

ผลของการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
Effect of Providing End-of-life Care Education to Village Health Volunteers

ธนาภรณ์ ดารากัย, ฮัซวานี ดารากัย* และวาริสรา เสรีรัตน์

Thanaporn Darakai, Hatwani Darakai* and Warissara Sereerat

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromrajonani College Of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: October 16, 2024, Revised: November 11, 2024, Accepted: November 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แผนการให้ความรู้ และแบบประเมินความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ฉะนั้น ควรมีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, อาสาสมัครสาธารณสุข, ชุมชน

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Haswanee108@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge of end-of-life care among village health volunteers. The participants consisted of 40 village health volunteers, selected through simple random sampling. Data collection was conducted in August 2024. The tools used included an educational plan and a knowledge assessment form, both validated by three experts, with item-objective congruence (IOC) scores ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability score (KR-20) of 0.72. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after the intervention, village health volunteers had a significantly higher mean score in knowledge of end-of-life care compared to their pre-intervention scores ($p < 0.01$).

Therefore, continuous training and follow-up by health professionals are recommended to ensure that village health volunteers perform accurately and more effectively.

Keywords: knowledge, end-of-life patient care, village health volunteers, community

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาต่อโรคร้ายแรง และต้องให้การดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตอย่างครอบคลุม เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (World Health Organization, 2020) โดยมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสำคัญ (Nilmanat, Thasaneesuwan, & Tinkaew, 2021) ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เข้าสู่ระยะท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้จนกระทั่งเสียชีวิตรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย (Stephen, Claire, Ernesto, Richard, James, Barbara, et al, 2020) ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ (Pairojkul, 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระยะท้าย ยังคงเป็นสาเหตุหลักอันดับต้น ๆ ที่พรากชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (Bunchai, 2024) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการดำเนินงานในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติ โดยมุ่งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อดูแลสุขภาพของประชากรในประเทศไทยให้มีภาวะสุขภาพดี และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จึงได้จัดตั้งสถานชีวาภิบาลเพื่อเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต (Ministry of Public Health, 2024)

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหรือการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชนพบปัญหาขาดระบบที่ชัดเจน บุคลากรสนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมือง การสร้างวิถีใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพทุกระดับ สามารถให้คำปรึกษาแก่จิตอาสาอาสาสมัครสาธารณสุข (Department of Medical services, 2020) ซึ่งปัจจุบันประชาชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนประชากรเกินกำลัง

อัตรากับจำนวนของบุคคลากรด้านสาธารณสุข (Chomphuviset, 2022) ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเน้นการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ผ่านการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การสื่อสารสาธารณสุข การให้คำแนะนำ การวางแผน การประสานงานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน (Caregiver: CG) ซึ่งทำหน้าที่ในการลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าว ป้อนยา คัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพ และให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายไม่เพียงแต่เป็นผู้สูงอายุ แต่กลับเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในทุกช่วงวัย ซึ่งอาจมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันต่อผลกระทบที่เกิดจากด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง นอนติดเตียงหรือนอนทับท่าเดียวตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวเกิดจากความรู้และทักษะของผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอ (Piangkao, Chankong, & Kaladee, 2023) ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจึงนับเป็นกำลังสำคัญ ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน (Jitbantad, Ruangput, Sahairak & Warapeamg, 2017) รวมไปถึงช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (Saenloa, 2018) จากที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นความท้าทาย เนื่องจากเป็นการดูแลที่ค่อนข้างยากและซับซ้อนของผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อประคับประคองภาวะการเจ็บป่วยของโรค รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผลกระทบที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าสะสม จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ (Saenloa, 2018)

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านมา ยังพบข้อจำกัดในการทำงานตามขีดความสามารถเฉพาะบุคคล และได้มีการสำรวจปัญหาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสมกับบริบทและภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรค การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือการกำเริบของโรคได้ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกเริ่มของการเป็นโรคตลอดจนหลังการสูญเสีย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Jitbantad, Ruangput, Sahairak, & Warapeamg, 2017) ฉะนั้น หากได้ส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่เปรียบเสมือนเพื่อนบ้านและความใกล้ชิด บางคนเป็นญาติของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

สมมติฐาน

หลังการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (1964) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้และความคิด (Cognitive domain) เมื่อบุคคลมีความรู้ที่เป็นกระบวนการทางสมองอย่างมีขั้นตอน และมีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ด้านทัศนคติ (Affective domain) เป็นกระบวนการทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และ 3) ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental research : one group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเคียน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 9 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 256 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ .95 ค่าขนาดค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) = .5201 (Anseekaew, Matchim, & Ratanabunjerdkul, 2020) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางของ Polit & Hungler (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด

การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CG) 2) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านเป็นอสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ประสงค์เข้าร่วม หรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง และ 4) สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการให้ความรู้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการให้ความรู้ และ 2) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) สถานภาพ 5) ระดับการศึกษา

6) อาชีพ 7) ประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ 8) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามตอบถูกและผิด โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน โดยการแบ่งระดับความรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 12 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 79 หรือ 12 - 16 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 หรือ 17 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจากรพ.สต. บ้านเหมืองห้วยทะเล จำนวน 15 คน และ รพ.สต. บ้านทุ่งโนนด จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. เตรียมเอกสารประกอบการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 4 ด้าน ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

2. นัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัย

3. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนก่อนทำการทดลอง

ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 4 ด้าน ๆ ละ 30 นาที รวม 2

ชั่วโมง

3. การบรรยายระหว่างด้าน ผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนซักถามและร่วมกันอภิปรายประเด็นปัญหาแต่ละด้าน

