไม่มี () 0. ไม่ทราบ () 1. มี ระบุชื่อหน่วยงาน/ทีม.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ
ตัวอย่างแบบสอบถามความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาล
วิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับสมรรถนะ
ในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามการรับรู้ของท่าน

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายถึงความตั้งใจของพยาบาล
วิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบไปด้วย 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ

2. โปรดทำเครื่องหมาย $\vee$ ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความตั้งใจของท่านเพียงคำตอบเดียว
ในแต่ละข้อ ขอให้พิจารณาตามความเป็นจริงโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

ในแต่ละข้อ ขอให้พิจารณาตามความเป็นจริงโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

- | | | | |
|------------|-----|---------|---|
| มากที่สุด | (5) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด |
| มาก | (4) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมาก |
| ปานกลาง | (3) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบปานกลาง |
| น้อย | (2) | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบน้อย |
| น้อยที่สุด | (1) | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบเลย |

ข้อ	ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับสมรรถนะ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	1.หมวดความตั้งใจ (Intention)					
1	ฉันตั้งใจที่จะเริ่มการประชุมครอบครัวหรือเริ่มวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว					
2.	ฉันเตรียมแผนที่ชัดเจนก่อนที่จะเข้าร่วมการประชุมครอบครัวหรือร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
3.	ฉันเตรียมแผนสำหรับเข้าร่วมการประชุมครอบครัวหรือร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าในครั้งต่อไป					
4.	ฉันวางแผนที่จะเข้าการประชุมครอบครัวหรือร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเสมอ					
	2. หมวดทัศนคติ (Attitude)					

ข้อ	ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับสมรรถนะ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.	การประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของฉัน					
6.	การประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาระหว่างทีมบุคลากรและญาติ					
7.	การประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรถูกกำหนดไว้ในการดูแลพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนควรได้รับ					
8.	การประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการ และเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วย					
9.	การประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเริ่มให้เร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาไตร่ตรองเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลระยะท้าย					
	3. หมวดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm)					
10.	หัวหน้าสนับสนุนให้ฉันมีส่วนร่วมในการประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
11.	เพื่อนร่วมงานสนับสนุนฉันให้มีส่วนร่วมในการประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
12.	นโยบายของหน่วยงานสนับสนุนให้ฉันมีส่วนร่วมในการประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
13.	ฉันถูกคาดหวังให้มีส่วนร่วมในการประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
	4. หมวดการรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived behavioral control)					
14.	ฉันมั่นใจในการมีส่วนร่วมการประชุมครอบครัวหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว					
15.	ฉันคุ้นเคยกับนโยบายการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของโรงพยาบาล					
16.	ฉันสามารถสนทนาประเด็นต่างๆเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิตกับผู้ป่วยได้อย่างสะดวกใจ					

ข้อ	ความตั้งใจในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับสมรรถนะ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	5. หมวดความรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Knowledge)					
17.	ฉันคิดว่าฉันมีความรู้เพียงพอที่จะร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ					
18.	ฉันคิดว่าฉันมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
19.	ฉันคิดว่าฉันเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
20.	ฉันคิดว่าฉันเข้าใจกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินบรรยากาศขององค์กร

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องที่ตรงกับบรรยากาศขององค์กร
ตามการรับรู้ของท่าน

