PCFM Vol 8 No. 4 Jul-Aug 2025: 351-361.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์ และความเชื่อต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุราลัย จงรักวงศ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:
สุราลัย จงรักวงศ์, พ.บ., โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี 20 ถนน นาทวี ประกอบ ตำบล นาทวี อำเภอ นาทวี สงขลา 90160, ประเทศไทย
Email: suralai.jon@cpird.in.th

Received: May 6 2024;
Revised: May 26 2024;
Accepted: May 30 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การทำพินัยกรรมชีวิต (living Will) ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งมีแนวโน้มทรุดลงอย่างไม่แน่นอน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ประสบการณ์ ทัศนคติ และความเชื่อต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568

วัสดุและวิธีการ: แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการและความรุนแรงของโรค การรับรู้โรค ทัศนคติ ความรู้ ความเชื่อ และความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วม 225 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ มีรายรับน้อยและมัธยฐานของอายุ 59 ปี พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (OR = 112.2; 95%CI: 2.37–5312.62; p = 0.016) และทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (OR = 10.6; 95%CI: 2.31–48.59; p < 0.001) ในขณะที่ประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (OR = 0.83; 95%CI: 0.58–1.19; p = 0.326) และความเชื่อเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (OR = 0.83; 95%CI: 0.34-2.06; p < 0.692) รวมถึงปัจจัยประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา รายได้ และการอาศัยอยู่กับครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

สรุป: ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้ ที่เพียงพอเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต และทัศนคติเชิงบวก ขณะที่ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ประสบการณ์และความเชื่อไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทัศนคติ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

PCFM Vol 8 No. 4 Jul-Aug 2025: 351-361.

ORIGINAL ARTICLE

Decoding the Decision: How Knowledge, Attitudes, Experiences and Beliefs Affect Living Wills in COPD

Suralai Jongrakwong, MD., FRCFPT

Somdejpraboromrachineenart Natawee Hospital, Songkhla, Thailand

Corresponding author :
Suralai Jongrakwong, M.D.,
20 Na thawi Road, Nathawee Subdistrict, Na thawi District, Songkhla 90160, Thailand
Email: suralai.jon@cpird.in.th

Received: May 6 2024;
Revised: May 26 2024;
Accepted: May 30 2024

ABSTRACT

Background: Making a living will allows patients to make independent decisions about end-of-life care, especially patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which tends to deteriorate uncertainly. This research aimed to study the relationship between knowledge, experience, attitude, and beliefs on the decision to make a living will in patients with COPD.

Design: A cross-sectional analytical study in patients with COPD, Na thawi District, Songkhla Province, from October 1, 2024, to February 28, 2025

Methods: A questionnaire contained general information, symptoms, and severity of the disease, disease perception, attitude, knowledge, beliefs, and the desire to make a living will. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Two hundred twenty-five participants, most of whom were male with lower education than a bachelor's degree, were selected. Other data included marital status, Buddhist religion, low income, and a median age of 59 years. The factors that were significantly associated with the decision to make a living will were knowledge of living will (OR = 112.2; 95%CI: 2.37-5312.62; p = 0.016) and attitude towards living will (OR = 10.6; 95%CI: 2.31-48.59; p < 0.001). Experience with living will (OR = 0.83; 95%CI: 0.58-1.19; p = 0.326) and beliefs about living will (OR = 0.83; 95%CI: 0.34-2.06; p < 0.692), as well as demographic factors such as gender, age, marital status, education, religion, income and living with family showed no significant relationship with the decision to make a living will.

Conclusions: The important factors that significantly influenced decisions regarding a living will in patients with COPD were adequate knowledge about living wills and positive attitudes. Demographic factors, experience, and beliefs were not found to have a statistically significant relationship.

Keywords: living will, COPD, Attitude, knowledge, beliefs about death, advance care planning

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิต 3.5 ล้านรายในปี พ.ศ. 2564[1] และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในปี พ.ศ. 2573[2] โรคนี้ทำให้ทางเดินหายใจเสียหายถาวร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[3] โดยเฉพาะในระยะสุดท้าย งานวิจัยในไทยและต่างประเทศพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะท้ายมักไม่ตรงกับความต้องการ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ[4] และการเสียชีวิตในโรงพยาบาล[5] เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้พูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ส่งผลให้การดูแลไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย[6] ซึ่งมักต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการยืดชีวิต[7] อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความรุนแรงของโรคหรือไม่มีข้อมูลในการตัดสินใจ[8]

การทำพินัยกรรมชีวิต (living Will) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนการดูแลในช่วงท้ายชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงเจตนารมณ์ในการรักษา[9] สามารถลดความขัดแย้งในครอบครัวและลดการรักษาที่ไม่ต้องการในภาวะวิกฤต[10] มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแบบประคับประคองมักตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น[11,12] การให้ความรู้โดยเน้นการทำ ความเข้าใจถึงคุณค่าและกระบวนการทำพินัยกรรมชีวิต สามารถช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] และการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น[14] ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและประสบการณ์มีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ การศึกษา และรายได้[15-17]

ในประเทศไทย การทำพินัยกรรมชีวิตยังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นส่วนใหญ่[18] ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์ และความเชื่อต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ โดยหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยส่งเสริมการให้ข้อมูลและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ ประสบการณ์และความเชื่อต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้/ทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการหอบกำเริบซึ่งส่งผลให้อาการเลวลงเป็นช่วง ๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เมื่อถึงช่วงท้ายชีวิตอาการหอบเหนื่อยจะรุนแรงและคุณภาพชีวิตแย่ลง ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในโรงพยาบาล ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลระยะท้ายมีความสำคัญ แต่ในบางกรณีการพูดคุยเกิดขึ้นช้า ทำให้การตัดสินใจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย[6] American Thoracic Society (2014) จึงแนะนำให้เริ่มการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยเน้นการสื่อสารอย่างมีระบบ[19] อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความซับซ้อนของโรคและปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจความรุนแรงของโรค[8]

พินัยกรรมชีวิตเป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาในช่วงสุดท้าย[9] ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการเสียชีวิตขณะยังมีสติสัมปชัญญะ ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต พบว่าความรู้และความเข้าใจ ประสบการณ์ความเชื่อ[11,17] รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแล[14] มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต การให้ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมและการรับรู้ตนเองมีอิทธิพลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าปัจจัยพื้นฐานทางประชากรศาสตร์[15,16] การเพิ่มความตระหนักและให้ข้อมูลเรื่องการ

ดูแลในช่วงท้ายชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจวางเป้าหมายของการดูแลได้เหมาะสม ลดปัญหาการตัดสินใจ

ในภาวะวิกฤตของครอบครัวและแพทย์[10,20] ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีที่นอนโรงพยาบาลพบว่า การสื่อสาร ประสบการณ์ ความรู้และทัศนคติต่อที่ดีมีผลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต[12]

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลาที่มารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ คือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) ได้จำนวน 210 คน เลือกโดยวิธีสุ่มตามความสะดวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการโรค การรับรู้โรคประสบการณ์ ทัศนคติ ความรู้ ความเชื่อ และความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นใช้สูตร KR-20 วัดด้านความรู้ได้ 0.770 ใช้ Cronbach's alpha วัดด้านทัศนคติ 0.890 ด้านประสบการณ์ 0.727 และด้านความเชื่อ 0.771

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชาสัมพันธ์โครงการ รับสมัครผู้ป่วย และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมตอบเอง (self-administered questionnaire) หลังได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) การวิเคราะห์หลายตัวแปรดำเนินการด้วยวิธี multiple logistic regression โดยควบคุมปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ เช่น อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว

ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยค่า odds ratios (OR) ค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95%CI:) และ $p < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับจังหวัดของจังหวัดสงขลา

ผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 225 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.7) อายุมัธยฐาน 59 ปี (IQR 51-68 ปี) สถานภาพสมรสมีสัดส่วนสูงที่สุดในทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 75.1) ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้ที่ศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีสัดส่วนสูงที่สุด ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีรายรับน้อยกว่ารายจ่าย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ด้านอาการและความรุนแรง พบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม COPD group E^3 (ตาราง 1)

ด้านความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 3) ร้อยละ 69.3 มีความ

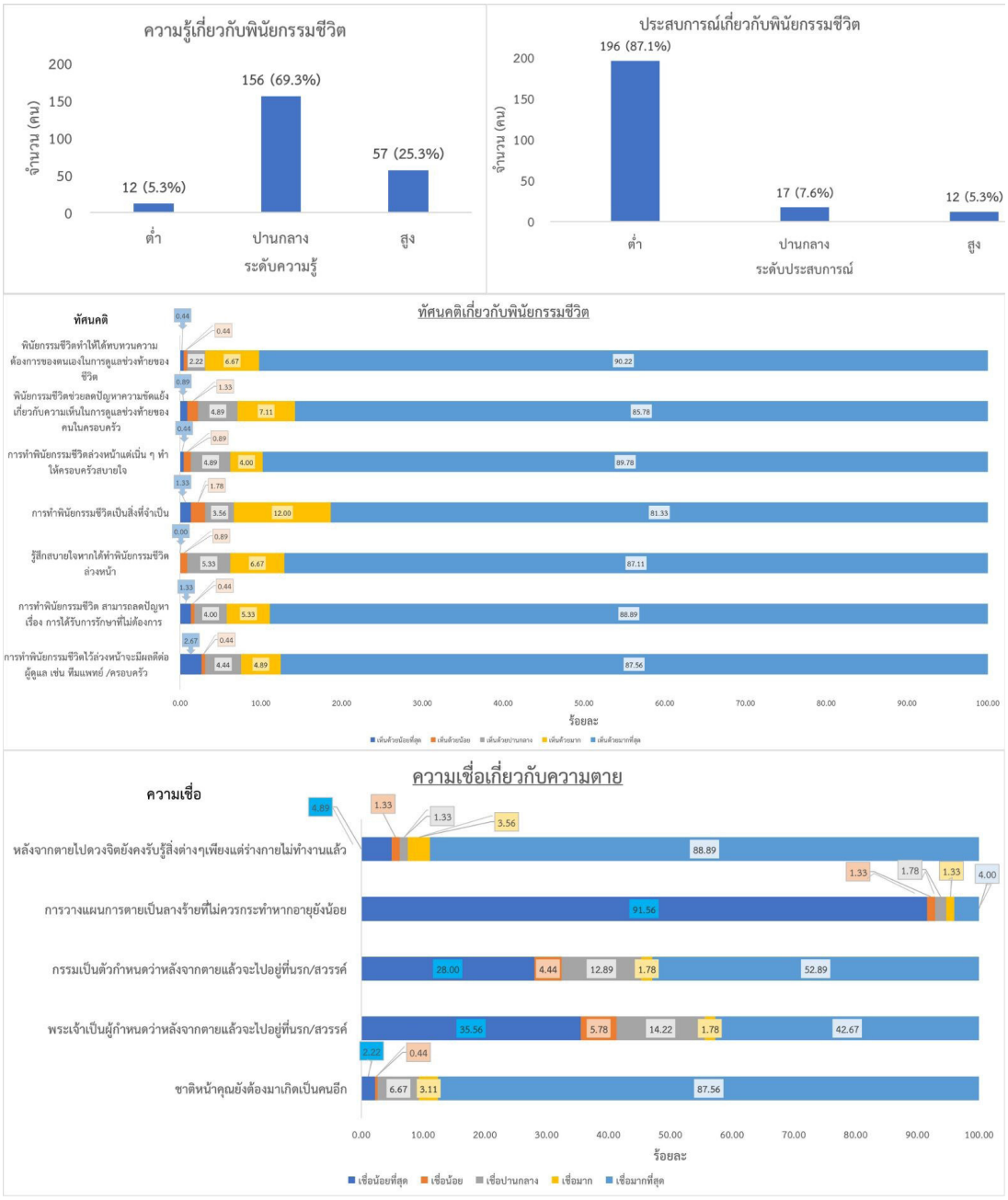
ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ปัจจัย	ทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	ทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน (ร้อยละ)
เพศชาย	141 (62.7)	129 (62.6)	12 (63.2)
อายุ; ปี (median (IQR))	59 (51,68)	59 (51,68)	65 (51.5,72.5)
สถานภาพ			
โสด	35 (15.6)	33 (16)	2 (10.5)
สมรส	169 (75.1)	156 (75.7)	13 (68.4)
หย่าร้าง/หม้าย	21 (9.3)	17 (8.3)	4 (21.1)
การศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	99 (44)	93 (45.1)	6 (31.6)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	113 (50.2)	100 (48.5)	13 (68.4)
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	13 (5.8)	13 (6.3)	0 (0)
ศาสนา			
อิสลาม	106 (47.1)	98 (47.6)	8 (42.1)
พุทธ	116 (51.6)	105 (51)	11 (57.9)
คริสต์	3 (1.3)	3 (1.5)	0 (0)
รายรับเทียบกับรายจ่าย			
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย	96 (42.7)	89 (43.2)	7 (36.8)
รายรับพอกับรายจ่าย	88 (39.1)	78 (37.9)	10 (52.6)
รายรับมากกว่ารายจ่าย	41 (18.2)	39 (18.9)	2 (10.5)
อาศัยอยู่กับใคร			
อาศัยลำพัง	44 (19.6)	40 (19.4)	4 (21.1)
อาศัยกับครอบครัว	181 (80.4)	166 (80.6)	15 (78.9)
การรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวอื่น			
มี	82 (36.4)	71 (34.5)	11 (57.9)
ไม่มี	143 (63.6)	135 (65.5)	8 (42.1)
อาการและความรุนแรง			
Group A	19 (8.4)	17 (8.3)	2 (10.5)
Group B	91 (40.4)	86 (41.7)	5 (26.3)
Group E	115 (51.1)	103 (50.0)	12 (63.2)

IQR, Interquartile range

รู้ระดับมาก (คะแนน 4-5) ร้อยละ 25.3 และระดับน้อย (คะแนน 1-2) ร้อยละ 5.3 (รูปที่ 1) จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในบางประเด็น เช่น เกี่ยวกับสิทธิ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายชีวิต มีแนวโน้มทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า โดยกลุ่มที่ตอบถูกมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตสูงถึงร้อยละ 93 เทียบกับเพียงร้อยละ 60 ในกลุ่มที่ตอบผิด (p = 0.006) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีความเข้าใจว่า หากลงนามแสดงเจตนารมณ์เลือกการดูแลแบบประคับประคองแล้วยังสามารถรับการรักษาได้ยกเว้นเฉพาะที่ไม่ประสงค์จะรับบริการก็มีแนวโน้มทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (ร้อยละ 92.6 กับ 66.7, p = 0.031) อย่างไรก็ตาม ความรู้ในประเด็นอื่นๆ เช่น คำจำกัดความของพินัยกรรมชีวิตรูปแบบการแสดงเจตนารมณ์ และผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนในช่วงระยะท้ายของชีวิต ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ทำและไม่ทำพินัยกรรมชีวิต (ภาคผนวกเพิ่มเติม ตารางเสริมที่ 1)

ด้านประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตระดับต่ำ (คะแนน 0-2) ร้อยละ 87.1 กลุ่มที่มีประสบการณ์ปาน-



รูปที่ 1. ระดับความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ระดับประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

กลาง (คะแนน 3) ร้อยละ 7.6 กลุ่มประสบการณ์สูง (คะแนน 4-7) ร้อยละ 5.3 (รูปที่ 1) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านของประสบการณ์ ดังนี้ ผู้ที่รู้จักการทำพินัยกรรมชีวิตมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 89.6 ขณะที่ผู้ที่ไม่เคยรู้จักมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตสูงกว่าเล็กน้อย ร้อยละ 92.1 (p = 0.564) ด้านประสบการณ์การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต เช่น หัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ ผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าวมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 75 ซึ่งต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยประสบเหตุการณ์ดังกล่าวที่ร้อยละ 91.9 (p = 0.299) สำหรับผู้ที่เคยดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยระยะสุดท้าย มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 92 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่เคยดูแล ร้อยละ 91.3 (p = 0.865) ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่เคยเห็นกระบวนการวางแผนการรักษาระยะท้ายของชีวิตมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 89.7 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยเห็นร้อยละ 91.9 (p = 0.75) สำหรับประสบการณ์การเห็นเหตุการณ์ช่วยชีวิต เช่น การกดนวดหัวใจหรือการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ที่

เคยเห็นเหตุการณ์เหล่านี้ มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเห็น ร้อยละ 86.7 เทียบกับ 93.3 (p = 0.112) ผู้ที่เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจทุกคนตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ขณะที่ผู้ที่ไม่เคยถูกใส่ท่อมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 91.2 (p = 1.000) สำหรับประสบการณ์การถูกใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือหน้าท้อง พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์นี้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ร้อยละ 76.9 และ 92.5 ตามลำดับ (p = 0.085) สุดท้าย การมีคนรู้จักหรือญาติที่เคยทำพินัยกรรมชีวิต พบว่าผู้ที่มีคนรู้จักในลักษณะนี้มีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มี ร้อยละ 84.6 และ 92 (p = 0.302) (ภาคผนวกเพิ่มเติม ตารางเสริมที่ 2)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้า ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต (รูปที่ 1) ทัศนคติเชิงบวกต่อการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ด้านความเชื่อว่าการทำพินัยกรรมชีวิตมีผลดีต่อผู้ดูแล เช่น ทีมแพทย์หรือครอบครัว กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตสูงถึงร้อยละ 93.9 ขณะที่กลุ่มที่เห็นด้วยน้อยที่สุดทำเพียงร้อยละ 50 (p = 0.003) ความเชื่อว่าพินัยกรรมชีวิตช่วยลดปัญหาในการได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการ กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 94.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เห็นด้วยน้อยที่สุดทำเพียงร้อยละ 33.3 (p < 0.001) ความรู้สึกสบายใจหากได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 91.8 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.690) ความรู้สึกว่าพินัยกรรมชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีการทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 94.5 ขณะที่กลุ่มที่เห็นด้วยน้อยที่สุดทำเพียงร้อยละ 33.3 (p = 0.001) การเชื่อว่าการทำพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าทำให้ครอบครัวสบายใจ กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 91.6 (p = 0.039) ความเชื่อว่าพินัยกรรมชีวิตช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 93.8 ขณะที่กลุ่มที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ไม่มีใครทำพินัยกรรมชีวิต (p = 0.002) ความเชื่อว่าพินัยกรรมชีวิตช่วยให้ทบทวนความต้องการของตนเองช่วงท้ายชีวิต กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 93.6 ขณะที่กลุ่มเห็นด้วยน้อยและเห็นด้วยน้อยที่สุดไม่มีใครทำพินัยกรรมชีวิต (p < 0.001) (ภาคผนวกเพิ่มเติม ตารางเสริมที่ 3)

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความตาย พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับ “ชาติหน้าคุณต้องมาเกิดเป็นคนอีก” “พระเจ้าเป็นผู้กำหนดว่าหลังจากตายแล้วจะไปอยู่ที่นรก/สวรรค์” “การวางแผนการตายเป็นลางร้ายที่ไม่ควรกระทำหากอายุยังน้อย” “หลังจากตายไปดวงจิตยังคงรับรู้สิ่งต่าง ๆ เพียงแต่ร่างกายไม่ทำงานแล้ว” ระดับความเห็นด้วยที่ต่างกันส่งผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) แต่ความเชื่อเกี่ยวกับ “หลังจากตายกรรมเป็นตัวกำหนดว่าจะไปอยู่ที่นรก/สวรรค์” ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.442) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนาและความตายมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายประเด็น ระดับความเชื่อที่มากขึ้นในด้าน “ชาติหน้าจะต้องมาเกิดเป็นคนอีก” มีแนวโน้มทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่เชื่อน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 93.4 ในขณะที่กลุ่มที่เชื่อน้อยที่สุดทำเพียงร้อยละ 60 ความเชื่อว่า “พระเจ้าเป็นผู้กำหนดว่าหลังจากตายแล้วจะไปอยู่ที่นรก/สวรรค์” ก็มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตเช่นกัน (p = 0.005) โดยกลุ่มที่เชื่อมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตถึง ร้อยละ 94.8 ในประเด็น “การวางแผนการตายเป็นลางร้ายที่ไม่ควรกระทำหากอายุยังน้อย” พบว่า ผู้ที่เชื่อน้อยที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตสูงที่สุด ร้อยละ 94.2 ขณะที่ผู้ที่เชื่อมากที่สุดมีอัตราการทำเพียงร้อยละ 66.7 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมการวางแผนชีวิตในระยะท้าย (p < 0.001) ความเชื่อว่า “หลังจากตายไปดวงจิตยังคงรับรู้สิ่งต่าง ๆ เพียงแต่ร่างกายไม่ทำงานแล้ว” ก็แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.011) โดยกลุ่มที่เชื่อมากที่สุดมีอัตราการทำพินัยกรรมชีวิตถึงร้อยละ 93.5 อย่างไรก็ตาม ความเชื่อว่า “กรรมเป็นตัวกำหนดว่าหลังจากตายแล้วจะไปอยู่ที่นรก/สวรรค์” ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทำ

พินัยกรรมชีวิต (p = 0.442) (ภาคผนวกเพิ่มเติม ตารางเสริมที่ 4)

การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติคของการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดใน univariate พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1) ปัจจัยการรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวอื่น โดยพบว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.61 (1.01-6.79), p = 0.047) 2) ด้านความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตพบว่าคะแนนความรู้มากขึ้นจะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าถึง 38.47 เท่า (OR = 38.47 (1.33-1114.04), p = 0.037) และ 3) ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่าผู้ที่มีทัศนคติดี มีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าถึง 8.73 เท่า (OR = 8.73 (2.48-30.69), p < 0.001) ด้านประสบการณ์และความเชื่อไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิเคราะห์ Multivariate พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ปัจจัย คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต พบว่าคะแนนความรู้มากขึ้นมีโอกาสทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าถึง 112.2 เท่า (OR = 112.2 (2.37-5312.62), p = 0.016) และ 2) ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต พบว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกมีแนวโน้มที่จะทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติต่ำกว่าถึง 10.6 เท่า (OR = 10.6 (2.31-48.59), p < 0.001) (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยด้านสุขภาพบุคคล และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้และศาสนา มักถูกคาดว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าคือปัจจัยพื้นฐานทางประชากรศาสตร์มีอิทธิพลน้อยกว่าปัจจัยทางสังคม จิตใจและการรับรู้ตนเอง[13,14,20] ด้านความรุนแรงของโรค แม้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแต่กลับไม่สัมพันธ์กับตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งสะท้อนว่ามีความเข้าใจเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าน้อย[7] ขาดการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ด้านความรู้พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรับการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวโน้มตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและแนวทางการรักษาในระยะท้าย[10] ในด้านประสบการณ์แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูล[20] ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจที่ชัดเจน กลุ่มที่เคยมีประสบการณ์มีแนวโน้มในการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตสูงขึ้น จึงควรมีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และสนับสนุนให้เกิดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ด้านทัศนคติพบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการทำพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11,13] ผู้ป่วยที่เห็นว่าการทำพินัยกรรมชีวิต เป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและครอบครัวมีแนวโน้มวางแผนล่วงหน้ามากขึ้น สุดท้ายด้านความเชื่อแม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต แต่ผลการศึกษาชี้ว่าความเชื่อเชิงบวกมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ในขณะที่ความเชื่อในเชิงลบเกี่ยวกับความตายกลับเป็นอุปสรรค[17]

การส่งเสริมการวางแผนล่วงหน้าจึงควรคำนึงถึงกรอบความเชื่อ ค่านิยมทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยการอาศัยปัจจัยที่ส่งผลให้การทำพินัยกรรมชีวิตสำเร็จทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจและการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อพินัยกรรมชีวิต รวมไปถึงปัจจัยระบบบริการสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการ การมีระบบส่งเสริม ACP อย่างเป็นระบบ และปัจจัยการสนับสนุนจากภาครัฐในเชิงนโยบาย เพื่อเพิ่มการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีแนวโน้มต้องเผชิญกับภาวะทรุดลงอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้

ตารางที่ 2. การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติคของการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	OR (95%CI:)	p-value	OR (95%CI:)	p-value
เพศ			1.09 (0.39,3.02)	
หญิง : ชาย	1.02 (0.39,2.71)	0.963	0.99 (0.94,1.03)	0.874
อายุ (cont. var.)	0.98 (0.94,1.02)	0.312		0.513
สถานภาพ		0.243		0.257
Ref=โสด				
สมรส	0.73 (0.16,3.38)		0.56 (0.12,2.72)	
หย่าร้าง/หม้าย	0.26 (0.04,1.55)		0.22 (0.03,1.45)	
การศึกษา		0.114		0.194
Ref=ไม่ได้เรียน				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0.5 (0.18,1.36)		0.59 (0.21,1.69)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	2,744,826.6 (0, Inf)		2912221.66 (0,Inf)	
ศาสนา		0.670		0.609
Ref= อิสลาม				
พุทธ	0.78 (0.3,2.02)		0.69 (0.25,1.86)	
คริสต์	1277662.11 (0, Inf)		7181291.56 (0,Inf)	
รายได้:		0.398		0.439
Ref=รายรับน้อยกว่ารายจ่าย				
รายรับพอกับรายจ่าย	0.61 (0.22,1.69)		0.55 (0.19,1.6)	
รายรับมากกว่ารายจ่าย	1.53 (0.3,7.72)		1.18 (0.22,6.24)	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	1.11 (0.35,3.52)	0.865	0.847	0.812
			1.16 (0.35,3.88)	
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	2.61 (1.01,6.79)	0.047	2.52 (0.85,7.42)	0.092
ABE group		0.405		0.352
Ref=A			2.82 (0.45,17.52)	
B	2.02 (0.36,11.3)		1.39 (0.25,7.9)	
E	1.01 (0.21,4.91)			
การรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้น		0.633		0.189
Ref= น้อย				
ปานกลาง	0.87 (0.32,2.39)		0.9 (0.3,2.68)	
มาก	1.77 (0.35,8.95)		3.53 (0.63,19.82)	
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต	38.47 (1.33,1114.04)	0.037	112.2 (2.37,5312.62)	0.016
ประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต	0.82 (0.59,1.12)	0.208	0.83 (0.58,1.19)	0.326
ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต	8.73 (2.48,30.69)	< 0.001	10.6 (2.31,48.59)	<0.001
ความเชื่อเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต	0.95 (0.38,2.4)	0.917	0.83 (0.34,2.06)	0.692

95%CI: = 95% confidence interval

สรุป

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต และทัศนคติเชิงบวก ขณะที่ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ประสบการณ์และความเชื่อไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ ให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย ตรงประเด็นและสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย เพื่อเพิ่มโอกาสในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสม สนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมและสอดคล้องกับคุณค่าของแต่ละบุคคลต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตและทัศนคติเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวทางการนำผลไปใช้ ได้แก่ 1) พัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นสิทธิผู้ป่วยและกระบวนการจัดทำพินัยกรรมชีวิต 2) ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกโดยการอบรมบุคลากรให้สามารถสนทนาและลดความเข้าใจผิดของผู้ป่วยได้ 3) บูรณาการการพูดคุยเรื่องพินัยกรรมชีวิตในระบบการดูแลแบบองค์รวม เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษารายบุคคล 4) ใช้ผลวิจัยเป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับองค์กรหรือชุมชนเพื่อส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง (generalizability) เพื่อให้ผลลัพธ์มีความครอบคลุมและน่าเชื่อถือมากขึ้น ศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ใช้การวิจัยแบบผสานวิธี (mixed methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ความรู้สึก ความเชื่อ และแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของครอบครัว และความสอดคล้องระหว่างการรักษากับความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงเปรียบเทียบแนวทางการส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การสอนรายบุคคล วิดีโอให้ความรู้ การเสวนากลุ่ม เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการกระตุ้นการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อจำกัด

การศึกษาแบบ cross sectional study ไม่สามารถตอบสถานการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของความรุนแรงโรคที่แตกต่างกันได้ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ศรวัส แสงแก้ว คุณกิตติศักดิ์ ชูมาลี และคุณคอดีเย๊าะ กาเสาะ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้หากไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

Hightlight

1. ความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต และทัศนคติเชิงบวก มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ด้านประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตระดับต่ำ
3. ความเชื่อเชิงบวกมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ในขณะที่ความเชื่อในเชิงลบเกี่ยวกับความตายกลับเป็นอุปสรรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2021 Jun 21 [cited 2021 Dec 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)
2. The Coverage. ห่วงผู้ป่วย ‘โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง’ พุ่ง ‘สมาคมอุรเวชช์ฯ’ แนะทุกโรงพยาบาล กระจายยาพื้นฐานให้ทั่วถึงประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2022 Dec 20 [เข้าถึง

เมื่อ 2025 May 4]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/4387
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report [Internet]. 2025 [cited 2025 May 4]. Available from: https://goldcopd.org/2025-gold-report/
4. Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, Desbiens NA, Phillips RS, Wu AW, et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: Insights from SUPPORT. J Am Geriatr Soc. 2000;48(S1):S146-53.
5. Higginson IJ, Daveson BA, Morrison RS, Yi D, Meier DE, Smith M, et al. Which patients with advanced respiratory disease die in hospital? A 14-year population-based study of trends and associated factors. BMC Med. 2017;15:1-12.
6. Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. Eur Respir J. 2008;32:796-803.
7. Curtis JR, Wen F, Eberly S. End-of-life care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: The role of palliative care. Chest. 2000;118:1329-37.
8. ห้องเรียน Palliative Care. Palliative Care in COPD [อินเทอร์เน็ต]. 2020 Nov 1 [เข้าถึงเมื่อ 2025 May 4]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/permalink.php/?story_fbid=172433051200338&id=103028654807445&locale=th_TH
9. National Health Commission Office. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. National Health Commission Office[อินเทอร์เน็ต]. 2007 [เข้าถึงเมื่อ 2025 May 4]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/hpp_act_ebook58_08_07_453_68.pdf
10. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-32.e1.
11. Alano GJ, Pekmezaris R, Tai JY, Hussain MJ, Jeune J, Louis B, et al. Factors influencing older adults to complete advance directives. Palliat Support Care. 2015;43:1-9.
12. ภูริธรรมโชติ พ. Attitudes towards living wills and factors affecting living wills writing decisions of Borabue hospital patients. Acad J Mahasarakham Prov Public Health Off. 2016;1:1-10.
13. Alshanberi A, Tallant C, Huddleston P, Imam A, Gildan A. Advance directives in patients over 60 years old: Assessment of perceived value and need for education in the outpatient setting. Arch Med. 2018;10:1-5.
14. Rao JK, Anderson LA, Lin FC, Laux JP. Completion of advance directives among U.S. consumers. Am J Prev Med. 2014;46:65-70.
15. Auriemma CL, McLennon SM, Sullivan AM. Factors influencing end-of-life decision-making. J Palliat Med. 2014;17:91-7.
16. Ko WL, Chou CL, Lee SH, Chang CC. Attitudes toward advance care planning and factors influencing advance care planning decisions in patients with chronic diseases. J Palliat Med. 2020;23(7):919-24.
17. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA. 1995;274):820-5.
18. กังวานสุระ ร, เทียนถาวร ท, ศรีสุวรรณ พ, เกษะโกมล ก. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ. PCFM [อินเทอร์เน็ต]. 2022 เม.ย. 8 [เข้าถึงเมื่อ 2025 พ.ค. 4];5:33-44. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/257180
19. American Thoracic Society. An official American Thoracic Society clinical policy statement: Palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med. 2014; 189: 967-72.
20. Meeussen K, Van den Block L, Echteld MA, Bilsen J, Van Casteren V, Deliens L. Advance care planning in Belgium and The Netherlands: A nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. J Pain Symptom Manage. 2012; 43:623-34.