

ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองของประชาชน ในชุมชนภาคใต้ ของประเทศไทย

Palliative Care Knowledge Among People in Southern Population of Thailand

ทัศนีย์ ชันทอง, พย.ม.¹, อรพรรณ พุ่มณีโชติ, พ.บ.¹, ธรรมลีนธ์ อิงวียะ, พ.บ.^{1,2}, ศุภกร ศรีแพ้ว,
พ.บ.¹, ภาวิตา ลิ้มสมวงศ์, พ.บ.¹, วรวิษ วณิชานนท์, พย.บ.¹

Tasane Khunthong, M.S.N.¹, Orapan Fumaneeshoat, M.D.¹, Thammasin Ingviya, M.D.^{1,2},
Supakorn Sripaew, M.D.¹, Pawita Limsomwong, M.D.¹, Worawit Wanichanon, B.S.N.¹

¹สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด
สงขลา 90110 ประเทศไทย

²สาขาวิชาการวิจัยทางคลินิกและวิทยาการข้อมูลทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา 90110 ประเทศไทย

¹Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai,
Songkhla 90110, Thailand.

²Department of Clinical Research and Medical Data Science, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University,
Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินระดับความรู้เรื่องด้านดูแลแบบประคับประคองของประชาชนภาคใต้ ประเทศไทย และระบุปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมิน
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ตามปัจจัยต่าง ๆ ด้วย
wilcoxon rank-sum test และ multivariable linear regression

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 194 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.6 และมีอายุเฉลี่ย 55 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ
40.8 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 71.1 ไม่เคยเรียนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 86.1 โดย
ในด้านความรู้ที่ไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเท่านั้น

Corresponding author: Orapan Fumaneeshoat, M.D.
Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.
E-mail: forp1187@gmail.com
doi: 10.31584/psumj.2025272971
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/PSUMJ/>

PSU Med J 2025;5(1):21-30
Received 7 August 2024
Revised 20 September 2024
Accepted 5 October 2024
Published online 18 April 2025

(ร้อยละ 50) และคิดว่าการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ (ร้อยละ 75.8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ การมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย และเคยเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง

สรุป: กลุ่มตัวอย่างรู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า แต่ยังเข้าใจผิดเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและรายละเอียดการจัดบริการ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจร่วมกับทีมดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; ความรู้; ชุมชน

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge and associated factors regarding palliative care among the Southern Thailand population.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted among participants aged 18 years and above. Data were collected using a structured questionnaire that included sections on sociodemographic characteristics, experiences and education related to palliative care. Statistical analyses were performed using descriptive analysis and inferential analysis; including the Wilcoxon rank-sum test and multivariate linear regression.

Results: The majority of respondents were female (68.6%), with a mean age of 55 years. Most participants identified as Buddhist (92.8%) and had primary school education (40.8%). A significant proportion of respondents had no experience with or formal education in palliative care (71.1% and 86.1%, respectively). Moreover, half of the respondents misunderstood that palliative care is solely for end-of-life patients; additionally, 75.8% incorrectly understood that an advanced care plan is only conducted appropriately when patients can no longer make decisions. Palliative care knowledge scores were significantly associated with education level, age, income and palliative care experience (p -value<0.01).

Conclusion: While there is general awareness of palliative care among respondents, significant misunderstandings exist regarding its criteria and services. Enhancing public knowledge through targeted information and education is crucial to improve the understanding and accessibility of palliative care.

Keywords: community; knowledge; palliative care

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความการดูแล รักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นอันตรายต่อชีวิต (life-threatening illness) เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อป้องกัน และบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มหรือดำรงไว้

ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี¹ ทั้งนี้ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ในจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 50 กว่าล้านคนทั่วโลก มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากประชากรโลกมีอายุยืนขึ้น ซึ่งตามมาด้วยอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น การได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วัยแรก จะช่วยลดโอกาสการนอนโรงพยาบาล และการรักษาที่อาจมีผลข้างเคียงโดยไม่จำเป็น²