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งข้อความแต่ละข้อเป็นคำอธิบายถึงบรรยากาศขององค์กร
ประกอบไปด้วย 6 ด้าน จำนวน 24 ข้อ
2. โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นและการรับรู้ของท่านเพียง
คำตอบเดียวในแต่ละข้อขอให้พิจารณาตามความเป็นจริงโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณาดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเห็นของผู้ตอบน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ด้านโครงสร้าง					
1.	หน่วยงานของท่านมีการระบุภาระงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
2.	หน่วยงานของท่านมีผู้รับผิดชอบหรือทีมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยชัดเจน					
3.	หากมี ปัญหาในการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง และสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าท่านสามารถระบุได้ว่าใครเป็นผู้มีอำนาจในการจัดการปัญหาดังกล่าว					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4.	หน่วยงานของท่านมีการประกาศนโยบายและเป้าหมายด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้บุคลากรได้รับทราบอย่างชัดเจน					
	ด้านมาตรฐาน					
5.	หน่วยงานของท่านเชื่อว่าท่านสามารถดำเนินงานตามมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคอง และท่านสามารถสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี					
6.	ท่านภาคภูมิใจในหน่วยงานของท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี					
7.	บุคลากรในหน่วยงานของท่านพยายามปรับปรุงการปฏิบัติงานงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อให้ได้ผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด					
8.	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ในระดับสูง					
	ด้านความรับผิดชอบ					
9.	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านยินดีให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
10.	แม้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะเป็นเรื่องใหม่และท้าทายแต่หน่วยงานของท่านให้การสนับสนุนเรื่องนี้อย่างยิ่ง					
11.	ในการปฏิบัติงานท่านสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในการทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างอิสระ โดยเฉพาะ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	การตัดสินใจที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยและครอบครัว จาก การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
12.	เมื่อมีปัญหาด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึง การสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หอผู้ป่วย ของท่านมีผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย					
	ด้านการได้รับการยอมรับ					
13.	หัวหน้ามักจะชื่นชมอยู่เสมอ เมื่อบุคลากรใน หน่วยงานของท่านปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้					
14.	หน่วยงานของท่านมีวิธีการจูงใจในการทำงานด้าน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงการวางแผนการดูแล ล่วงหน้าด้วยการให้รางวัลและมีการ จัดการสวัสดิการไว้อย่างเหมาะสม					
15.	ท่านได้รับคำชื่นชมจากหน่วยงานเป็นอย่างดีเมื่อท่าน ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงวางแผนการ ดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วย					
	ด้านการสนับสนุน					
16.	หัวหน้างานสนับสนุนให้ท่านมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่เสมอ					
17.	เมื่อท่านได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองที่จัดการได้ยาก ท่านจะได้รับความ ช่วยเหลือจากหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18.	ท่านเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
19.	บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่จัดการได้ยาก					
20.	ท่านได้รับความเห็นอกเห็นใจจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างานเมื่อมีการสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย และครอบครัวผิดพลาดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์					
	ด้านความยึดมั่นผูกพัน					
21.	ท่านตั้งใจว่าจะทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง รวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้ดีที่สุดเพื่อจะได้เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จขององค์กร					
22.	ท่านรู้สึกภูมิใจที่ได้บอกใครๆ ว่าหน่วยงานของท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย					
23.	บุคลากรในหน่วยงานของท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรวมถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า					
24.	บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุนโยบายและเป้าหมายด้านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)					

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

1. นายแพทย์อดิสร โวหาร อาจารย์แพทย์
สาขาแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์
ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. อีระชล สาทสิน อาจารย์พยาบาล
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. กิริติยา วงษ์กาฬสินธุ์ อาจารย์พยาบาล
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. พว.วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง
ศูนย์ชีวาภิบาล อโรคยาศาล วัดคำประมง
เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
5. พว.วราภรณ์ อ่อนอนงค์ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ
ประคับประคอง
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม มะเร็งก้อนทุม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
ระยะท้าย และได้รับประกาศนียบัตรหลักสูตรเฉพาะทาง



ที่ อว ๖๗.๓๔/ค. ๑๒๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๙๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

อ้างถึง หนังสือคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ มฉก. ๐๑๐๔/๐๓๑๔

ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยมีผู้วิจัยหลัก คือ อาจารย์นันท์ วัฒนะพานิชกุล กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย” มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย จากวิทยานิพนธ์ของตนเอง โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

- ๑.แบบสอบถามความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล
- ๒.แบบสอบถามทักษะการสื่อสารในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- ๓.แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- ๔.แบบประเมินบรรยากาศขององค์กร

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐๒-๕๖๔-๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๒๐

โทรสาร. ๐๒-๕๑๖-๕๓๘๑

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง
(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 20 พฤษภาคม 2568

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแล
 ล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ อาจารย์นันทวุฒิ วชิระพานิชกุล
คณะวิชา/หลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเสด็จกษัตริย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

อินทนาม

25/05/2020

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 20 พฤษภาคม 2568

เลขที่รับรอง

HCU-EC1614/2568

วันที่ให้การรับรอง: 20 พฤษภาคม 2568

วันหมดอายุ 19 พฤษภาคม 2570



ภาคผนวก ง

เอกสารคำชี้แจงและหนังสือให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นายนันทวุฒิ วชิระพานิชกุล

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ชั้น 2 อาคารโภชนาการ 1 18/18 ถนนเทพรัตน กม. ที่ 18 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540 โทรศัพท์ (Telephone) 0944507711 (ที่บ้าน) 341 ต.วะตะแบก
อ.เทพสถิต จ.ชัยภูมิ 36230

โทรศัพท์มือถือ 094-4507711 **E-mail** Nanthawuth.tn@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด เกี่ยวข้องกับอะไร และท่านจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างไร ดังนั้นท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพการ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ คัดเลือกโรงพยาบาลโดยแบ่งเป็นชั้นภูมิ และสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน สำหรับพยาบาลสุ่มตามสัดส่วนประชากร โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืน จากโรงพยาบาล A จำนวน 14 คน โรงพยาบาล B จำนวน 25 คน โรงพยาบาล C จำนวน 41 คน โรงพยาบาล D จำนวน 153 คน รวมเป็น 233 คน และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

4. ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

5. ท่านได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อท่าน ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ
โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะ
นำไปสู่การระบุตัวท่าน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า อายุ ปี
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ อาจารย์นันท์วุฒิ วชิระพานิชกุล และคณะ
 เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า
 ร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยไม่ถูกบังคับ ชูเชิญ
 หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่
 จะเกิดขึ้นรวมถึง ความปลอดภัย อาการที่ตามมา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งคุณค่าที่จะได้รับ
 จากการวิจัยโดยละเอียดแล้ว

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยว่า จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลในส่วนที่
 เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในงานวิจัย

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
 และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และการ

ลงชื่อ..... **นันท์วุฒิ วชิระพานิชกุล** ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....

