บทความวิจัย

ความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ*

Knowledge and Perceived Self-Competence in Palliative Care among Professional Nurses with Less Than 2 Years Working Experience in an Autonomous University Hospital

ศุภวรรณ ใจบุญ** ธิราภรณ์ จันทร์ดา*** บัวหลวง สำแดงฤทธิ์***
Supawan Jaiboon Tiraporn Junda Bualuang Sumdaengrit

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
*A part of Thesis of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300
**Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300 Thailand

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400 Thailand

Corresponding author, E-mail: Supawan.j@nmu.ac.th

Received: October 15, 2019; Revised: November 1, 2020; Accepted: May 1, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (3) แบบสอบถามพยาบาลประเมินตนเองด้านสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .70 และแบบสอบถามพยาบาลประเมินตนเองด้านสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา

เท่ากับ .95 และความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงที่สุด ($\bar{X}$ = .88, S.D = .19) ส่วนด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = .63, S.D = .16) และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในด้านการดูแลในระยะใกล้ตายสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 2.96, S.D = .82) ส่วนด้านที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจต่ำสุด ได้แก่ ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ($\bar{X}$ = 2.62, S.D = .79) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.23 เดือน มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 5 - 10 ราย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.00 เคยเรียนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในสถานศึกษาเฉลี่ย 15.97 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 87.30 ดังนั้น พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ประสบการณ์ และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มเติม โดยเฉพาะในทักษะด้านการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้สมรรถนะ การดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purposes of this descriptive research were to explore the knowledge and perceived self-competence in palliative care among registered nurses who had working experience less than two years in an autonomous university hospital. The participants were composed of 126 nurses. The research instruments were used to collect data included the demographic data form, the End of Life Knowledge Assessment, and the adjusted Palliative Care Nursing Self-Competence Scale. Content validity of all research instruments was verified by five experts. The End of Life Knowledge Assessment's content validity was .80 and, the reliability was reported by KR-20 as of .70. The adjusted Palliative Care Nursing Self-Competence Scale's content validity was .95, and the reliability was reported by Cronbach's coefficient alpha as of .98. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the majority of the participants had a high level of knowledge. The highest score was the level of palliative knowledge about communication in end-stage patient care ($\bar{X}$ = .88, S.D = .19) and the symptom management at the end-stage level was the lowest ($\bar{X}$ = .63, S.D = .16). Perceived self-competence in palliative care was at a moderate level of confidence. The highest mean score was the confidence to provide care for end-stage patients ($\bar{X}$ = 2.96, S.D = .82), while the lowest mean score of confidence

included communication and consulting ($\bar{X}$ = 2.62, S.D = .79). The mean duration of nursing practice was 13.23 months. 51.00 of the population had experience of caring for 5-10 patients with a terminal illness. The mean of studied palliative care during under graduated was 15.95 hours. Most of participants (87.30%) had never been trained in palliative care after graduation. Therefore, the newly graduated nurses should have been encouraged to acquire palliative care competence by providing knowledge, skill experiences, and palliative care training, especially in the communication and counseling skills.

Keywords: Knowledge, Perceived self-competence, Palliative care, Registered nurses

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิต ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากพยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด สภาการพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญจึงได้สนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับระบบบริหารการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต[1] ดังนั้น สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ[2] ซึ่งสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพหมายถึง พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วย และครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และมีแนวโน้มว่าจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งภายหลังการเสียชีวิต[3]

การที่พยาบาลไม่เข้าใจในหลักการการดูแลแบบประคับประคองอย่างถูกต้อง มีผลให้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง[4] และอาจไม่สามารถให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติของการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง[5] โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลจบใหม่ในช่วงแรกยังต้องมีการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทำให้พยาบาลจบใหม่มุ่งเน้นการดูแลเฉพาะด้านร่างกาย และเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น จึงทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกมิติโดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ[6] อีกทั้งพยาบาลจบใหม่อาจขาดความสามารถ และขาดความชำนาญในการวางแผน เพื่อจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถนำความรู้ที่เคยเรียนจากสถาบันการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง จึงเกิดความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ[7]

นอกจากนี้ พยาบาลจบใหม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์ต่าง ๆ น้อย มีภาระงานที่มากขึ้น ขาดความช่วยเหลือ หรือขาดที่ปรึกษา รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านทักษะความคิด และความรู้ทางคลินิก ทำให้เกิดข้อผิดพลาดขณะปฏิบัติงาน โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการสื่อสาร รวมทั้งพยาบาลจบใหม่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย[8]

