ความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ*

สุภาภรณ์ จองคำอาง**, จิตนธี ริชชี่***, ทีปประพิน สุขเขียว****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความคิดเห็นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และศึกษาความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 87 คน และ 2) ญาติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 91 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ศึกษา คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ FACIT-Sp-12 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย 1) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายื้อชีวิต อยู่ในระดับมาก 2) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายื้อชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24, 0.22$, p-value < 0.05 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายื้อชีวิต ($r = 0.05$, p-value > 0.05) 3) ญาติผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ พยาบาลควรส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบูรณาการการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถในการตัดสินใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, แรงสนับสนุนทางสังคม, การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า, บุคคลที่มีโรคเรื้อรัง, ญาติ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569 หน้า 36-57

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสมาคมพยาบาลแมคคอร์มิค

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

**** นักวิชาการอิสระ

Corresponding author, e-mail: sinthisang@hotmail.com Tel 081-883-2832

วันที่รับบทความ: 5 พฤษภาคม 2569, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 29 มิถุนายน 2569, วันที่ตอบรับบทความ: 30 มิถุนายน 2569

Spiritual Well-being, Social Support and Perspective of Advance Care Planning among People with Chronic Disease and Relatives*

Supaporn Chongkhamang**, Jitnatee Ritchie***, Theepprapin Sukkheo****

Abstract

Purpose: This research aimed to examine spiritual well-being, social support and perception of advance care planning among people with chronic disease, and to study the relationship between spiritual well-being, social support and perspectives of advance care planning among people with chronic disease, as well as, to study perspectives of advance care planning among the relatives of people with chronic disease.

Design: Descriptive correlational research

Method: The sample comprised of 1) 87 people who were diagnosed with chronic diseases and 2) Ninety-one relatives of patients with chronic diseases who were admitted to the hospitals. Purposive sampling was used to recruit the sample. The instruments used were demographic information questionnaire, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being, FACIT-Sp-12 questionnaire, the social support questionnaire, and the advance care planning opinion questionnaire for people with chronic disease and the relatives. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rho correlation.

Main Findings: 1) People with chronic diseases showed a high level of spiritual well-being and social support, perception of advance care planning in terms of no prolonging life was high. 2) There was small positive relationship between social support and spiritual well-being, as well as, advance care planning in terms of no prolonging life ($r = 0.24, 0.22$, p-value < 0.05 respectively) But there was no relationship between spiritual well-being and advance care planning in terms of no prolonging life ($r = 0.05$, $p > 0.05$). 3) The relative perception of advance care planning in terms of no prolonging life was high.

Conclusion and recommendations: Nurses should promote spiritual well-being and social support for people with chronic illnesses, and integrate communication regards to advance care planning, especially while patients have decision-making capacity. This includes facilitating family involvement to support shared decision-making.

Keywords: Spiritual well-being, Social support, Advance care planning, People with chronic disease, Relatives

---

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2026, 13(1), 36-57

* This study was funded by a research grant of McCormick Association of Nursing, Payap University

** Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

*** Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

**** Independent scholar

Corresponding author, e-mail: sinthisang@hotmail.com Tel 081-883-2832

Received: 5 May 2026, Revised: 29 June 2026, Accepted: 30 June 2026

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2025) สอดคล้องกับประเทศไทย จากข้อมูลรายภาคในปี 2562-2566 พบว่า อัตราตายจาก 4 โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 ภาคเหนือตอนบนมีอัตราตาย 129.67 ต่อ 100,000 ประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศซึ่งมี อัตรา 127.34 ต่อ 100,000 ประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคล ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ การทำงานของร่างกายเสื่อมลง อาจมีความผิดปกติได้หลายภาวะและมีสมรรถภาพลดลง วิถีของโรคเรื้อรังมีหลายระยะและการดำเนินโรคไม่แน่นอน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่อาจเกิดปัญหาเฉียบพลันเข้าสู่ภาวะวิกฤตจนเสียชีวิตหรือพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะที่มีความผิดปกติของอวัยวะหรือมีความพิการ (Corbin, 1998) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา หรือกังวลเกี่ยวกับความตาย การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ในผู้ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง อาจส่งผลให้สูญเสียอาชีพการงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกเป็นภาระและรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากโรคเรื้อรังมีความซับซ้อน มักมีโรคเรื้อรังหลายโรค โรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายหรือการมีปัจจัยร่วม เช่น การติดเชื้อหรือภาวะติดเตียง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการบริการในแผนกฉุกเฉิน อาการอาจรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งทำให้มีความซับซ้อนในการตัดสินใจรักษา

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งทำไว้ก่อนที่บุคคลจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ การที่บุคคลได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายและมีการเตรียมตัวล่วงหน้าจะทำให้ได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิต การศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายและการรักษาแบบรุกล้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Suraarunsumrit et al., 2019) ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่จำเป็นหรือไม่เกิดประโยชน์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพ และช่วยให้ครอบครัววางแผนค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการเงินในด้านอื่นๆ ลดความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ และส่งผลให้ญาติพึงพอใจต่อการดูแล (Killackey et al., 2020) แม้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ที่กำหนดให้ คนไทยทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะไม่รับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายหรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการและการพยากรณ์โรคได้ตลอดเวลา ประกอบกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ได้ขึ้นกับข้อมูลทางการแพทย์หรือความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ขึ้นกับความรู้ ทัศนคติของบุคคลและครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตก็ควรได้รับโอกาสในการเตรียมความพร้อม