(อาจารย์นันท์วุฒิ วชิระพานิชกุล)

(.....)

ผู้วิจัย

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ทำงานทุกประการ ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตาม
 เจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

มฉก.กค.016



เรียนรูเพื่อรับใช้สังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

华侨崇圣大学

18/18 ถนนพหลโยธิน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางโฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237

泰国北榄府挽披县贴帕拉路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (662) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มฉก. 0104/1149

8 กรกฎาคม 2568

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย (Certificate of Exemption)

ด้วยอาจารย์นันท์หวุฒิ วชิระพานิชกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย
เรื้อรัง” โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งได้ผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามเอกสาร
รับรองจริยธรรมเลขที่รับรอง HCU-EC1614/2568 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2568 นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาล
สมุทรปราการ จำนวน 185 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568 ถึง เดือนกันยายน 2568 และขอความอนุเคราะห์
ท่านจัดทำหนังสือตอบรับอนุญาตให้สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ ส่งที่ Email: nanthawuth.tn@gmail.com
ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากขัดข้องประการใด กรุณาแจ้ง อาจารย์นันท์หวุฒิ วชิระพานิชกุล
หมายเลขโทรศัพท์ 094-4507711 และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. 02-3126300 ต่อ 1231, 1232

E-mail: secretary.nurse@gmail.comวิทยาเขตยศเส 121 ถนนอนันตนาถ เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100 โทร.0-2621-7070-4 โทรสาร 0-2621-7075 <http://www.hcu.ac.th>



เชิญเพื่อรับปริญญา

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY
华侨崇圣大学

18/18 ถนนพหลโยธิน กม.18 (บางนา-ตราด) ต.บางโหลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, Km. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel.(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax.(662)312-6237

泰国北榄府挽拉松路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (662) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มจก. 0104/ 1012

26 พฤษภาคม 2568

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี

ด้วยอาจารย์นันท์ วัชรพานิชกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง" โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลบางพลี นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลบางพลี จำนวน 41 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 และขอความอนุเคราะห์ท่านจัดทำหนังสือตอบรับอนุญาตให้สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ ส่งที่ Email: nanthawuth.tn@gmail.com เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบในการดำเนินการขออนุญาตการวิจัยจากทางมหาวิทยาลัยต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากขัดข้องประการใด กรุณาแจ้ง อาจารย์นันท์ วัชรพานิชกุล หมายเลขโทรศัพท์ 094-4507711 และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทักดี กุลสิล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. 02-3126300 ต่อ 1231, 1232

E-mail: secretary.nurse@gmail.com





เรียนรู้อิโระบังจันคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERM PRAKIET UNIVERSITY

华侨崇圣大学

18/18 ถนนพหลโยธิน กม.18 (บางนา-ตราด) คลองโจด อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, Km. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel:(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax:(662)312-6237

泰国北榄府挽拉哇路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (662) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มฉก. 0104/ 1014

26 พฤษภาคม 2568

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางจาก

ด้วยอาจารย์นันท์ วชิระพานิชกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง"
โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลบางจาก นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลบางจาก
จำนวน 14 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 และขอความอนุเคราะห์ท่านจัดทำหนังสือ
ตอบรับอนุญาตให้สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ ส่งที่ Email: nanhawuth.tn@gmail.com เพื่อใช้เป็น
หลักฐานประกอบในการดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากทางมหาวิทยาลัยต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็น
ความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากขัดข้องประการใด กรุณาแจ้ง อาจารย์นันท์ วชิระพานิชกุล
หมายเลขโทรศัพท์ 094-4507711 และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิศักดิ์ กสิผล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. 02-3126300 ต่อ 1231, 1232

E-mail: secretary.nurse@gmail.com



เรียนผู้รับใช้สังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY

华侨崇圣大学

18/18 ถนนพหลโยธิน กม.ที่ 18 (บางนา-ตราด) ต.บางโกละ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทร. 0-2713-8100, 0-2312-6300-30 โทรสาร 0-2312-6237

18/18 Debaratna Road, k.m. 18 (Bangna-Trad) Bangplee District, Samutprakarn 10540 THAILAND