สถานการณ์สุขภาพประชากรไทย มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัย สัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.2 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2566 โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้นด้วย^{3,4} โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการสำคัญที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในประเทศไทยการดูแลประคับประคองเริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2540 องค์กรหลาย ๆ ภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งการกำหนดนโยบายการให้บริการ และกำหนดมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีหลักสูตรพัฒนาความรู้ และทักษะแก่บุคลากร ซึ่งเป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีความก้าวหน้ามากขึ้น⁵ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการดูแลแบบครบวงจร กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน มีแนวทางการดูแลที่มีมาตรฐาน รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ family meeting และมี advance care plan⁶

การศึกษาจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าความต้องการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายขึ้นอยู่กับการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยและรักษาไม่หาย แต่ยังมีความต้องการความพร้อมของระบบที่จะทำให้เข้าถึงบริการ การได้รับข้อมูล การรับรู้ความจริง การทำใจยอมรับ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายด้วยความรู้ความเข้าใจ และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์พยาบาลและผู้ป่วย ปัจจัยทางครอบครัว ตลอดจน ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมผู้ป่วยและครอบครัวด้วย⁷

นอกจากการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล การเสริมศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาเครือข่ายแล้ว การให้ความรู้แก่ชุมชน และอาสาสมัคร ก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว² แต่จากการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 14 แห่งในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองเพียงร้อยละ 17.3⁸ อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการแบบประคับประคองในส่วนของผู้ให้บริการ ได้แก่ การขาดความ

ตระหนักถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความเชื่อและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความตาย ทศนคติว่าเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น รวมทั้งการกลัวการเสียชีวิตยากปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opoids)² นอกจากนี้การพูดคุยถึงภาวะใกล้เสียชีวิตยังเป็นข้อจำกัดในบางพื้นที่⁹ อุปสรรคในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรู้ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และการรับรู้ข้อมูลสถานะความเจ็บป่วย¹⁰

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ประชาชนทั่วไปประมาณ 1 ใน 4 เคยได้ยินเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 20.1⁹ ร้อยละ 22.4¹¹ ร้อยละ 28.8¹²) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส^{9,11-13} รายได้ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีประวัติเป็นโรคมะเร็ง¹³ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา การมีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล มีคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง¹⁴ การได้รับการดูแลจากทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹²

ในประเทศไทย พบว่ามีประชากรเพียง 1 ใน 4 ที่รู้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการดูแลประคับประคองเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านประเพณี วัฒนธรรมมีผลต่อการสนทนาเรื่องการเตรียมตัวในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการมองว่าการพูดถึงการตายเป็นเรื่องไม่เป็นมงคลต่อชีวิตและครอบครัว ด้านการวางแผนล่วงหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79 ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตและพินัยกรรมชีวิต (living will) มาก่อน มีเพียงร้อยละ 14 ที่รู้จัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลคนในครอบครัว¹⁵

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านแนวทางการดูแล และประโยชน์ที่ได้จากการดูแลแบบประคับประคองเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความตระหนัก และเข้าถึงสิทธิในการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งสามารถสื่อสารกับทีมดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทางคณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาระดับความรู้ ความเข้าใจของประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักแก่ผู้รับบริการ และนำไปสู่การลดอุปสรรคในการเข้าถึงการเข้ารับบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองของประชาชนจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ และระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ REC.63-032-9-1

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในประชากรสัญชาติไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทของจังหวัดสงขลา เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ใช้วิธีการสุ่มประชากรแบบ convenient sampling โดยมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาการได้ยินซึ่งกระทบต่อการสื่อสาร เช่น ได้ยินคำพูดไม่ชัดเจน หรือหูหนวก

คณะผู้วิจัยได้หาขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสุดเพื่อการตอบวัตถุประสงค์ โดยใช้สูตรของ Taro Yamane ตามสมการคำนวณ $n = N / (1 + N(e^2))$ โดยจำเป็นต้องเก็บตัวอย่างในเขตเทศบาลเมือง และเขตชนเมือง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 194 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนที่ 2) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 20 ข้อ สร้างแบบสอบถามโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน palliative care ในสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน โดยประเมินความตรงของแบบสอบถามด้วยวิธี face validity และ construct validity ส่วนความเที่ยงของแบบสอบถามประเมินโดยการใช้ KR-20 จากการ Pilot พบว่าค่า KR-20 อยู่ที่ 0.77 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพพอเพียงต่อการเก็บข้อมูลต่อไป

