

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สิริยากร รอดปรีชา, พ.บ., ศิวรัตน์ รัตนธนะเสถียร, พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จังหวัดกรุงเทพฯ

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ศิวรัตน์ รัตนธนะเสถียร, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
10300, ประเทศไทย
Email: sivarat@nmu.ac.th

Received: September 22, 2024;

Revised: December 26, 2024;

Accepted: December 28, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทมากขึ้น โดยหนึ่งในปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง คือ การขาดความรู้ การศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมือง

รูปแบบวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางการแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 191 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ แสดงค่าความสัมพันธ์ในรูปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.57 ± 16.24 ปี ส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.8 โดยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูล และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองให้ทั่วถึงมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพิ่มการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ความรู้ เวชศาสตร์ครอบครัว เขตเมือง

ORIGINAL ARTICLE

Palliative Care Knowledge and Influential Factors: A Cross-Sectional Study of Urban Patients At Vajira Hospital

Siriyakorn Rodpreecha, M.D., Sivarat Ratthanasathian, M.D., MRCFPT

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Sivarat Ratthanasathian, M.D.,
Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, 681
Samsen Road, Vachiraphaya-
ban Subdistrict, Dusit District,
Bangkok 10300, Thailand
Email: sivarat@nmu.ac.th

Received: September 22, 2024;

Revised: December 26, 2024;

Accepted: December 28, 2024

ABSTRACT

Background: Nowadays, the aging population is increasing rapidly, resulting in a higher prevalence of chronic diseases and dependency. This had led to a greater emphasis on the role of palliative care. One of the main barriers to accessing palliative care is the lack of knowledge. This study was conducted to evaluate knowledge levels and its influencing factors regarding palliative care among patients in urban areas.

Design: Cross-sectional study

Methods: Eligible participants consisted of patients aged 18 years or older who received medical services at the Family Medicine Clinic, Vajira Hospital from April to June 2024. A total of 191 participants were enrolled. Data were collected using questionnaires that included personal information and assessments of knowledge related to palliative care. Data analysis was performed using descriptive statistics, while factors influencing knowledge levels were analyzed through multiple linear regression, with relationships presented as linear regression coefficients and a confidence interval of 95%. Statistical significance level was set at $p < 0.05$.

Results: The 191 participants had a mean age of 49.57 ± 16.24 years old. The majority of participants, representing 39.8%, demonstrated a moderate knowledge level. The study found that age, marital status, knowledge perception and prior experiences related to palliative care significantly influenced knowledge levels.

Conclusions: Knowledge regarding palliative care should be more broadly accessible to ensure that patients and the general population have an accurate understanding. This improvement would facilitate greater access to palliative care and ultimately improve the quality of life for both patients and their families.

Keywords: palliative care, knowledge, family medicine, urban area

บทนำ

จากการที่อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548¹

ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ และส่งผลให้อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่าโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุด รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง² เช่นเดียวกับพื้นที่เขตเมืองของกรุงเทพมหานคร พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในช่วงวัยทำงานและวัยสูงอายุ³⁻⁶ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และอาจได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วย

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷ จากการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้^{8,9} ในปัจจุบันพบว่าประชากรที่ควรได้รับ

การดูแลแบบประคับประคองยังมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดผู้เชี่ยวชาญ การมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงกลุ่มยาระงับปวด และการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น⁹

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง¹⁰⁻¹² โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา การฝึกอบรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง¹³⁻¹⁵ ในประเทศไทยมีการศึกษาความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁶ แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับ-ประคองในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้นในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล COA 068/2567 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 การศึกษานี้เป็นแบบ cross-sectional study โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางการแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัยบริเวณคลินิก จากนั้นแจกเอกสารชี้แจงและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง sample size for infinite population^{17,18} และได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่ร้อยละ 10 จากการคำนวณโดยใช้สมการปรับค่าขนาดตัวอย่าง¹⁹ จะได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 190 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. อาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบ
2. อาสาสมัครเปลี่ยนใจไม่ให้ข้อมูล หรือต้องการถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นชุดแบบ-สอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา โรคประจำตัว การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ Palliative Care Knowledge Scale (PaCKS) ของ Elissa Kozlov²⁰ เนื่องจากเป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับประชาชนทั่วไป และได้มีการศึกษาแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 15 คะแนน การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom²¹ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)