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งนี้เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นพลังสำคัญช่วยให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังรู้สึกเป็นสุขสงบ ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย มีความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่กับโรค ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนและความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจลดลง รวมทั้งสนับสนุนการทำหน้าที่ของจิตใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Rego et al., 2020) การศึกษาในผู้ที่มีโรคเรื้อรังพบว่า มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ธรรมวิทย์ ราญรอน และคณะ, 2564; Chaiyasit et al., 2022; Trapsinsaree et al., 2022) ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคคลเพื่อช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร การช่วยเหลือและด้านอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความตึงเครียด ทำให้บุคคลสามารถปรับพฤติกรรม ปรับตัวได้ แก้ไขปัญหาได้ ช่วยลดการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต (Bradley et al., 2018) เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การเอาใจใส่ การกระตุ้นเตือน 2) แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและความช่วยเหลือ เช่น การให้สิ่งของ เงิน ทอง แรงงาน เวลา และ 3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับความรัก ความเป็นห่วง ความไว้วางใจ เห็นในคุณค่า ยอมรับฟังความคิดเห็น และการได้รับการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือคนใกล้ชิด จะทำให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลลดลง ทักษะในการตัดสินใจดีขึ้น สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี คุณภาพชีวิตดี (Bradley et al., 2018) การศึกษาในผู้ที่มีโรคเรื้อรังพบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Upasen et al., 2024; Ayash et al., 2025) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Chaiyasit et al., 2022; Nazari et al., 2025; Trapsinsaree et al., 2022) อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน (บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2564)

การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีความเชื่อมโยงกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีแนวโน้มจะวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในส่วนของความผาสุกด้านจิตวิญญาณพบว่า มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการตัดสินใจในระยะท้าย ช่วยให้บุคคลมีการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้า (Rego et al., 2020) การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่ระยะท้ายมีไม่มากนัก (พิชยา ปัญญาดี, 2568; Stevens, et al., 2023) การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อวางแผนให้ได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ทีมวิจัยในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและความคิดเห็นของผู้ที่มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ศึกษาความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และศึกษาความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผลของการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานใน

การพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแรงสนับสนุนทางสังคมและความคิดเห็นของผู้ที่มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

สมมุติฐานการวิจัย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยผู้วิจัยเชื่อว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งประกอบด้วยความสงบ การค้นพบความหมายของชีวิตและความศรัทธา (Peterman et al., 2002) และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร การช่วยเหลือ (Schaefer et al., 1981) มีความสัมพันธ์กัน (Chaiyasit et al., 2022) ความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้เหมาะสม และอาจเกี่ยวข้องกับมุมมองในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจวางแผนการรักษาดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (Rego et al., 2020) รวมทั้งมุมมองเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของญาติ ในฐานะผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคไตเรื้อรัง และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคเหนือตอนบน เขตสุขภาพที่ 1 และ 2) ญาติของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายละเอียดในกลุ่มที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้มีโรคเรื้อรังตามที่กำหนด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) อาการเริ่มคงที่ 3) มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้สมบูรณ์ 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ที่มีโรคเรื้อรัง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความเชื่อมโยงทางสายเลือด คู่สมรส หรือบุคคลที่ไว้วางใจของผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอาการเริ่มคงที่ 2) มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้สมบูรณ์ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (Two tailed testing)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบเท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ 0.42 อ้างอิงจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Chaiyasit et al., 2022) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมไม่น้อยกว่า 84 ราย ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 87 ราย และกลุ่มตัวอย่างญาติ 91 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม ดังนี้ 1) รวบรวมรายชื่อโรงพยาบาลระดับทั่วไปในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จำแนกโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่มตามขนาดของโรงพยาบาลทั่วไปคือ ขนาด S และ M และ 2) สุ่มอย่างง่ายโดยไม่คืนที่ จับฉลากโรงพยาบาลขนาด S และ M ได้แก่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลสันทราย จังฟวักเชียงใหม่ ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิในการรักษาการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วยตั้งแต่วินิจฉัย ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของญาติ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วยตั้งแต่วินิจฉัย ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

3. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12) พัฒนาโดย ปีเตอร์แมน (Peterman et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศุภลักษณ์ เข็มทอง (Khemthong, 2014) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือจากคณะผู้บริหารฐานข้อมูลของ www.facit.org ความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การค้นพบความหมายของชีวิต ความสงบ และความศรัทธา แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ทางลบ 2 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 คะแนน ระบุระดับความคิดเห็นว่า ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมากและมาก ความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วย 3 ด้าน ด้านละ 16 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด มีค่า 0 ถึง 48 คะแนน ซึ่ง Peterman et al. (2002) ไม่ได้แบ่งระดับชัดเจน ค่าคะแนนรวมสูงแสดงถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง การศึกษานี้แบ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็น 3 ระดับ โดยใช้อันตรภาคชั้น (รัตน์ศิริ ทาโต, 2566) ดังนี้ คะแนน 0-16 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระดับต่ำ คะแนน 16.01-32.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง และคะแนน 32.01- 48.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระดับสูง

4. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) แปลโดยสมจิต หนุเจริญกุล ซึ่ง วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ได้ปรับเพิ่มเติม แรงสนับสนุนทางสังคมมี 3 แบบ (Schaefer et al., 1981) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร การช่วยเหลือ และด้านข้อมูลข่าวสาร มีข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 คะแนน ระบุระดับความคิดเห็นว่า ไม่เลย เล็กน้อย บางครั้ง ค่อนข้างมากและมากที่สุด คะแนนรวม 32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้อันตรภาคชั้น (รัตน์ศิริ ทาโต, 2566) ดังนี้ คะแนน 0-10.65 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 10.66-21.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 21.51- 32.00 หมายถึง

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

5. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากลักษณา สุวรรณนิล (2555) ครอบคลุมข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) ความรู้และประสบการณ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ และ 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิต ความต้องการในการรับหรือไม่รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิต รวม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 คะแนน ระบุระดับความคิดเห็นว่าไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คิดคะแนน 17 ข้อ (ไม่รวมความต้องการการรักษาเพื่อยื้อชีวิต) คะแนนรวม 68 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้อันตรภาคชั้น ดังนี้ คะแนน 0-22.50 หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่ดี คะแนน 22.51-45.00 หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับปานกลาง และคะแนน 45.01- 68.00 หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลประคับประคอง จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC) ได้ดังนี้ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ .83 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .83 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรังและของญาติ เท่ากับ .83 และ 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เนื้อหามีความชัดเจน เข้าใจง่าย ครอบคลุมประเด็นสำคัญ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยทดลองใช้กับผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ กลุ่มละ 30 ราย ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ .71 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .79 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ เท่ากับ .89 และ .85ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลลำพูนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลสันทรายเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน ชี้แจงแนวทางในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างก่อน

3. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบพยาบาลหัวหน้าเวรในวันเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยพิทักสิทธิ์ผู้ที่ตอบรับเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย และใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามประมาณ 20-30 นาที ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2569

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ 043-2568 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2568 และได้รับความเห็นขอบให้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสันทรายได้ ในวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2569 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิ์ในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ และข้อมูลความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ

2. สถิติโคลโมโกรอฟสเมอร์นอฟตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลผู้ที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง มีการแจกแจงไม่ปกติ ($p<.05$) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าผิดปกติ (Outlier) โดยใช้ Boxplot พบว่ามี 13 ชุด ได้ตัดชุดข้อมูลดังกล่าว คงเหลือ 74 ชุด เมื่อทดสอบซ้ำพบว่า ข้อมูลยังคงมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p<.05$) ซึ่งละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติเพียร์สัน จึงไม่ได้ใช้สถิตินี้ในการวิเคราะห์

3. สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรง สนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากสถิติดังกล่าวมีความทนทานต่อค่าผิดปกติและไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงของข้อมูล (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2563) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ข้อมูลของผู้ที่มีโรคเรื้อรังทั้งหมด 87 ชุด

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 87 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.77 อายุ > 60 ปี ร้อยละ 63.22 อายุเฉลี่ย 63.03 ปี (SD=12.22) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.77 ศาสนาพุทธร้อยละ 95.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.07 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 87.35 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.28 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.02 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 89.66 กลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 49.43 (M=2.44, SD=1.13) มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 59.77 และ 48.28 ตามลำดับ ร้อยละ 35.63 มีระยะเวลาป่วยนานกว่า 10 ปี (M= 11.35, SD=11.19 มีค่าระดับความสามารถ (PPS) อยู่ที่ระดับ 70-100% (ร้อยละ 97.70) (M=95.06, SD=10.55)

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม และความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

2.1 ความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ของความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ตัวแปร	M	SD	Range	แปลผล
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ				
ความสงบ	12.11	3.83	0-16	สูง
การค้นพบความหมายของชีวิต	13.71	2.79	0-16	สูง
ความศรัทธา	13.47	4.08	0-16	สูง
ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม	39.30	8.38	0-48	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.25	1.11	0-4	สูง
ด้านอารมณ์	14.09	2.81	0-16	สูง
ด้านทรัพยากร ความช่วยเหลือ	10.53	2.24	0-12	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	27.87	5.28	0-32	สูง

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ความสงบ การค้นพบความหมายของชีวิตและความศรัทธาอยู่ในระดับสูง (M=39.30, SD=8.38; M=12.11, SD=3.83; M=13.71,SD=2.79; M=13.47, SD=4.08 ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร ความช่วยเหลืออยู่ในระดับสูงเช่นกัน (M=27.87, SD=5.28, M=3.25, SD=1.11; M=14.09, SD=2.81; M=10.53 SD=2.24 ตามลำดับ)

2.2 ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ทราบว่าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยมีสิทธิแจ้งความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง	57	65.52
2. ทราบว่าสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยระบุผู้ตัดสินใจแทน หากวาระสุดท้ายไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้	54	62.07
3. ประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของคนในครอบครัว เช่น บิดา มารดา บุตร ธิดา หรือญาติ	24	27.59
4. ประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตัดสินใจคนเดียว	11	12.64

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการยืดชีวิต ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจและ/หรือการกระตุ้นหัวใจ (อย่างน้อย 1 ข้อ)	14	16.09
6. ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการยุติการยืดชีวิต	13	14.94

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการแจ้งความต้องการการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 65.52 สามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนได้ ร้อยละ 62.07 มีประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของคนในครอบครัว ร้อยละ 27.59 ในจำนวนนี้ตัดสินใจคนเดียว ร้อยละ 12.64 กลุ่มตัวอย่างเคยตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยการยืดชีวิต ร้อยละ 16.09 ตัดสินใจยุติการยืดชีวิตร้อยละ 14.94

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่ต้องการรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ตัวแปร	M	SD	Range	แปลผล
1. ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	6.47	1.92	0-8	มาก
2. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	21.12	8.04	0-28	มาก
3. ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	17.96	7.60	0-28	ปานกลาง
4. ความต้องการไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต	2.72	1.75	0-4	มาก
5. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่ต้องการรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต	48.34	14.37	0-68	มาก

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับมาก (M=6.47; SD=1.92) ความต้องการข้อมูลโรคและการรักษาและข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ในระดับมากและปานกลาง (M=21.12, SD=8.04; M=17.96, SD=7.60 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต ในระดับมาก (M=2.72, SD=1.75) และความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่ต้องการรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตอยู่ในระดับมาก (M=48.34, SD=14.37)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมนระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=87)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	1		
2 .แรงสนับสนุนทางสังคม	0.24*	1	
3. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต	0.05	0.22*	1

*p<.05

จากตารางที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (r=0.24, p<.05) และความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (r=0.22, p<.05) ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยไม่ต้องการรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (r=0.05, p>.05)

4. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 91 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.02 อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 49.45 เฉลี่ย 53.54 ปี (SD= 13.56) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.03 เป็นลูกหรือคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 40.66 และ 25.47 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 29.47 และ25.27 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.74 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 74.73 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.55 (M=0.85, SD=1.15) โรคประจำตัวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 30.77 และ 16.48 ตามลำดับ มีระยะเวลาป่วย < 1 ปี (M=3.70, SD=6.45) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย < 1 ปี (M=3.52, SD=5.40)

5. ความรู้และประสบการณ์ของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ความรู้และประสบการณ์ของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=91)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ทราบว่าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยมีสิทธิแจ้งความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ได้ แจ้งไว้ล่วงหน้า เมื่อถึงวาระที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง	62	68.13
2. ทราบว่าสามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยระบุผู้ตัดสินใจแทน หากวาระสุดท้ายไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้	62	68.13
3. ประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของคนในครอบครัว เช่น บิดา มารดา บุตร ธิดา หรือญาติ	40	43.96

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ความรู้และประสบการณ์ของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=91) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
4. ประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตัดสินใจคนเดียว	17	18.68
5. ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการยืดชีวิต ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และ/หรือการกระตุ้นหัวใจ (อย่างน้อย 1 ข้อ)	24	26.37
6. ประสบการณ์ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการยุติการยืดชีวิต	17	18.68

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการแจ้งความต้องการการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 68.13 ทราบว่าสามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนได้ ร้อยละ 68.13 มีประสบการณ์การตัดสินใจแทนผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตของคนในครอบครัว ร้อยละ 43.96 โดยในจำนวนนี้ตัดสินใจคนเดียว ร้อยละ 18.68 และเคยตัดสินใจโดยการยืดชีวิตร้อยละ 26.37 ตัดสินใจยุติการยืดชีวิตร้อยละ 18.68

6. ความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายืดชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=91)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายืดชีวิตผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (n=91)

ตัวแปร	M	SD	Range	แปลผล
ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	6.55	1.78	0-8	มาก
ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	23.20	5.25	0-28	มาก
ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ	21.32	6.52	0-28	มาก
ความต้องการไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต	2.62	1.70	0-4	ปานกลาง
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายืดชีวิตของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง	53.68	10.53	0-68	มาก

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ ในระดับมาก (M=6.55, SD=1.78) ค่าเฉลี่ยความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ ในระดับมาก (M=23.20, SD=5.25;