ในการเก็บข้อมูลความรู้เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยพยาบาลวิชาชีพจากสาขาวิชาเวชศาสตร์

ครอบครัว และเวชศาสตร์ป้องกันจำนวน 2 ท่าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) พรรณนาข้อมูล continuous ด้วย ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; S.D.) ถ้าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติจะใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR) พรรณนาข้อมูล categorical data ด้วยจำนวน และร้อยละ รวมคะแนนจากแบบสอบถามความรู้โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แสดงผลเป็น median (IQR) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential analysis) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ระหว่างข้อมูลปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ประสบการณ์การเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้สถิติ wilcoxon rank-sum test และวิเคราะห์เชิงอนุมานด้วยสมการถดถอย multivariate linear regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้ เมื่อขจัดอิทธิพลของปัจจัยกวน (confounders)

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คน มีอายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.8) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.8) มีรายได้น้อยกว่า 10,000/เดือน (ร้อยละ 61.9) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (ร้อยละ 71.1) และไม่เคยเรียนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 86.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงคำตอบรายข้อของอาสาสมัครเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.8) ทราบเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง การให้บริการเป็นการดูแลจัดการอาการปวด (ร้อยละ 92.3) และครอบคลุมด้านจิตใจ (ร้อยละ 93.8) แต่ในประเด็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 2 ตอบว่า การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเท่านั้น และ 1 ใน 3 ตอบผิดว่าการดูแลประคับประคองเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น และด้านการจัดบริการกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.6 ยังเข้าใจว่าเป็นการดูแลเฉพาะที่โรงพยาบาล และให้การดูแลโดยพยาบาลเท่านั้น

(ร้อยละ 37.1) นอกจากนี้ประเด็นที่ส่วนใหญ่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องได้แก่ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ยื้อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตช้าลง (ร้อยละ 76.8) การุณยฆาตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 61.9) และการดูแลแบบประคับประคองจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (ร้อยละ 86.1)

ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนล่วงหน้าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบถูกด้านแนวคิด (ร้อยละ 93.3) และเป้าหมาย

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศึกษา

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
Mean (S.D.)	55 (13.7)
เพศ	
ชาย	61 (31.4)
หญิง	133 (68.6)
ศาสนา	
พุทธ	180 (92.8)
อิสลาม	14 (7.2)
สถานภาพสมรส	
สมรส	128 (66.3)
โสด	43 (22.3)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22 (11.4)
อาชีพ	
เกษตรกร/ทำสวน	48 (24.7)
ค้าขาย	40 (20.6)
บุคลากรทางการแพทย์	3 (1.5)
รับจ้างทั่วไป	44 (22.7)
นักศึกษา/แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	59 (30.4)
มีประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองหรือดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	
มี	56 (28.9)
ไม่มี	138 (71.1)
ที่อยู่อาศัย	
เขตเมือง	189 (97.4)
เขตชนบท	5 (2.6)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	17 (8.8)
ประถมศึกษา	79 (40.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (12.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25 (12.9)
ปริญญาตรี	36 (18.6)
ปริญญาโท	3 (1.5)
อื่นๆ	10 (5.2)
รายได้ต่อเดือน	
น้อยกว่า 10,000	120 (61.9)
10,001-30,000	70 (36.1)
มากกว่า 30,000	4 (2.0)
เคยเรียนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองหรือระยะสุดท้าย	
เคย	27 (13.9)
ไม่เคย	167 (86.1)

(ร้อยละ 93.8) แต่ 3 ใน 4 ตอบผิดว่าการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ (ร้อยละ 75.8)

ตารางที่ 3 แสดงผลจากการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีคะแนนความรู้นสูงกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยด้านอื่นที่มีผลคะแนนความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) ได้แก่ อาชีพ รายได้ การมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย และการได้เคยเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง

ตารางที่ 4 แสดงผลจากการวิเคราะห์ด้วย multivariate linear regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองและปัจจัยต่างๆ พบว่า มีหลังจากมีการควบคุมปัจจัยกวนแล้วมีเพียง ระดับการศึกษาเท่านั้นที่ยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ ($p\text{-value}<0.001$) โดยระดับการศึกษาที่มีคะแนนความรู้สูงสุดคือ กลุ่มปริญญาโท

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยทั่วไปของประชากร จังหวัดหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนและแนวทางในการสนับสนุนให้ประชากรไทยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลประคับประคอง ในประเด็นของประโยชน์โดยทั่วไปในการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รวมถึงการดูแลที่ครอบคลุมด้านกายและจิตใจ และสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{9,15,16} แต่ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าใจผิดในประเด็น “ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเท่านั้น” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความตระหนักต่อการดูแลประคับประคองในประชากรไทยของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI)¹⁵ แต่อัตราการเข้าใจไม่ถูกต้องในการศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การตอบคำถามรายชื่อ

ประเด็นคำถาม	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
1. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ	12 (6.2)	182 (93.8)
2. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ยื้อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตช้าลง	149 (76.8)	45 (23.2)
3. การที่ญาติปิดบังไม่แจ้งอาการแก่ผู้ป่วยอาจส่งผลต่อวิธีการดูแลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย	55 (28.4)	139 (71.6)
4. เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองคือเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	10 (5.2)	184 (94.8)
5. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลครอบคลุมไปถึงญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย	24 (12.4)	170 (87.6)
6. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังเท่านั้น	68 (35.1)	126 (64.9)
7. การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำควบคู่กับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดหรือการฉายแสงได้	34 (17.5)	160 (82.5)
8. การดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิตเท่านั้น	98 (50.5)	96 (49.5)
9. การดูแลแบบประคับประคองต้องให้การดูแลที่โรงพยาบาลเท่านั้น	73 (37.6)	121 (62.4)
10. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลโดยพยาบาลเท่านั้น	72 (37.1)	122 (62.9)
11. ผู้ป่วยหรือญาติสามารถขอให้ทีมการรักษาดูแลแบบประคับประคองได้	19 (9.8)	175 (90.2)
12. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง	13 (6.7)	181 (93.3)
13. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนและปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมดูแล	12 (6.2)	182 (93.8)
14. การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด	12 (6.2)	182 (93.8)
15. การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้	147 (75.8)	47 (24.2)
16. หนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยเพื่อแสดงเจตนาของตนเองที่ไม่ต้องการรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยวาระสุดท้าย	43 (22.2)	151 (77.8)
17. การจัดอาหารปวดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง	15 (7.7)	179 (92.3)
18. การดูแลแบบประคับประคองจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต	167 (86.1)	27 (13.9)
19. ผู้นำทางศาสนาสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้	26 (13.4)	168 (86.6)
20. การุณยฆาตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง	120 (61.9)	74 (38.1)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจัย	Median (IQR) คะแนน	p-value
เพศ		0.616
ชาย	14 (4)	
หญิง	14 (4)	
อายุ		0.001
น้อยกว่า 60 ปี	15 (4)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	13 (3)	
ศาสนา		0.876
พุทธ	14 (4)	
อิสลาม	14 (4)	
อาชีพ		0.050
เกษตรกร/ทำสวน	13 (3)	
ค้าขาย	15 (3.25)	
บุคลากรทางการแพทย์	18 (2)	
รับจ้างทั่วไป	14 (4)	
นักศึกษา/แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14 (4)	
รายได้ต่อเดือน		0.001
น้อยกว่า 10,000	13 (4)	
10,001-30,000	15 (0.5)	
มากกว่า 30,000	16 (0.5)	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	Median (IQR) คะแนน	p-value
ระดับการศึกษาสูงสุด		<0.001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	14.0 (3.0)	
ประถมศึกษา	12.0 (3.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	14.0 (3.25)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15.0 (3.0)	
ปริญญาตรี	15.0 (2.25)	
ปริญญาโท	16.0 (0.5)	
อื่นๆ	16.5 (2.0)	
สถานภาพสมรส		0.068
โสด	15 (4)	
สมรส	14 (4)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13 (3)	
การมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย		<0.001
มี	15 (2)	
ไม่มี	13 (4)	
การได้เคยเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง		0.018
เคย	15 (2)	
ไม่เคย	14 (4)	

ตารางที่ 4 ผลจากการวิเคราะห์ด้วย Multivariate Linear Regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองและปัจจัยต่าง ๆ

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	Mean differences (95% CI) ของคะแนนความรู้	p-value	Adjusted mean differences (95% CI)* ของคะแนนความรู้	p-value*
เพศ		0.712		0.744
ชาย	Ref		Ref	
หญิง	0.13 (-0.56, 0.82)		0.10 (-0.56, 0.77)	
อายุ		0.001		0.892
น้อยกว่า 60 ปี	Ref		Ref	
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	-1.06 (-1.69, -0.42)		0.05 (-0.70, 0.80)	
ศาสนา		0.868		0.682
พุทธ	Ref		Ref	
อิสลาม	0.10 (-1.14, 1.35)		0.24 (-0.96, 1.44)	
อาชีพ		0.064		0.354
เกษตรกร/ทำสวน	Ref		Ref	
ค้าขาย	0.99 (0.05, 1.94)		0.18 (-0.77, 1.13)	
บุคลากรทางการแพทย์	3.08 (0.46, 5.71)		1.04 (-1.59, 3.66)	
รับจ้างทั่วไป	0.28 (-0.64, 1.20)		0.56 (-1.51, 0.38)	
นักศึกษา/แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.25 (-0.61, 1.10)		0.27 (-1.15, 0.62)	
รายได้ต่อเดือน		<0.001		0.276
น้อยกว่า 10,000	Ref		Ref	
10,001-30,000	1.26 (0.62, 1.91)		0.32 (-0.44, 1.08)	
มากกว่า 30,000	2.53 (0.35, 4.71)		1.62 (-0.62, 3.86)	
ระดับการศึกษาสูงสุด		<0.001		<0.001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	Ref		Ref	
ประถมศึกษา	-0.01 (-1.09, 1.07)		0.1 (-1.21, 1.01)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.82 (-0.46, 2.09)		0.68 (-0.73, 2.08)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.62 (0.35, 2.89)		1.47 (0.01, 2.92)	
ปริญญาตรี	2.19 (1.01, 3.38)		2.01 (0.51, 3.5)	
ปริญญาโท	3.27 (0.75, 5.80)		2.83 (-0.06, 5.71)	
อื่นๆ	2.94 (1.34, 4.55)		2.44 (0.75, 4.14)	
สถานภาพสมรส		0.068		0.472
สมรส	Ref		Ref	
โสด	0.69 (-0.09, 1.47)		0.39 (-1.23, 0.46)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-0.62 (-1.64, 0.41)		0.42 (-1.38, 0.55)	
การมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย		0.018		0.092
ไม่มี	Ref		Ref	
มี	1.22 (0.53, 1.90)		0.62 (-0.15, 1.39)	
การได้เคยเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง		0.001		0.266
ไม่เคย	Ref		Ref	
เคย	1.11 (0.19, 2.02)		0.05 (-0.7, 0.8)	

หมายเหตุ *ค่า ผลจากการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression โดยมีการควบคุมตัวแปรที่แสดงผลในตารางที่ 4 ทั้งหมด

ครั้งนี้อยู่ที่ร้อยละ 50.5 ซึ่งถือว่า ประชากรส่วนใหญ่ยังมีความตระหนักมากกว่าประชากรในการศึกษาของ TDRI ที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องร้อยละ 88 ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าในการศึกษานี้ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในชุมชนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ที่มีสถานพยาบาลระดับตติยภูมิหลายแห่ง นอกจากนี้อาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงความรู้พื้นฐานในกลุ่มประชากร เนื่องจากกระแสการดูแลแบบประคับประคองเริ่มมีการเผยแพร่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และ

การจัดบริการดูแลแบบประคับประคองเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น ทำให้การศึกษานี้มีอัตราการเข้าใจถูกต้องในประเด็นนี้จึงมากกว่าการศึกษาอื่นที่ได้เก็บข้อมูลมาก่อนหน้านี้ ความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นการดูแลประคับประคองเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ใกล้เสียชีวิต สอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศ^{9,17,18} ส่วนประเด็น “การประคับประคองดูแลเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง” สอดคล้องใกล้เคียงกับอัตราความเข้าใจไม่ถูกต้องของการศึกษาในผู้สูงอายุชาวเนเธอร์แลนด์¹⁸ แม้ว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างตอบถูก