นอกจากนี้ พบว่า การที่พยาบาลใหม่เผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน ทำให้พยาบาลจบใหม่ซึ่งขาดทักษะเกี่ยวกับการประยุกต์เชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติงานจริง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากตอนเรียน ทำให้พยาบาลจบใหม่มักยึดหลักการเรียนที่เรียนมาอย่างเคร่งครัด ก่อให้เกิดความรู้สึกสับสน และขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ทำให้เกิดความเครียดตามมาได้[9] สอดคล้องกับทฤษฎีของเบนเนอร์[10] พบว่า พยาบาลที่จบใหม่ และเริ่มปฏิบัติงานในปีแรกจะมีความรู้ และประสบการณ์น้อย ขาดทักษะในการทำงาน ทำให้ขาดความมั่นใจ[10] อีกทั้งพยาบาลจบใหม่ต้องเผชิญ และปรับตัวกับสิ่งต่าง ๆ ในสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏในการปฏิบัติงาน มีผลให้มุ่งเน้นการดูแลเฉพาะด้านร่างกาย และเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม[6]

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง จึงได้บรรจุให้มีวิชาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตร และเริ่มจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2546 ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อวิชาเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปีการศึกษา 2555 ได้นำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติมาดำเนินการใช้ในหลักสูตร โดยมีจำนวนชั่วโมงเรียนในรายวิชาการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 16 ชั่วโมง[11] แต่ยังไม่ได้มีการประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ที่อายุงานน้อยกว่า 2 ปี ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรปริญญาตรี ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนสำหรับสถานศึกษา รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลจบใหม่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ และสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะโดยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคองของสภาการพยาบาล[3] ประกอบด้วย (1) ด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (2) การจัดการอาการปวด (3) อาการทุกข์ทรมานและส่งเสริมความสุขสบาย (4) การดูแลในระยะใกล้ตาย (5) การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย (6) การสื่อสาร (7) ด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม (8) จริยธรรมและกฎหมาย (9) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา และ (10) การสอนและให้ความรู้ โดยร่วมกับองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine [IOM])[12] ที่ได้รวบรวมองค์ความรู้ที่พยาบาลควรมีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ 5 ด้าน (1) ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2) การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (3) การจัดการกับความปวด (4) การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (5) การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (descriptive survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง มีอายุงานน้อยกว่า 2 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 126 คน และปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต งานอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และจักษุ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองจนถึงระยะสุดท้าย โดยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ แล้วเก็บแบบสอบถามคืน ได้แบบสอบถามกลับคืนจำนวน 126 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จำนวนประชากรทั้งหมด 126 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพหลังจบการศึกษาปริญญาตรี มีอายุงานน้อยกว่า 2 ปี (2) ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต งานอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และจักษุ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง (3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างน้อย 1 ราย (4) มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พัฒนาโดยศูนย์ความหวังทางการแพทย์แห่งชาติ (City of Hope National Medical Center: COHNMC)[13] นำมาแปลเป็นไทยโดย วริชชา โลกนิมิต และ ธิราภรณ์ จันทร์ดา[14] ด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ โดยได้ค่า content validity index เท่ากับ .80 และมีการนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 เท่ากับ .70 ได้ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .65

3. แบบสอบถามการประเมินตนเองด้านสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล พัฒนาโดย Desbiens and Fillion[15] นำมาแปลไทยโดย ปานตา อภิรักษ์นภานนท์[14] เป็นการประเมินสมรรถนะด้วยตนเอง ว่ามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในแต่ละสมรรถนะเป็นอย่างไร ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งเป็น 10 สมรรถนะ โดย วริชชา โลกนิมิต และ ธิราภรณ์ จันทร์ดา[14] ได้ปรับให้สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของสภาการพยาบาล ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ จำนวน 65 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ โดยได้ค่า content validity index เท่ากับ .95 และมีการนำไปทดสอบกับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .98 ได้ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 166/61 วันที่ 24 ธันวาคม 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเข้าพบฝ่ายวิชาการพยาบาลของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและแจกแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากจำนวนประชากรทั้งหมด 126 ราย โดยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ แล้วเก็บแบบสอบถามคืน ได้แบบสอบถามกลับคืนจำนวน 126 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.80 ปี (S.D = .82) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.80 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.54 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6 - 12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระหว่าง 5 - 10 ราย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.00 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ร้อยละ 93.70 เคยเรียนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในสถานศึกษาอยู่ระหว่างเฉลี่ย 15.97 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 87.30 และไม่ได้อยู่ในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.70 และหัวข้อที่ต้องการให้สถาบันเปิดสอนมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือหัวข้อการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 39.68

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 19.46, S.D = 2.95) โดยมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงที่สุด ($\bar{X}$ = .88, S.D = .19) ส่วนด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = .63, S.D = .16) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองจำแนกรายด้านของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี (n = 126)

ตัวแปร	ระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		
ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (รายด้าน)	**คะแนนที่เป็นไปได้**	$\bar{x}$	**S.D**
1. การติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-4	.88	.19
2. ข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก	0-4	.87	.20
3. ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	1-5	.83	.17
4. การจัดการกับความปวด	1-5	.69	.21
5. การจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-6	.63	.16

2. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 190.94, S.D = 32.49) โดยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในด้านการดูแลในระยะใกล้ตายสูงที่สุด ($\bar{x}$ = 2.96, S.D =.82) ส่วนด้านที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจต่ำสุด ได้แก่ ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ($\bar{x}$ = 2.62, S.D = .79) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของระดับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองจำแนกรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี (n = 126)

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง	min-max	$\bar{x}$	S.D
1. การดูแลในระยะใกล้ตาย	9-40	2.96	.82
2. การจัดการอาการปวด และอาการรบกวน	2-10	2.90	.69
3. ศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม	23-62	2.83	.77
4. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	6-25	2.75	.66
5. การสอนและให้ความรู้	21-55	2.75	.88
6. การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย	5-22	2.74	.72
7. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา	7-24	2.69	.82
8. จริยธรรมและกฎหมาย	8-32	2.63	.86
9. การสื่อสารและการให้คำปรึกษา	7-30	2.62	.79

การอภิปรายผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ให้ข้อมูลว่าในการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอยู่เฉลี่ย 15.97 ชั่วโมง จากการสำรวจหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ พบว่า มีรายวิชาการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 หน่วยกิต และวิชาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 หน่วยกิต[11] ดังนั้น พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ จะได้รับการเรียนการสอนในชั้นเรียนในหัวข้อการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 16 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการเรียนการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ระหว่าง 2 - 4 ชั่วโมง[16] ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษ พบว่า มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ย 5 - 10 ชั่วโมง[17] แสดงว่า คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ได้เล็งเห็นความสำคัญของรายวิชาการดูแลแบบประคับประคอง จึงได้บรรจุรายวิชานี้ไว้ในหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 87.30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตชทัต อัครธนารักษ์[16] พบว่า พยาบาลร้อยละ 89.30 ไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 19.46 (S.D = 2.95) และส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลจบใหม่มักจะขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์ต่าง ๆ น้อย มีภาระงานที่มากขึ้น ขาดความช่วยเหลือ หรือขาดที่ปรึกษา[8] จากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม ซึ่งเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองอยู่เป็นจำนวนมาก จึงทำให้พยาบาลจบใหม่มีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศเวียดนาม[18] พบว่า พยาบาลในแผนกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยตรง มีระดับความรู้มากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ นอกจากนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ และได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตร ซึ่งมีรายวิชาการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ จำนวน 2 หน่วยกิต[11] จึงอาจทำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงที่สุด ($\bar{X}$ = .88, S.D= .19) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า พยาบาลจบใหม่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ทักษะการสื่อสาร เนื่องจากได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารไม่เพียงพอ ขณะศึกษาในโรงเรียนพยาบาล[19] และส่วนใหญ่ยังมีจุดอ่อนเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนพยาบาลที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จะเป็นพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน[20]

ส่วนในด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูง ($\bar{X}$ = .87, S.D = .20) อาจเป็นไปได้ว่าในหลักสูตรปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มีการเรียนการสอนหัวข้อนี้ จำนวน 2 ชั่วโมง ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงในด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ภาคใต้[16] พบว่า พยาบาลจบใหม่มีความรู้ในด้านข้อสรุปเกี่ยวกับการตาย ภาวะเศร้าโศก

อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีการเรียนการสอนในหัวข้อนี้น้อย และยังไม่ครอบคลุม

ด้านความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูง ($\bar{X}$ = .83, S.D = .17) อาจเป็นไปได้ว่าในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีการสอดแทรกเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมต่าง ๆ ในการเรียนการสอน และอาจเป็นผลทำให้คะแนนความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมาก

ส่วนคะแนนด้านการจัดการกับความปวด ($\bar{X}$ = .69, S.D = .21) และด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($\bar{X}$ =. 63, S.D = .16) มีคะแนนเฉลี่ยน้อย เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยราย แม้ว่าได้เรียนในเรื่องการจัดการอาการในหลักสูตรปริญญาตรี แต่การจัดการกับความปวด และการจัดการอาการจำเป็นต้องใช้ทักษะ และประสบการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการดูแลในด้านการจัดการอาการแตกต่างกันออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Sato และคณะ[21] พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายน้อย และได้รับการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่เพียงพอ

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี โดยรวมมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 190.94, S.D = 32.49) ซึ่งอธิบายด้วยทฤษฎีของเบนเนอร์[10] ที่ว่าพยาบาลระดับเริ่มต้นใหม่ (novice) ที่มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 1 ปี จะมีความรู้น้อยและไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์ทำงานน้อย ยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการทำงาน ไม่สามารถตัดสินใจ หรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เอง ต้องการการดูแล และได้รับคำแนะนำ ส่วนพยาบาลระดับผู้เริ่มปฏิบัติงานขั้นสูง ที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 - 2 ปี จะเรียนรู้สถานการณ์ต่าง ๆ เริ่มมีประสบการณ์แต่ยังคงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า จากการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ซึ่งเป็นพยาบาลระดับเริ่มต้นใหม่ และพยาบาลระดับผู้เริ่มปฏิบัติงานขั้นสูง ตามการแบ่งระดับของเบนเนอร์[10] จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาวิเคราะห์รายด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล จำนวน 65 ข้อ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความมั่นใจสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลในระยะใกล้ตาย ($\bar{X}$ = 2.96, S.D = .82) เนื่องจากในหลักสูตรปริญญาตรีของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มีการเรียนการสอนในหัวข้อการดูแลระยะใกล้ตาย ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่มีผู้ป่วยระยะท้ายเข้ามารับบริการ จึงมีผลต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขณะที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี[11] อีกทั้ง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน 2 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการปลูกฝังให้มีความเมตตากรุณา ทำให้เข้าใจตนเอง และความรู้สึกของผู้อื่น เกิดความเห็นอกเห็นใจ เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงอาจทำให้มีการรับรู้สมรรถนะเรื่องการดูแลในระยะใกล้ตายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น ๆ

ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองน้อย สามอันดับสุดท้าย ได้แก่ การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 2.69, S.D = .82) จริยธรรมและกฎหมาย ($\bar{X}$ = 2.63, S.D = .86) และด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ($\bar{X}$ = 2.62, S.D = .79) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากเรื่องจริยธรรมและกฎหมายเป็นเรื่องละเอียดอ่อนต้องอาศัยความรู้ทักษะ และมีประสบการณ์ และในด้านกฎหมายใหม่คือกฎหมายมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเนื้อหาสาระที่ถูกต้อง บางคนไม่รู้จักเลย จากความเห็นของแพทย์มองว่าพยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับด้านกฎหมาย[22]

ส่วนในด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองในด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมีการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะในด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพอื่นได้ดีกว่าพยาบาลผู้ป่วยใน เนื่องจากพยาบาลที่อยู่แผนกผู้ป่วยนอกมีโอกาสได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่แผนกอื่น ๆ มากกว่าพยาบาลที่ทำงานแผนกผู้ป่วยใน[23]

ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา แม้ว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี จะได้รับการเรียนการสอนในหัวข้อเหล่านี้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองภายหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งการอบรมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติและทักษะเฉพาะทางจะสามารถเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทักษะ และวิชาการใหม่ ๆ ได้ อีกทั้ง ทักษะด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่มากพอในการทำความเข้าใจซึ่งบุคคลที่อยู่ในอาชีพนานกว่าจะสามารถวิเคราะห์แก้ไขปัญหาได้ดี มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน อันเป็นสิ่งที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ในวิชาชีพมานาน และสามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม[24] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ[25] พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวค่อนข้างต่ำ และรู้สึกวิตกกังวล อึดอัดลำบากใจที่จะพูดถึงการดำเนินโรค และไม่กล้าบอกข่าวร้ายกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม หรือฝึกปฏิบัติเรื่องการสื่อสารภายหลังสำเร็จการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานศึกษาพยาบาลควรมีการเพิ่มจำนวนชั่วโมงในการเรียนการสอน โดยเฉพาะเนื้อหาในด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้กับนักศึกษาพยาบาลที่จะก้าวเข้าสู่พยาบาลวิชาชีพต่อไป

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี ควรได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา

3. โรงพยาบาล ควรมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลจบใหม่ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Nursing Division Ministry of Public Health. Palliative care system. Bangkok: Publishing of Suetawan; 2016. (in Thai)
2. Jamjan L, Chaleoykitti S. Trend of palliative care in the bachelor of nursing science curriculum. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):22-8. (in Thai)

3. Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Training program in palliative nursing (post baccalaureate program). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. (in Thai)
4. Nuekwen P, Hanprasitkam K, Junda T. Nurses' perceptions and practice on palliative care. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2016;27(1):128-41. (in Thai)
5. Montagnini M, Smith HM, Price DM, Ghosh B, Strodtman L. Self-perceived end-of-life care competencies of health-care providers at a large academic medical center. The American Journal of Hospice & Palliative Care 2018;35(11):1409-16.
6. Pilaikiat R, Rittharomya J, Bootchan T. Spiritual care for chronic illness patients: experiences of professional nurses. Thai Journal of Nursing Council 2009;24(1):62-76. (in Thai)
7. Pongprawat N, Choochom O, Intarakamhang U. Psychological characteristics and nurse socialization related to job performance as professional nursing roles of new graduated nurses autonomous university hospitals in Bangkok. Journal of Behavioral Science for Development 2010;2(1):29-42. (in Thai)
8. Purling A, King L. A literature review: graduate nurses' preparedness for recognising and responding to the deteriorating patient. Journal of Clinical Nursing 2012;21(23-24):3451-65.
9. Raetong P, Harnirattisai T. Role change experience: from nursing students to registered nurses. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(2):51-62. (in Thai)
10. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
11. Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Curriculum of bachelor of nursing science program. Bangkok: Kuakarun Faculty of Nursing; 2016. (in Thai)
12. Institute of Medicine. Approaching death: improving care at the end of life. Washington: The National Academies Press; 1997.
13. City of Hope Pain & Palliative Care Resource Center. The end of life knowledge assessment RN/LVN version [Internet]. 2012 [cited 2018 May 6]. Available from: https://www.midss.org/sites/default/files/instruments_3.pdf
14. Loknimith W, Janda T. Self-perceived palliative care competencies of nurses working in a university hospital within less than two years of receiving bachelor's degrees [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2019. (in Thai)
15. Desbiens J-F, Fillion L. Development of the palliative care nursing self-competence scale. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2011;13(4):230-41.
16. Akarathanarak T. Novice nurses's preparedness, knowledge and caring behavior for patients at the end of life [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai)
17. Johnson A, Chang E, O'Brien L. Nursing the dying: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. International Journal of Nursing Practice 2009;15(5):417-25.

18. Nguyen LT, Yates P, Osborne Y. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. International Journal of Palliative Nursing 2014;20(9):448-56.
19. Reinke LF, Shannon SE, Engelberg R, Dotolo D, Silvestri GA, Curtis JR. Nurses' identification of important yet under-utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illnesses. Journal of Palliative Medicine 2010;13(6):753-9.
20. Al-Kindi SG, Abu-Zeinah GF, Hassan AA. Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2014;31(5): 469-74.
21. Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. Japanese Journal of Clinical Oncology 2014;44(8):718-28.
22. McCabe MS, Coyle N. Ethical and legal issues in palliative care. Seminars in Oncology Nursing 2014;30(4):287-95.
23. Friberg F, Granum V, Bergh AL. Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. Journal of Nursing Management 2012;20(2):170-86.
24. Promsorn T. Nursing practices on palliative care of terminally Ill patients among nurses at Fang hospital, Chiang Mai province [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai)
25. Mullen JE, Reynolds MR, Larson JS. Caring for pediatric patients' families at the child's end of life. Journal for the Critical Care Nurse 2015;35(6):46-56.