M=21.32, SD=6.52 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความต้องการไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง (M=2.62, SD=1.70) และค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ในระดับมาก (M=53.68, SD=10.53)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาผู้ที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน (ธรรมวิทย์ ราญรอน และคณะ, 2564; แสงเดือน พรมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์, 2560; Chaiyasit et al., 2022) และในโรงพยาบาล (ปฐมาภรณ์ อาษานอก และคณะ, 2565; Ayash et al., 2025) การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงในการศึกษานี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีความแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ และอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีหลักธรรมะเกี่ยวกับอนิจจังหรือความไม่เที่ยง มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมองโรคและการเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดา ความเชื่อในกฎแห่งกรรมทำให้ความรู้สึกภายในจิตใจสงบ ช่วยให้เผชิญกับความเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนของชีวิตได้อย่างมีพลังและมีภาวะสมดุล แม้เจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความทุกข์ทรมานทางร่างกาย (แสงเดือน พรมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์, 2560; Chaiyasit et al., 2022) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำสมาธิ ศึกษาธรรมะ สวดมนต์ ทำบุญ หรือปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น การสะเดาะเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ จิตใจสงบ ความเครียดหรือวิตกกังวลลดลง (Chaiyasit et al., 2022) การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจะมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมทางศาสนา นอกจากนี้แล้วการอาศัยในเขตกึ่งเมืองหรือชนบทและอาศัยรวมกันหลายคนในครอบครัว ทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าการอาศัยเพียงลำพัง (ชินัณ บุญเรืองรัตน์, 2551อ้างในฉัตรทิพย์ แสงสร้อย และคณะ, 2564) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องช่วยรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังรู้สึกมีคุณค่าและชีวิตมีความหมาย ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังเฉลี่ย 2 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นโรคนานกว่า 10 ปี ทุกรายมีประสบการณ์ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากอาการไม่รุนแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ค่า PPS>70 คะแนน) ทำให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ รับรู้ความรุนแรงของโรคว่าไม่รุนแรง ไม่เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมากนัก ทำให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย และคณะ, 2564) ผลการศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงที่พบว่า มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การที่ร่างกายมีภาวะถดถอย ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้เกิดความกังวลและความเครียด ทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตใจและจิตวิญญาณลดลง (Trapsinsaree et al., 2022)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่มีเครื่องมือที่หลากหลาย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณกับการศึกษาอื่นที่ใช้แบบประเมินเดียวกันคือ FACIT-sp (Peterman et al., 2002) พบว่า การศึกษานี้ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 39.30 คะแนน (พิสัย=0-48) มีค่าสูงกว่าการศึกษาในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังและผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาการหนัก (Ahmad et al., 2022; Panngern & Cheawchanwattana, 2024) มีค่าคะแนน 30.37 ถึง 33.70 ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะความรุนแรง

ความซับซ้อนของโรคและการรักษา บริบทสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Ayash et al., 2025; Upasen et al., 2024) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร (Schaefer et al., 1981) โดยทั่วไประดับการศึกษาและรายได้ มีผลต่อการเข้าถึงเงินหรือสิ่งของซึ่งมีผลส่งเสริมความผาสุกทางกาย จิตใจและสังคม ในการศึกษานี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ =มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา เป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แต่สถานภาพสมรสคู่ อาศัยในครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2-3 คน การมีคู่สมรส ลูก หลานและ/หรือญาติพี่น้อง ทำให้มีความผูกพัน ความใกล้ชิดกัน การได้รับการยอมรับนับถือ ความห่วงใย ความรักและเอาใจใส่ดูแล รวมทั้งได้รับสิ่งของ เงิน การสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การตรวจตามนัด การดูแลเรื่องอาหารและยา ซึ่งการได้รับความกตัญญูและการดูแลเอาใจใส่ (Upasen et al., 2024) ทำให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังรู้สึกมีคุณค่า และมีความหมาย (Schaefer et al., 1981) มีความพึงพอใจและผ่อนคลาย จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรักและผูกพันกับลูกหลานและมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังต้องการดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เป็นภาระ นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแล้ว แรงสนับสนุนด้านทรัพยากรจากระบบสาธารณสุข เช่น สิทธิบัตรทอง ทำให้สะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษา การสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกเมื่อตรวจรักษาหรือเจ็บป่วยจากหน่วยงานท้องถิ่นบางแห่ง ทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังได้รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี (Chaiyasit et al., 2022)

2. ความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ที่มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 65 มีความรู้ความเข้าใจว่า มีสิทธิแจ้งความต้องการเกี่ยวกับการดูแลรักษาของตนเองในวาระที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และสามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนในวาระสุดท้ายได้ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ร้อยละ 92 ทราบว่ามีพระราชบัญญัติเกี่ยวข้องกับสิทธิในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Kunakornvong, & Ngaosri, 2020) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวเป็นบุคคลทั่วไป และอายุน้อยกว่า (อายุ 40-59 ปี) จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย การตายดี รวมถึงสิทธิในการไม่รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิต ซึ่งภาคประชาสังคมและหน่วยงานของรัฐ เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ จัดอบรม เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักสำหรับบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการเตรียมตัวตาย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวโรค การรักษาและค่าใช้จ่ายในระดับมาก แต่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (เดิมเรียกว่าพินัยกรรมชีวิต) และผู้ตัดสินใจแทน ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณา สุวรรณนิล (2555) และการศึกษาบางฉบับที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 ทราบเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต (Kunakornvong, & Ngaosri, 2020) อธิบายได้ว่า การที่คนไทยมีทัศนคติว่า การพูดเกี่ยวกับความตายถือว่าไม่เป็นมงคล ความตายเป็นเรื่องไกลตัวและจะนึกถึงความตายเมื่อเป็นผู้สูงอายุ เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือป่วยในระยะท้าย คนไทยส่วนใหญ่ไม่นิยมเขียนพินัยกรรมชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษร (ธิราภรณ์ จันทร์ดา และคณะ, 2560)

ประกอบกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีรายละเอียดต่าง ๆ ที่ควรทำความเข้าใจ นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยระยะท้ายหรือการรับรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อาจทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลลวงหน้าและไม่สนใจการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (สุชานรี อุ่นคำ และคณะฯ, 2567) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงที่สุขภาพบุคคลเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น หลังได้รับผลการตรวจสุขภาพประจำปี ช่วงแรกของการมีภาวะรู้คิดบกพร่องหรือเริ่มมีภาวะพึ่งพิง (ฐากูร กาญจโนภาศ และศรัณย์ ธนพฤตฒิวงศ์, 2567) สนับสนุนบุคคลให้เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความตาย เช่น ส่งเสริมการเข้าถึงความรู้ทางสื่อดิจิตัล และจัดอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ จัดกระบวนการเรียนรู้การอยู่และตายดี ให้กับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ เด็กและเยาวชน ซึ่งจะทำให้บุคคลและครอบครัว มีความตระหนักและเข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ชัดเจน วางแผนเลือกเป้าหมายการดูแล เลือกผู้แทนตัดสินใจ และแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้สอดคล้องกับเจตจำนงค์ของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติควรมีการสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารเชิงวิชาชีพในการสนทนาหรือจัดระบบการสนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นรูปธรรมในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ไม่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้มีโรคเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=.24$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ($r=0.24$ ถึง 0.55, $p<.01$) (Chaiyasit et al., 2022; Nazari et al., 2025; Trapsinsaree et al., 2022) อธิบายได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว การได้รับความเอาใจใส่ ความใกล้ชิด ความอบอุ่นเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรัก ความมั่นคง รู้สึกถึงความหมายในการใช้ชีวิต มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ธรรมวิทย์ ราญรอน และคณะ, 2564; Nazari et al., 2025) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ส่งเสริมให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในด้านความสงบ ความศรัทธาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในภาพรวม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยภายในที่บุคคลรับรู้ถึงความสมดุลของจิตใจ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีสภาวะทางจิตวิญญาณสมบูรณ์ กล่าวคือ อายุเพิ่มขึ้นจะมีความเข้าใจธรรมชาติของชีวิตมากกว่าในวัยอื่น มีมุมมองด้านจิตวิญญาณ มองโลกในแง่ดี รวมถึงมีความศรัทธาหรือร่วมกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น (Tomstam อ้างใน ปฐมาภรณ์ อาษานอก และคณะ, 2565) ทำให้รับรู้ถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับมาก โดยไม่สอดคล้องกับระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้แล้วปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่น ความสามารถทางกาย อาการทางกาย ภาวะสุขภาพจิต ความศรัทธา การปฏิบัติทางศาสนา การ

เห็นคุณค่าในตัวเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง (ปฐมาภรณ์ อาษานอก และคณะ, 2565; Trapsinsaree et al., 2022) ที่แตกต่างในแต่ละการศึกษา อาจทำให้ผลของการวิจัยแตกต่างกัน การศึกษาในผู้ที่มีไตวายเรื้อรัง (บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2564) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับแรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.12, p >.05) ซึ่งผู้เขียนได้อธิบายว่า การรับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสพบปะ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยกันทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมีกำลังใจ ยอมรับและเผชิญกับการเจ็บป่วยได้

จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายืดชีวิต (r=0.24, และ 0.22, p<.05 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Miyashita et al., 2019) การมีแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลให้ภาวะเครียดกดดันลดลง ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางอารมณ์จากบุตรจะช่วยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกและลดความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Lee et al., 2016) อย่างไรก็ตามในสังคมไทยมีมุมมองเกี่ยวกับความตายว่าเป็นเรื่องอัปมงคล จึงอาจเป็นข้อจำกัดของการปรึกษาหารือและการตัดสินใจในครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แม้บุคคลจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมดี หากขาดโอกาสในการเปิดประเด็นสื่อสารกันในเรื่องที่มีความซับซ้อน ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้มีการสื่อสารระหว่างครอบครัวมากขึ้น

ผลการวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษายืดชีวิต (r=0.05, p >.05) จากการทบทวนวรรณกรรม ความผาสุกทางจิตวิญญาณช่วยเสริมสร้างความสงบภายใน ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต เช่น ความเป็นอิสระส่งผลให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง ยอมรับความตายได้ดีขึ้น สามารถพิจารณาทางเลือกในการรักษาได้รอบคอบและมีสติ ทำให้ได้แผนการดูแลสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง การศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะรับรู้ว่าได้รับข้อมูลและการสนับสนุน ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนและความขัดแย้งในการตัดสินใจลดลงและมีความพึงพอใจในการตัดสินใจทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเพิ่มขึ้น (Rego et al., 2020) อย่างไรก็ตาม การที่คนไทยโดยเฉพาะในบุคคลที่หมดหวัง มีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อาจเป็นข้อจำกัดของการทำความเข้าใจหรือการจัดทำเอกสารหนังสือแสดงเจตนาฯ ผู้ป่วยอาจมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัวตัดสินใจทางเลือกในการรักษาซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้นการที่บุคคลที่มีโรคเรื้อรังได้รับการส่งเสริมให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจากบุคลากรทางสุขภาพจะช่วยให้ยอมรับความตายได้ดีขึ้น เผชิญกับความจริงและความเป็นเหตุเป็นผลในการพิจารณาการดูแลล่วงหน้าของตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้า การรับรู้อุปสรรคต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าและได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (ณัฏฐณิชา พูลเพิ่ม, 2568) การศึกษาในประเด็นอื่นๆ ร่วมด้วยจะทำให้มีความเข้าใจผู้ป่วยในกลุ่มนี้มากขึ้น

4. ความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็นของญาติผู้ที่มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การศึกษานี้พบว่า ญาติซึ่งอายุเฉลี่ย 53 ปี มีความสัมพันธ์เป็นลูกหรือคู่สมรสของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ในส่วนของความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพบว่า ประมาณร้อยละ 68 มีความรู้ความเข้าใจว่า บุคคลมีสิทธิแจ้งความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองในวาระที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และสามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนในวาระสุดท้ายได้ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ตัดสินใจในวาระสุดท้ายของคนในครอบครัวร้อยละ 44 ในจำนวนนี้ระบุว่า ต้องการให้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังได้รับการรักษายืดชีวิต ร้อยละ 26 และไม่รับการรักษาเพื่อการยืดชีวิต ร้อยละ 19

ในส่วนของความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับมาก ทั้งในด้านประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความสำคัญของข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและค่าใช้จ่าย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาฯ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาที่ยืดชีวิต แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างน่าจะมีความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในไต้หวันที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลาง มีทัศนคติที่ดีและตั้งใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Ke et al., 2025) เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นปัจจัยทำนายการวางแผนล่วงหน้าสำหรับญาติและผู้ป่วย ในขณะที่ญาติหรือผู้ดูแลเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะทำหนังสือแสดงเจตนามากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุน และการที่ญาติที่มีประสบการณ์การทำหนังสือเจตนาฯ จะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Pichayayothin et al., 2026) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ น่าจะเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการสร้างความตระหนักในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ครอบครัวของผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะท้ายของชีวิต

สรุปผลการวิจัย

ผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีความคิดเห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีประโยชน์และมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาในระดับมาก ขณะที่ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง ผู้มีโรคเรื้อรังเห็นด้วยในระดับมากกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่พบความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต

ญาติผู้ป่วยมีความรู้และความคิดเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษา และหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีการประเมินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในมิติของความต้องการไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตซึ่งอาจไม่ครอบคลุมบริบทอื่น เช่น การสื่อสารของครอบครัว การทำหนังสือแสดง

เจตนา ในการนำผลการวิจัยไปใช้อาจต้องระมัดระวัง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีความแตกต่างกันในแง่ของอาการรบกวน หรือการได้รับการรักษาที่ต่างกัน อาจทำให้มีผลต่อการอ้างอิงผลการวิจัยในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กันทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างผู้ที่มีโรคเรื้อรังและญาติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย<u>ครั้งนี้</u>

1. บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต

2. ควรส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากทั้งสองปัจจัย มีความสัมพันธ์กันและเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม

3. ควรพัฒนากิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และบทบาทของผู้ตัดสินใจแทนแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการรับหรือไม่รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต เช่น ความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตัวเอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ รวมถึงศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อทำความเข้าใจเหตุผลและกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในเชิงลึก

3. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือหลายระดับบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

4. ควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยอื่น ซึ่งสัมพันธ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เช่น อาการทางกาย ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง ภาวะสุขภาพจิต ความศรัทธา การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังและภาวะสมดุลแม้จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความทุกข์ทรมาน

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและญาติ จะทำให้มีความเข้าใจความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ชัดเจนขึ้นและมีความเป็นองค์รวมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลแมคคอร์มิคสำหรับทุนอุดหนุนการวิจัย เจ้าของเครื่องมือทุกชุด หน่วยงาน Facit.org และ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลสันทราย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข (2567). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2562 – 2566*. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/dncd/files/%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%A7%E0%B8%A25%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84NCD25622566.xlsx

ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, โรจนี จินตนาวัฒน์, และลินจง โปธิบาล. (2564). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *Nursing Journal CMU, 48*(4), 281-293.

ฐากูร กาญจโนภาศ และศรัณย์ ธนพฤตฒิวงศ์. (2567). การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุ. *Ramathibodi Medical Journal, 47*(4), 46-60.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2563). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS* (พิมพ์ครั้งที่ 18). บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.

ธรรมวิทย์ ราญรอน, พรสวรรค์ คิดค้า, วิชานีย์ ใจมาลัย, และตรัยชัชญาญ์ ตั้งสุทธิธรรม. (2564). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 22*(2), 426-434. https://he01.tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/210219

ธิราภรณ์ จันทร์ดา, จอนผะจง เพ็งจาด, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, อัจฉรียา ปทุมวัน, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ประคอง อินทรสมบัติ, และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2560). ระบบบริการดูแลประคับประคอง: บริบทภาคกลาง. *Thai Red Cross Nursing Journal, 10*(2), 87-102.

ณัฏฐณิชา พูลเพิ่ม. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอด. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. https://digital.car.chula.ac.th/cgi viewcontent.cgi?article=76467&context=chulaetd

บัณฑิตา ภูอาษา และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16*(2), 500-515.