ในสัดส่วนที่สูงกว่า แต่ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ดำเนินการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงโรคมะเร็งได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้เร็วขึ้นและมากขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการให้บริการความเข้าใจว่าการดูแลประคับประคองเป็นการดูแลเฉพาะที่โรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ (ซาอุดีอาระเบียและเนเธอร์แลนด์)^{16,18} ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมากเนื่องจากในปัจจุบันโรคเรื้อรังมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนผู้สูงอายุในขณะที่ยังคงมีคนไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวแล้ว

นอกจากนี้ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิด คือ การดูแลประคับประคองเป็นการดูแลที่เน้นยื้อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตช้าลง และการุณยฆาตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งความเข้าใจผิดในประเด็นดังกล่าว อาจจะมีผลต่อตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง เพราะเป็นประเด็นที่อ่อนไหวทางศีลธรรม ความเชื่อ และหลักทางศาสนา บางศาสนา การสร้างความเข้าใจประเด็นหลักการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ไม่ยื้อชีวิตและไม่เร่งความตายจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ประชาชนเปิดใจและมองเห็นถึงประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคอง

ด้านการวางแผนล่วงหน้า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบถูกในเรื่องกระบวนการและเป้าหมาย แต่ 3 ใน 4 ตอบผิดในข้อ “การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้” ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติตามหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy) แสดงให้เห็นว่า ความเข้าใจต่อการวางแผนล่วงหน้ายังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการวางแผนล่วงหน้าของประชาชนทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำ มีความสับสนเกี่ยวกับเป้าหมาย ขอบเขตของการวางแผนล่วงหน้า¹⁹ ในบางการศึกษาแม้กลุ่มตัวอย่างจะเห็นด้วยว่าเป็นสิ่งจำเป็น แต่ยังมองว่าไม่ใช่สิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องทำในขณะที่มีสุขภาพดี โดยจะวางแผนล่วงหน้าก็ต่อเมื่อตนเองมีการเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งประชากรที่ไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนล่วงหน้า ได้ให้เหตุผลว่า ยังไม่ถึงเวลา สุขภาพยังดี อายุยังน้อย^{20,21} นอกจากนี้ยังพบว่าอุปสรรคอื่นๆ ในการวางแผนล่วงหน้า ได้แก่ การไม่ต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย มองว่า ความตายเป็นประเด็นที่อ่อนไหว ทัศนคติ ประเพณี และวัฒนธรรม^{15,21,22}

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านการดูแลประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศได้แก่ ระดับการศึกษา^{12,14,18} รายได้¹⁸ อาชีพ^{12,14,18,23} เคยเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง¹⁴ การมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย¹⁸ และกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุชาวเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า คะแนนความรู้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น¹⁸ ต่างจากอีกการศึกษา ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าช่วงอายุ 45-64 มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น²³ ทั้งนี้กลุ่มวัยดังกล่าวจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วยของเพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว และยังมีความพร้อมในการเรียนรู้มากกว่าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงอายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนปัจจัยด้านเพศไม่พบความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย¹⁶ แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความรู้เรื่องการดูแลประคับประคองดีกว่าเพศชาย^{18,23} น่าจะเนื่องจากโดยทั่วไปผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย

หลังจากควบคุมปัจจัยกวนด้วย multivariate linear regression แล้วมีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่ยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ยิ่งระดับการศึกษาสูงขึ้นโดยเฉพาะในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ซึ่งเป็นการศึกษาในมหาวิทยาลัย ดังนั้นการออกแบบหรือแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยในด้านการศึกษารวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลอย่างถูกต้องด้วย เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม

สรุป

ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ของประชาชนในหลายประเด็นยังไม่ถูกต้อง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้จักการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังไม่ทราบและเข้าใจรายละเอียดของการให้บริการและการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งอาจส่งผลให้การเข้าถึงบริการน้อยกว่าความต้องการตามภาวะของโรค และการเจ็บป่วย เนื่องจากยังมีความเข้าใจว่าการดูแลประคับประคองเป็นการดูแลระยะท้าย และเป็นการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่านั้น การได้รับ

ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า การให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้นโดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำในสังคม จะทำให้ประชาชนสามารถมีทางเลือกร่วมกับทีมดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า และได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ สามารถป้องกัน และบรรเทาอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตาม สภาวะร่างกาย จนถึงวาระสุดท้ายที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อจำกัด

เนื่องจากนักวิจัยไม่มีข้อมูลประชากรทั้งหมดที่จะนำมาสุ่มแบบ simple random sampling จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ convenient sampling ซึ่งอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณมุกดา ยี่เกจิ นักวิชาการสาธารณสุข และ นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 5 ที่ช่วยเหลือในขั้นตอนการทำ pilot study

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Definition of palliative care [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. World Health Organization. Palliative care [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary. Public Health Statistics A.D. 2021 [monograph on the Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>
4. Department of older persons. Statistics on Older Persons [homepage on the Internet]. Bangkok: Ministration of Social Development and Human Security. 2023 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://www.dop.go.th/>
5. Nilmanat K. Palliative care in Thailand: development and challenges. *Can Oncol Nurs J* 2016;26:262-4.
6. Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017) [monograph on the internet]. Nonthaburi:

- Ministry of Public Health; 2018 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf>
7. Sriratanaban J, Sriratanaban P, Ngamkiatphaisan S, Chatekaw P, Manasvanich B, Rattananupong T, et al. A synthesis of research for developing a health care system for hospice care in Thailand: a final report submitted to health systems research [monograph on the Internet]. HSRI Knowledge Bank; 2018 [cited 2023 Oct 21]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4922/hs2434.pdf>
8. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Sorasit C, Nakawiro P, Sudsa S, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: a multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliat Med Rep* 2021;2:272-9.
9. McIlpatrick S, Slater P, Beck E, Bamidele O, McCloskey S, Carr K, et al. Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study. *BMC Palliat Care* 2021;20:44.
10. Cardenas V, Rahman A, Zhu Y, Enguidanos S. Reluctance to accept palliative care and recommendations for improvement: findings from semi-structured interviews with patients and caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 2022;39:189-95.
11. Abuelzeet AY, Zeilani R, Othman EH. Public awareness and knowledge of palliative care in Jordan. *Int J Palliat Nurs* 2023;29:264-73.
12. Flieger SP, Chui K, Koch-Weser S. Lack of awareness and common misconceptions about palliative care among adults: insights from a national survey. *J Gen Intern Med* 2020;35:2059-64.
13. Lu X, Liu J. Factors influencing public awareness of and attitudes toward palliative care: a cross-sectional analysis of the 2018 HINTS data. *Front Public Health* 2022;10:816023.
14. Collins A, McLachlan SA, Philip J. Community knowledge of and attitudes to palliative care: a descriptive study. *Palliat Med* 2020;34:245-52.
15. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Med J* 2020;72:424-30.
16. Alkhudairi H. General public awareness, knowledge, and beliefs toward palliative care in a Saudi population. *Nat Sci* 2019;2:48-53.
17. 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:e0219074.
18. Bergman TD, van der Plas AGM, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Awareness and actual knowledge of palliative care among older people: a dutch national survey. *J Pain Symptom Manage* 2023;66:193-202.e2.

19. Canny A, Mason B, Boyd K. Public perceptions of advance care planning (ACP) from an international perspective: a scoping review. BMC Palliat Care 2023;22:107.
20. Lim MK, Lai PSM, Lim PS, Wong PS, Othman S, Mydin FHM. Knowledge, attitude and practice of community-dwelling adults regarding advance care planning in Malaysia: a cross-sectional study. BMJ Open 2022;12:e048314.
21. Bernard C, Tan A, Slaven M, Elston D, Heyland DK, Howard M. Exploring patient-reported barriers to advance care planning in family practice. BMC Fam Pract 2020;21:94.
22. Pairojkul S, Raksataya A, Sorasit C, Horatanaruang D, Jarusomboon W. Thailand's experience in advance care planning. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2023;180:85-9.
23. Kozlov E, McDarby M, Reid MC, Carpenter BD. Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults. Am J Hosp Palliat Care 2018;35:647-51.