ระดับสูง คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 80-100 (12-15 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC)²² ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แสดงถึงแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรม SPSS ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.765 แสดงถึงแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความรู้จำแนกรายข้อ วิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา โรคประจำตัว การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความรู้จำแนกรายข้อ โดยรายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (n) และร้อยละ (%)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ โดยรายงานด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) โดย

ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) รายงานค่าความสัมพันธ์ในรูปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น (linear regression coefficient; β) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95%CI)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics, Version 29.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน มีอายุเฉลี่ย 49.57 ± 16.24 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.6 ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 51.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 49.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง ร้อยละ 14.7 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 4.2 และเคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น ร้อยละ 10.5 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 0.5 และมีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 16.8 (ตารางที่ 1)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบข้อคำถามในแบบประเมินความรู้ได้ถูกต้องมากที่สุดในการข้อคำถาม “การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา” โดยมีผู้ตอบถูกจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3 สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ “ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้” โดยมีผู้ตอบถูกเพียง 57 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมในการวิเคราะห์ โดยที่อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี ส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.05 คะแนน ($\beta = 0.048$, 95%CI: 0.016, 0.081, $p = 0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแล้ว เฉลี่ย 1.64 คะแนน ($\beta = -1.643$, 95%CI: -2.588, -0.698, $p < 0.001$) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยการได้รับการอบรมส่งผลให้มีคะแนนความรู้

ตารางที่ 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 191)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความรู้, n (ร้อยละ)		
		ต่ำ (n = 56)	ปานกลาง (n=76)	สูง (n = 59)
อายุ (ปี), Mean±SD	49.57±16.24			
เพศ				
ชาย	52 (27.2)	13 (25)	20 (38.5)	19 (36.5)
หญิง	139 (72.8)	43 (30.9)	56 (40.3)	40 (28.8)
สถานภาพสมรส				
โสด	68 (35.6)	11 (16.2)	32 (47.1)	25 (36.8)
สมรส	91 (47.6)	36 (39.6)	30 (33.0)	25 (27.5)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20 (10.5)	5 (25.0)	10 (50.0)	5 (25.0)
หม้าย	12 (6.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	4 (33.3)
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	31 (16.2)	10 (32.3)	17 (54.8)	4 (12.9)
มัธยมศึกษา/ปวช.	48 (25.1)	17 (35.4)	20 (41.7)	11 (22.9)
อนุปริญญา/ปวส.	14 (7.3)	6 (42.9)	6 (42.9)	2 (14.3)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	98 (51.3)	23 (23.5)	33 (33.7)	42 (42.9)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	29 (15.2)	8 (27.6)	11 (37.9)	10 (34.5)
น้อยกว่า 10,000 บาท	27 (14.1)	10 (37.0)	11 (40.7)	6 (22.2)
10,000-30,000 บาท	94 (49.2)	29 (30.9)	40 (42.6)	25 (26.6)
30,001-50,000 บาท	24 (12.6)	6 (25.0)	9 (37.5)	9 (37.5)
มากกว่า 50,000 บาท	17 (8.9)	3 (17.6)	5 (29.4)	9 (52.9)
ศาสนา				
พุทธ	187 (97.9)	53 (28.3)	75 (40.1)	59 (31.6)
คริสต์	2 (1.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
อิสลาม	2 (1.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
โรคประจำตัว				
มี	136 (71.2)	38 (27.9)	58 (42.6)	40 (29.4)
ไม่มี	55 (28.8)	18 (32.7)	18 (32.7)	19 (34.5)
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง				
เคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง	28 (14.7)	7 (25.0)	12 (42.9)	9 (32.1)
เคยได้รับการอบรม	8 (4.2)	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
เคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	20 (10.5)	3 (15.0)	10 (50.0)	7 (35.0)
ไม่เคย	135 (70.7)	46 (34.1)	53 (39.3)	36 (26.7)
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง				
ตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
มีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	32 (16.8)	5 (15.6)	14 (43.8)	13 (40.6)
ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	158 (82.7)	51 (32.3)	62 (39.2)	45 (28.5)

ตารางที่ 2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

คำถาม	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ที่เป็นผลมาจากการมีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	156 (81.7)
การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยจัดการหรือบรรเทาผลข้างเคียงจากการดูแลรักษาหลักได้	170 (89.0)
การดูแลแบบประคับประคองมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น	87 (45.5)
เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้ว จำเป็นต้องหยุดการรักษาหลักที่ได้รับอยู่	138 (72.3)
การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา	182 (95.3)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายและทางเลือกในการ รักษาโรคของตนได้ดีขึ้น	175 (91.6)
ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการปวดได้	101 (52.9)
การดูแลแบบประคับประคองมีไว้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ	108 (56.5)
ผู้ป่วยที่ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	89 (46.6)
ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้	57 (29.8)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันได้	154 (80.6)
ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองได้ก็ต่อเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือเป็นผู้ป่วยติด เตียง	82 (42.9)
เมื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นกระบวนการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเร็วขึ้น	132 (69.1)
การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นการดูแลตามความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก และอนุญาตให้กลับไป เสียชีวิตที่บ้านได้หากผู้ป่วยต้องการ	123 (64.4)
การดูแลแบบประคับประคองจะดูแลครอบคลุมไปถึงความเศร้าโศกเสียใจของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต	110 (57.6)

เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.25 คะแนน ($\beta = 2.251$, 95%CI: 0.011, 4.491, $p = 0.049$) และการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.94 คะแนน ($\beta = 5.940$, 95%CI: 0.369, 11.512, $p = 0.037$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 191 คน ส่วนมากมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.8 โดยพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.3) มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ว่าเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ การดูแลแบบประคับประคองอาจมีการ

ใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ โดยมีผู้ตอบได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 29.8 โดยอาจเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินว่าช่วยบรรเทาอาการปวดเท่านั้น หรือเข้าใจผิดว่าเป็นยาที่ใช้สำหรับช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตและเป็นการเร่งการเสียชีวิตให้เร็วขึ้น²³ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wake¹³ และ Ashrafizadeh และคณะ¹⁵ ที่พบว่า อายุ การฝึกอบรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับงานวิจัยของ Zolfaghari และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีการเข้าถึงสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ รวมทั้งให้ความสำคัญด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) และการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis)

ปัจจัย	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	β	(95%CI)	P-value	β	(95%CI)	P-value
อายุ (ปี)	0.006	(-0.020, 0.031)	0.660	0.048	(0.016, 0.081)	0.003
เพศ						
ชาย		Reference			Reference	
หญิง	-0.437	(-1.370, 0.496)	0.359	-0.088	(-0.980, 0.803)	0.846
สถานภาพสมรส						
โสด		Reference			Reference	
สมรส	-1.262	(-2.166, -0.358)	0.006	-1.643	(-2.588, -0.698)	<0.001
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-0.965	(-2.399, 0.470)	0.188	-1.155	(-2.621, 0.310)	0.122
หม้าย	-0.848	(-2.614, 0.918)	0.347	-1.603	(-3.456, 0.251)	0.090
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา		Reference			Reference	
มัธยมศึกษา/ปวช.	-0.175	(-1.462, 1.113)	0.790	-0.051	(-1.400, 1.299)	0.941
อนุปริญญา/ปวส.	-0.687	(-2.486, 1.113)	0.455	-0.407	(-2.122, 1.308)	0.642
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	1.160	(0.009, 2.312)	0.048	1.343	(-0.059, 2.744)	0.060
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้					Reference	
น้อยกว่า 10,000 บาท	-0.874	(-2.385, 0.638)	0.257	-0.674	(-2.146, 0.797)	0.369
10,000–30,000 บาท	-0.781	(-1.982, 0.419)	0.202	-0.398	(-1.618, 0.822)	0.522
30,001-50,000 บาท	-0.207	(-1.767, 1.353)	0.795	-0.146	(-1.745, 1.453)	0.858
มากกว่า 50,000 บาท	0.970	(-0.757, 2.696)	0.271	0.516	(-1.226, 2.257)	0.562
ศาสนา						
พุทธ		Reference			Reference	
คริสต์	-4.334	(-8.357, -0.311)	0.035	-3.548	(-7.257, 0.160)	0.061
อิสลาม	-2.834	(-6.857, 1.189)	0.167	-2.621	(-6.358, 1.116)	0.169
โรคประจำตัว						
ไม่มี		Reference			Reference	
มี	-0.057	(-0.976, 0.862)	0.903	0.172	(-0.849, 1.193)	0.741
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง						
ไม่เคย		Reference			Reference	
เคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง	0.405	(-0.754, 1.564)	0.493	-0.361	(-1.606, 0.883)	0.569
เคยได้รับการอบรม	3.298	(1.267, 5.329)	0.001	2.251	(0.011, 4.491)	0.049
เคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	1.048	(-0.289, 2.386)	0.125	0.477	(-0.882, 1.836)	0.491
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง						
ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		Reference			Reference	
ตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	5.443	(-0.227, 11.114)	0.060	5.940	(0.369, 11.512)	0.037
มีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	1.037	(-0.059, 2.133)	0.064	0.676	(-0.514, 1.866)	0.266

และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแล้ว

จุดแข็งและข้อจำกัด

จุดแข็งของงานวิจัย คือ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมือง ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาลักษณะนี้ในประชากรกลุ่มดังกล่าวมาก่อน ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเขตเมืองทั้งหมดได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รวมถึงทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ หรือทำการศึกษาแบบพหุสถาบัน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ละเอียดและแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable factor) คือ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยการได้รับการอบรม จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนา ที่ถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์หญิงศิริรัตน์ รัตนธนะเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่คอยให้คำปรึกษาตลอดการดำเนินงานวิจัยแก่ผู้วิจัยอย่างเต็มใจ ขอขอบพระคุณ คุณวิชชากร รวมทวี ที่ให้คำปรึกษาด้านการใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์โครงการ และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมงานวิจัยนี้

Highlight

1. ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และส่งผลต่อระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล และการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
3. ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดอบรมต่าง ๆ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
3. กรมอนามัย. กองแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: https://planning.anamai.moph.go.th/doh-strategic-plan/download?id=118198&mid=35346&mkey=m_document&lang=th&did=29498
4. Natetida Bunnag. sustainable urbanization การกลาย เป็นเมืองอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. sdgmove; 2565 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://www.sdgmove.com/2021/07/22/sdg-vocab-37-sustainable-urbanization/>
5. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2524. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์; 2546.
6. World Health Organization. Urban Governance for Health and Well-being for Cities In South-East Asia: Self Assessment tool and case studies; 2022.
7. World Health Organization. Palliative care 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine. 2010;363:733-42.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เตือนเพ็ญ ทอรัตนารื่อง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Schlichte LM, Hildenbrand J, Wolf S, Herring KW, Troy JD, LeBlanc TW. Knowledge of palliative care and barriers to access among outpatients with cancer. J Pain Symptom Manage . 2024;67:115-25.
11. Taber JM, Ellis EM, Reblin M, Ellington L, Ferrer RA. Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample. PLoS One. 2019;14(8):e0219074. PubMed PMID: 31415570
12. Pruthi M, Bhatnagar S, Indrayan A, Chanana G. The Palliative Care Knowledge Questionnaire-Basic (PCKQ-B): Development and validation of a tool to measure knowledge of health professionals about palliative care in India. Indian J Palliat Care. 2022; 2:180-91.
13. Wake AD. Knowledge and associated factors towards palliative care among nurses in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. SAGE Open Med. 2022;10:1-12.
14. Jiang Q, Lu Y, Ying Y, Zhao H. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. Nurse Education Today. 2019;80:15-21.
15. Ashrafizadeh H, Khanali Mojen L, Barasteh S, Akbari ME, Beiranvand S, Shirinabadi Farahani A, et al. Factors related to nurses and physicians' knowledge and attitudes towards palliative care. Int J Cancer Manag. 2022;15(2):e122653.
16. แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์, จุลจรรยา สิ้นสิริ. ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 2018;38:77-89.
17. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 177-8.
18. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. Siriraj Med J. 2016; 68:160-7.
19. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะเวชศาสตร์เขตร้อน. ตำราการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: 2554.
20. Kozlov E, Carpenter BD, Rodebaugh TL. Development and validation of the Palliative Care Knowledge Scale (PaCKS). Palliat Support Care. 2017;15: 524-34.
21. Bloom BS. Taxonomy of education objective, handbook I: Cognitive domain. NewYork: David Mackay; 1984.
22. อวยพร เรืองตระกูล. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: http://www.rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=713
23. Palliative Care Australia. Palliative care myths [Internet]. Palliative Care Australia; 2016 [cited 2024 Sep 17]. Available from: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/12/20151109_myths_updated.pdf
24. Zolfaghari A, Ardakani SS, Abadi MA. Investigation of the relationship between health literacy and demographic variables of Yazd city citizens. Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology. 2019; 2:95-102.