ปฐมาภรณ์ อาษานอก, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2564). อิทธิพลของความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 33*(1), 84-98.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2563, 6 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม 137 ตอนพิเศษ* 261 ง. หน้า 1–18.

พิชยา ปัญญาดี. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร, 28*(1), 83-94.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2566). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 7). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

ลักษณา สุวรรณนิล. (2555). *ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้าย.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีรัตน์ กินาวงค์ และปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. *เชียงรายเวชสาร, 8*(1), 131-137. https://www.crhospital.org/cmj/article/FULL_20170802113726.pdf

สุชานรี อุ่นคำ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, เรือนขวัญ กัณหสิงห์, และธัญญารัตน์ บุญโทย. (2567). ความตั้งใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *Thai Red Cross Nursing Journal*, *17*(3), 15-34.

แสงเดือน พรมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(3), 204-213.

Ahmad N., Sinaii N., Panahi S., Bagereka P., Serna-Tamayo C., Shnayder S., Ameli R., Berger A. (2022). The FACIT-Sp spiritual wellbeing scale: A factor analysis in patients with severe and/or life-limiting medical illnesses. *Annal Palliative Medicine, 11*(12), 3663-3673. https://doi.org.10.21037/apm-22-692

Ayash, C., Jdid, M., Kakade, A., Wu, M., Narang, B., Lazenby, M., & Gany, F. (2025). Spiritual well-being, religiosity, quality of life, distress, social support, depression, and anxiety among english-and Arabic-speaking muslim american with advanced cancer: A cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, *34*(8), e70255.

Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *European Journal of Cancer Care, 27*(3), e12837.

Chaiyasit, Y., Chanbunlawat, K., Soboon, S., Wongarsa, P., & Piboonrungroj, P. (2022). Predicting factors of spiritual well-being among Thai patients with non-communicable diseases. *The Bangkok Medical Journal, 18*(2), 76-76.

Corbin J. M. (1998). The corbin and strauss chronic illness trajectory model: An update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 12*(1), 33-41.

Ke, L. S., Cheng, H. C., Ku, Y. C., Ju, W. Y., & Lee, M. J. (2025). Association between caregiving stress and advance care planning behavioral intentions among family caregivers: A cross-sectional survey. *Western Journal of Nursing Research, 47*(12), 1159-1169.

Khemthong, S. (2014). Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being, FACIT-Sp-12. www.facit.org

Killackey, T., Peter, E., Maciver, J., & Mohammed, S. (2020). Advance care planning with chronically ill patients: A relational autonomy approach. *Nursing Ethics, 27(*2), 360-371.

Kunakornvong, W., & Ngaosri, K. (2020). Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Medical Journal, 72*(5), 424-430. https://doi.org/10.33192/Smj.2020.57

Lee, J., Jung, D., & Choi, M. (2016). Relationship of social support and decisional conflict to advance directives attitude in Korean older adults: A community-based cross-sectional study. Japan *Journal of Nursing Science, 13*(1), 29-37.

Miyashita, J., Yamamoto, Y., Shimizu, S., Aoki, T., Azuma, T., Takada, T.,Hayashi, M., Kimachi, M., Ikenoue, T., Fukuma, S., & Fukuhara, S. (2019). Association between social networks and discussions regarding advance care planning among Japanese older adults. *PloS One, 14*(3), e0213894. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213894

Nazari, F., Shaygannejad, V., & Mardanian Dehkordi, L. (2025). The relationship between perceived social support and spiritual well-being in patients with multiple sclerosis. *Nursing Open*, *12*(5), e2204.

Panngern, W., & Cheawchanwattana, A. (2024). Spiritual well-being of end stage renal disease patients with comprehensive conservative management in Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice, 15*(2), 294-304.

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 49-58.

Pichayayothin, N. B., Pipattanawong, W., & Phoolcharoen, N. (2026). Perceived knowledge and Intention to prepare advance directives: A cross-sectional study of Thai gynecologic cancer patients and families. *BMC Research Notes, 19*(1), *44. https://doi.org/10.1186/s13104-025-07587-4*

Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., Castro, L., & Nunes, R. (2020). The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care, 19*(1), 1-14.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406.

Stevens J, Miranda R, Deliens L, Pype P, De Vleminck A, Pardon K. (2023). Advance care planning engagement in patients with chronic, life-limiting illness: Baseline findings from a cluster-randomized controlled trial in primary care. *British Journal General Practice,* 73(730), e384-e391. https://doi.org.10.3399/BJGP.2022.0100

Suraarunsumrit P., Nopmaneejumruslers C., & Srinonprasert V. (2019). Advance care planning (ACP) associated with reduced health care utilization in deceased older patients with advanced stage of chronic diseases. *Journal Medical Association Thai. 102*, 801-808.

Trapsinsaree, D., Pothiban, L., Chintanawat, R., & Wonghongkul, T. (2022). Factors predicting spiritual well-being among dependent older people. *Trends in Sciences, 19*(1), 1718-1718.

Upasen, R., Saengpanya, W., Awae, W., & Prasitvej, P. (2024). The influence of resilience and social support on mental health of older adults living in community: A cross-sectional study. *BMC Psychology, 12*(1), 397.

World Health Organization. (2025). *Noncommunicable disease.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases