

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัด  
ขอนแก่น

Factors Related to Advance Care Planning among Terminal Stage Patients, Puainoi  
Hospital Khon Kaen Province.

(Received: July 4,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 18,2024)

นิตริฐ นาให้ผล<sup>1</sup>  
Nitirat Nahaipol<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็อยน้อย จำนวน 77 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 79.2 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 68.8 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 17.01 คะแนน (S.D.= 1.92 คะแนน) มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 คะแนน (S.D. = 1.01 คะแนน) เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยเสริม พบว่า ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D.= 0.99) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.09, S.D.= 0.43) ด้านการได้รับความแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D.= 1.02) และปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการและสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ ( $\bar{X}$  = 3.55, S.D.= 1.02) และพบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติ (OR =0.09, 95%CI; 0.012 - 0.657, p = 0.018) แรงสนับสนุนจากครอบครัว(OR= 0.04, 95%CI; 0.004 – 0.495, p = 0.011) และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(OR =0.05, 95%CI; 0.007 – 0.469, p = 0.007)

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยระยะท้าย

ABSTRACT

The research was survey research by cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with advance care planning, as well as the challenges and obstacles encountered in this process for terminal patients at Pueai Noi Hospital, Khon Kaen Province. Data collected by questionnaires. The sample consisted of 77 Terminal stage patients at Pueai Noi Hospital. Data analysis by descriptive statistics and Multiple Logistic Regression Analysis.

The study found that the majority of the sample were female, accounting for 59.7%, with most being over 60 years old, accounting for 79.2%. Marital status was predominantly married, accounting for 68.8%. The average knowledge score regarding advance care planning among terminal patients was 17.01 (S.D. = 1.92). The average attitude score towards advance care planning was 3.37 (S.D. = 1.01). In terms of supportive factors, family support was high ( $\bar{x}$  = 3.56, S.D. = 0.99), information awareness was high ( $\bar{x}$  = 4.09, S.D. = 0.43), advice

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น

from doctors, nurses, or health officials was high ( $\bar{x} = 3.56$ , S.D. = 1.02), and convenience of access to services and environmental factors were also high ( $\bar{x} = 3.55$ , S.D. = 1.02). Statistically significant independent factors related to advance care planning at a significance level of 0.05 included attitude (OR = 0.09, 95% CI; 0.012 - 0.657,  $p = 0.018$ ), family support (OR = 0.04, 95% CI; 0.004 - 0.495,  $p = 0.011$ ), and advice from healthcare professionals (OR = 0.05, 95% CI; 0.007 - 0.469,  $p = 0.007$ ).

**Keywords:** advance care planning, terminally ill patients

## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยเน้นการสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต เช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายว่า ประชาชนชาวไทยจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้าย โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษาและแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>1</sup>

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้ายของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center; HDC service) ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปี ร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 35.36 โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ

20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 17.31 ผู้สูงอายุ ภาวะพึ้งพอง ร้อยละ 14.93 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.68 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 14.01 และโรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ ร้อยละ 13.6 ซึ่งการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุขใช้การดำเนินการผ่านระบบบริการสุขภาพ(service plan) สาขารดูแลและระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (intermediate care) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสำคัญในการดูแล คือ การทำ family meeting การทำ advance care planning (ACP)<sup>1</sup> โดยในปีงบประมาณ 2566 ได้กำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ได้แก่ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 55<sup>2</sup>

ในช่วงสุดท้ายของการป่วยหนักและใกล้ถึงวาระสุดท้าย การเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาการทุกข์ทรมานจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การปฏิสัมพันธ์ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย นอกจากนี้ เมื่อสุขภาพของผู้ป่วยระยะประคับประคองเสื่อมถอยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะ

เกิดผลกระทบเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย และท้อแท้ ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทำได้ยากและซับซ้อนมากขึ้น<sup>3</sup> การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning, ACP) เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งบุคคลที่ยังไม่ป่วยและผู้ป่วยสามารถใช้แผนการดูแลล่วงหน้าในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตนในอนาคต การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ให้การดูแลทราบถึงเป้าหมายและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดการรักษาที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง การดูแลล่วงหน้ายังช่วยลดความเครียดจากความไม่แน่นอนของอาการในช่วงท้ายของชีวิต<sup>4</sup> มีการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ช่วยลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์และการนอนโรงพยาบาล<sup>5</sup> เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา<sup>6</sup> ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้<sup>7</sup> โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศหญิงอายุที่มากกว่า 55 ปี การศึกษาสูง การจัดการอาการรบกวน การมีประวัติเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและการไม่นับถือศาสนา<sup>8-10</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่าอันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดขนาด หัวใจเพื่อช่วยชีวิตการรักษาเพื่อยื้อชีวิต<sup>11</sup> นอกจากนี้การศึกษาของภมรรัตน์ ศรีธราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล<sup>12</sup> พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ อ่อนอนงค์<sup>13</sup> พบว่า

โปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่วยลดความเจ็บปวดและความไม่สบายลง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงท้ายของชีวิต โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าถือว่าพฤติกรรมทางสุขภาพรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจะตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง กรีนและครูเตอร์ได้นำเสนอแนวคิด PRECEDE MODEL<sup>14</sup> ไว้ว่า การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นคุณลักษณะที่บุคคลหรือกลุ่มประชากรมีอยู่ก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่สะท้อนการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการตอบรับที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ปัจจัยเสริมเป็นการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเป็นแบบอย่าง ต่าหนีติเตียน หรือการลงโทษ ซึ่งมีผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม อาจสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) และทรัพยากรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของเพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และกิริติ เจริญชลวานิช<sup>15</sup> พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา ความรู้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน แรงสนับสนุนจากญาติ และความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพบว่าแรงสนับสนุนจากญาติ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระดับการศึกษา และความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67.8 ในทางกลับกัน อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน<sup>16</sup> พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีและการใช้คู่มือ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาของปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน และยุวณูช สัตยสมบูรณ์<sup>17</sup> พบว่า ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น<sup>18</sup> พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 157 ราย มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.41 และจากรายงานตัวชี้วัดร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วย และ ครอบครัว จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563-2565 อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีการดำเนินงานร้อยละ 49.40, 48.55 และ 49.75 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ของ

กระทรวงสาธารณสุขในทุกๆปี ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เล็งเห็นปัญหาและให้ความสำคัญกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลเป็ยน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลล่วงหน้าได้ และช่วยผู้ป่วยระยะท้ายอย่างได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ
3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น
4. ปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยให้เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ระบบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) จำนวน 77 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยให้เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ระบบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principal diagnosis)

- กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48

- กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke)

ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03

- โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5

- โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50

- ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)

- ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1

- ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะฟุ้งฟิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้ดี

4. ยินดีในการให้ความร่วมมือในการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมได้

และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่สามารถถามตอบรู้เรื่องสื่อสารได้

2. มีความประสงค์ออกจากการศึกษา

3. เสียชีวิตขณะร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 20 ข้อ ระดับการวัดเป็น interval scale การแปลผลคะแนนความรู้โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม<sup>19</sup> ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 -79

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของLikert<sup>20</sup>

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของ Likert<sup>20</sup>

การแปลผลคะแนนทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า<sup>21</sup> ดังนี้

คะแนน	แปลผล
4.50 - 5.00	มากที่สุด
3.50 - 4.49	มาก
2.50 - 3.49	ปานกลาง
1.50 - 2.49	น้อย
1.00 - 1.49	น้อยที่สุด

**2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองท้ายในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดขอนแก่น 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression Analysis

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE010/2567 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2567

#### ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 สถานภาพสมรส จำนวน 53 คิดเป็นร้อยละ 68.8 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 และสวนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,5001 - 30,000 บาท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 (เฉลี่ย 22,633.76 บาท รายได้ต่ำสุด 4,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**2. ความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ดยน้อย จังหวัดขอนแก่น** พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.01 คะแนน (S.D.= 1.92 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 57คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 และระดับไม่ดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**3. ทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ดยน้อย จังหวัดขอนแก่น** พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 คะแนน (S.D. = 1.01 คะแนน) โดยมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 ระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และระดับน้อยที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**4. ปัจจัยเสริมต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ดยน้อย จังหวัดขอนแก่น** พบว่า ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 0.99) ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D.= 0.43)

และด้านการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 1.02) รายละเอียดดังตารางที่ 4

**5. ปัจจัยเอื้อต่อการวางแผนการดูแล**  
**ล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ย**  
**น้อย จังหวัดขอนแก่น** พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความ สะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของ สถานที่ให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.= 1.02) และกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกในการเข้าถึง บริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ระดับมาก จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และระดับน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 รายละเอียดดังตารางที่ 5

**6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย**  
**โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น**

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยการนำ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้บริการ มาวิเคราะห์ ร่วม พบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทักษะคิด (OR =0.09, 95%CI; 0.012 - 0.657, p = 0.018) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่มีทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่มีทักษะคิดต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับ

ไม่ดี 0.09 เท่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว(OR= 0.04, 95%CI; 0.004 – 0.495, p = 0.011) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับไม่ดี 0.04 เท่า และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(OR =0.05, 95%CI; 0.007 – 0.469, p = 0.007) โดยผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับดีจะมีโอกาสตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับคำแนะนำในระดับไม่ดี 0.05 เท่า

### สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ทักษะคิด แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการรับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย 0.09, 0.04 และ 0.05 เท่าตามลำดับ

ทักษะคิดเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีความหลากหลายในบริบทต่าง ๆ โดยในเชิงวัฒนธรรมบางวัฒนธรรมมองว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิต ขณะที่บางวัฒนธรรมมองว่าการตายเป็นเรื่องที่น่ากลัวและไม่ต้องการพูดถึง ทักษะคิดทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการตายแบ่งเป็นหลายแบบ ได้แก่ ความกลัวการตาย การยอมรับการตาย และความไม่แยแสต่อการตาย การเข้าใจทักษะคิดเหล่านี้ช่วยพัฒนาการบำบัดและการสนับสนุนทางจิตใจให้ดีขึ้น สำหรับทักษะคิดทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีผลต่อการจัดการกับการตายและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปรับปรุง

คุณภาพของการตายสามารถทำได้ผ่านการดูแลแบบประคับประคอง การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับการตายมีผลกระทบทางปฏิบัติที่สำคัญ โดยช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการมากขึ้น สนับสนุนการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้อง และลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล<sup>12</sup> พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมดปฏิเสธการกดหลอดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยรับการดูแลโดยแพทย์ประคับประคองถึงร้อยละ 63 ของผู้ป่วยประคับประคองทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการโอกาสได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) ได้ถึงร้อยละ 82 และสอดคล้องกับสุนีย์ ณีชนะนนท์<sup>22</sup> พบว่า การปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า สามารถลดความเสี่ยงการได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ อันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรกระตุ้นให้มีการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีเวลาในการตัดสินใจ วางเป้าหมายและเลือกแผนการรักษา ร่วมกับทีมแพทย์เมื่อถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต และอาจช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ได้มากขึ้นรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง และ การศึกษาของ Chu D, et al.<sup>23</sup> ยังชี้ให้เห็นว่า นักสังคมสงเคราะห์อาจเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสาร ACP กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตัดสินใจทำ ACP เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van der Steen, Jenny T., et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัย

ด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า นอกจากนี้ บุคลากรทางสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางการเริ่มต้น ACP ดังนั้น ในการวางแผนการพัฒนาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงควรมุ่งเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการสร้างมีส่วนร่วมของครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วย ระยะประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้าย
2. ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการสร้างมีส่วนร่วมของครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็ยน้อย ภาควิชาอายุรศาสตร์และศาสตราจารย์ที่เข้าร่วมโครงการ ที่ให้การสนับสนุน การศึกษาวิจัยและความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2566). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2566.
3. วงษ์เดือน ทองใบใหญ่. (2561). อากาการทุกขทรมาน ความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา].
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย(Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕. บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด
5. Tran M, Grant M, Clayton J, Rhee J. (2018). Advance care decision making and planning. Aust JGen Pract [Internet].
6. Thompson TDB, Barbour RS, Schwartz L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. Palliat Med [Internet].
7. Van Wijmen MPS, Pasma HRW, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. (2015). Continuing or forgoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with an advance directive. J Med Ethics [Internet].
8. Enguidanos S, Ailshire J, Davis L. (2017). Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences HHS Public Access. J Pain Symptom Manag;53(1), 49–56.
9. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol [Internet].
10. Van Der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, De Boer ME, Van Den Block L, et al. (2014). Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: A systematic review. J Alzheimer's Dis [Internet].
11. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. (2016). Nonbeneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. Int J Qual Heal Care [Internet].
12. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ และศิริจิต เนติภูมิกุล. (2564). ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(1), 97-111.
13. วราภรณ์ อ่อนอนงค์. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
14. Green, L. and Kreuter, M. (1991). Health promotion planning. Mayfield Publishing Co., University of Michigan.
15. เพ็ญศิริ ดวงขุนมาตย์, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ธราตล เก่งการพานิช, และกิริติ เจริญชลวานิช. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารสุขภาพศึกษา, 37(126), 49-65.
16. พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
17. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน และยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์. (2565). การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมสุขภาพ, 4(1). 127-138.

18. โรงพยาบาลเป็ยน้อย (2566). รายงานผู้ป่วยระยะประคับประคอง ปี 2566.
19. Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
20. Likert, R. (1967) New Patterns of Management. McGraw-Hill, New York.
21. สำเร็จ จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
22. สุนีย์ ณีศะนันท์. (2562). การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. สวรรค์ประชา  
รักษ์เวชสาร, 16(1), 1-10.
23. Chu D, Yen Y-F, Hu H-Y, Lai Y-J, Sun W-J, Ko M-C, et al. (2018). Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan. PLoS ONE. 13(7): e0197552.