Tel:(662)713-8100, 0-2312-6300-30 Fax:(662)312-6237

泰国北榄府挽拉脱县德巴律路 18 公里 18/18 号 邮编 10540 电话: (662)713-8100, 0-2312-6300-30 传真: (622) 312-6237

<http://www.hcu.ac.th>

ที่ มฉก. 0104/ 1013

26 พฤษภาคม 2568

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบ่อ

ด้วยอาจารย์นันท์ วัชรพานิชกุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง”
โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลบางบ่อ นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลบางบ่อ
จำนวน 25 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 และขอความอนุเคราะห์ท่านจัดทำหนังสือ
ตอบรับอนุญาตให้สามารถจัดเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ ส่งที่ Email: nanthawuth.tn@gmail.com เพื่อใช้เป็น
หลักฐานประกอบการดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากทางมหาวิทยาลัยต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็น
ความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากขัดข้องประการใด กรุณาแจ้ง อาจารย์นันท์ วัชรพานิชกุล
หมายเลขโทรศัพท์ 094-4507711 และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. 02-3126300 ต่อ 1231, 1232

E-mail: secretary.nurse@gmail.com



ภาคผนวก จ

บริบทของกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล A

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) ระดับตติยภูมิระดับสูง บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลในหอผู้ป่วย คือ ดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา แต่ละหอผู้ป่วยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (PCWN) ในโรงพยาบาลมีหน่วยงานในการดูแลแบบประคับประคอง โดยจะมีทีมประคับประคองในการเยี่ยมเคสเฉพาะกรณีทางหอผู้ป่วยส่งปรึกษา และศูนย์ชีวิติบาลซึ่งให้บริการโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยประคับประคอง ในส่วนของการประชุมครอบครัว หรือ Family meeting มักจะทำโดยแพทย์เจ้าของไข้ และอาจารย์แพทย์ พยาบาลมีส่วนร่วมในการเข้าประชุมทีมน้อย ทางโรงพยาบาลมีเริ่มมีการนำเอกสารวางแผนการดูแลล่วงหน้ามาใช้ และทางระบบสารสนเทศทางโรงพยาบาลมักจะมีแจ้งเตือนขึ้นในเคสที่มีการปรึกษาทีมประคับประคอง

โรงพยาบาล B

เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป มีบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลคือให้การดูแลตามแผนการรักษา มีศูนย์ชีวิติบาลในโรงพยาบาลมีทีมประคับประคองมาเยี่ยมไข้กรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษา และมีคลินิกประคับประคองเปิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีพยาบาลประคับประคองประจำหน่วยงาน แต่ยังไม่ครบทุกหน่วยงาน ส่วนใหญ่จะมีเพียงเอกสารแสดงเจตนาไม่สมัครใจให้ผู้ป่วยรับการตรวจรักษา และ/หรือทำหัตถการที่แพทย์มักจะใช้ในการคุย Advance care plan ในส่วนเอกสารบันทึก ACP ส่วนใหญ่จะเป็นของทีมประคับประคอง

โรงพยาบาล C

เป็นโรงพยาบาลระดับชุมชน บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลคือการให้การดูแลตามแผนการรักษา ในโรงพยาบาลมีพยาบาลที่เป็นคณะกรรมการประคับประคอง แต่ยังไม่ครบทุกหน่วยงาน และทีมประคับประคองประจำโรงพยาบาลที่คอยพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลในด้านวิชาการ ประคับประคอง มีคลินิกประคับประคองที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง รวมถึงการปรับยา การลงเยี่ยมบ้าน หากแพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาทีมประคับประคองจะเข้าไปดูแล รวมถึงพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาล D

เป็นโรงพยาบาลระดับชุมชน บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลคือการให้การดูแลตามแผนการรักษา ในโรงพยาบาลมีพยาบาลที่เป็นคณะกรรมการประคับประคอง และทีมประคับประคองประจำ

โรงพยาบาลที่คอยพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลในด้านวิชาการระดับประคอง มีคลินิก
ระดับประคองที่คอยให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง รวมถึงการปรับยา การลงเยี่ยมบ้าน หาก
แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาทีมระดับประคองจะเข้าไปดูแล รวมถึงพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



ภาคผนวก ฉ

ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายฉันทวุฒิ วชิระพานิชกุล
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2562: พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
ทุนการศึกษา	ปี พ.ศ. 2565: ทุนการศึกษาระดับปริญญาโทแก่บุคคลทั่วไป คณะพยาบาลศาสตร์ ด้วยทุนมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ประสบการณ์การทำงาน	ปี พ.ศ. 2562 – 2563 พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย ปัสสาวะ (จิตเวช) ปี พ.ศ. 2563 – 2565 พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2567 - ปัจจุบัน อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
Email	Nanthawuth.tn@gmail.com