4. ผู้วิจัยมีคำถามลักษณะปลายเปิดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 8 คน และให้ภายในกลุ่มระดมความคิดภายในกลุ่มเกี่ยวกับความรู้ทั้ง 4 ด้าน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนนำเสนอผลการระดมความคิดกลุ่มละ 10 นาที และให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยกันอภิปรายในประเด็นเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

7. รวมระยะเวลาในการให้ความรู้แก้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 4 ชั่วโมง

ขั้นหลังการทดลอง

1. ทำแบบประเมินหลังการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. สถิติอ้างอิง เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่ปกติ โดยทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test ($p < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/278 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และร้อยละ (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	100.00
อายุ Min-max = 31 – 58 ปี, M = 42.98, S.D. = 9.56		
ศาสนา		
พุทธ	3	7.50
อิสลาม	37	92.50
สถานภาพสมรส		
โสด	5	12.50
สมรส	34	85.00
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกทางกัน	1	2.50
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมหรือต่ำกว่า	13	32.50
ชั้นมัธยมหรืออนุปริญญา	21	52.50
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	15.00
อาชีพ		
รับจ้าง	38	95.00
เกษตรกร	2	5.00
ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน Min-max = 1 – 33 ปี, M = 11.40, S.D. = 9.06		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย		
มี	18	45.00
ไม่มี	22	55.00

จากตาราง 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.98 ปี (S.D. = 9.56) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 92.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.00 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับชั้นมัธยมหรืออนุปริญา ร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 95.00 มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เฉลี่ย 11 ปี (S.D. = 9.06) และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 45.00

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n = 40)

ความรู้	n	M (S.D.)	Mean Diff.	Z	p-value
คะแนน			-8.03	-5.506	< 0.01
ก่อนทดลอง	40	11.38 (2.89)			
หลังทดลอง	40	19.40 (1.06)			

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.01$) และสามารถแสดงเป็นระดับความรู้ได้ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n = 40)

ระดับ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย				
มาก	8	20.00	38	95.00
ปานกลาง	26	65.00	2	5.00
น้อย	6	15.00	0	0.00
ด้านจิตใจ				
มาก	10	25.00	40	100.00
ปานกลาง	10	25.00	0	0.00
น้อย	20	50.00	0	0.00
ด้านสังคม				
มาก	12	30.00	1	2.50
ปานกลาง	4	10.00	39	97.50
น้อย	24	60.00	0	0.00
ด้านจิตวิญญาณ				
มาก	12	30.00	100	100.00
ปานกลาง	12	30.00	0	0.00
น้อย	16	40.00	0	0.00

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เมื่อทดสอบวัดความรู้ก่อนอบรม ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.00 ด้านจิตใจ มีความรู้ระดับ

น้อย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ด้านสังคม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 60.00 และด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.00 เมื่อทดสอบวัดความรู้หลังอบรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นในระดับมาก ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 95.00, 100.00, 97.50 และ 100.00 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.01) เป็นผลมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ได้มีการติดตามอาการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นกับพยาบาลที่ลงเยี่ยมบ้าน หลังจากได้รับความรู้ คำแนะนำ การอภิปรายกลุ่มร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นองค์ความรู้เฉพาะโรคทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Bunchai (2024) พบว่า หลังได้รับความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 41.50 (S.D. = 0.51) และ 36.20 (S.D. = 7.38) (p <0.01) ช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกายของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Chaiyasaj (2018) พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในชุมชนที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยประเมินพฤติกรรม การปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการ ของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของ Roy & Andrews (1999) ที่ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนด เพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การฝึกทักษะที่จำเป็น จะช่วยสนับสนุนบุคคลให้สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับ Phithakthammakul (2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 73.30 ส่งผลให้มีการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ Interactive และกลุ่มระดับ Critical Health Literacy เพิ่มขึ้น เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่และเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน สามารถเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชนได้ ดังทฤษฎีของ Boom (1964) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่เป็นกระบวนการทางสมองอย่างมีขั้นตอน และมีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ ต้องอาศัยความรู้ที่ถูกต้องและทัศนคติที่ดี ทำให้เกิดการปฏิบัติและการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Tungsaengsakul, Sumpuntharat, & Sinsir, 2018) ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง เพื่อเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมในชุมชน ควรจัดให้มีการอบรมและให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยให้สมาชิกอื่นในชุมชนได้เห็น ได้ปฏิบัติตาม และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพ และนำไปต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนครั้งนี้ จัดเป็นเข้ารับการอบรมระยะสั้น เพื่อสร้างองค์ความรู้ และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ควรให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

- Anseekaew, P., Matchim, Y., & Ratanabunjerdkul, H. (2020). The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 21(2), 315-324.
- Bloom, B. S. (1964). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational objectives. Handbook I: The cognitive domain. New York: McKay.
- Bunchai, P. (2024). Developing continuous palliative care for terminally ill patients in the Community. Tha Rong Chang Hospital, Surat Thani Province. (in Thai)
- Chaiyasaj, N. (2018). The effect preparation of caregiver's to adaptation in caring for end-of-life patients in community. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(3), 46-48.
- Chomphuviset, P. (2022). Learning process for competencies of village health volunteers 4.0, ROI-ET. *Primary Health Care Journal*, 37(2), 35-36.
- Department of Medical services. (2020). Palliative care. Retrieved September 2, 2024 from https://www.dms.go.th/backend//Content/Content File/Practice guidelines/Attach/25640114130713PM_aw Guide to palliative care _5.pdf
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2020). *Palliative care*. Retrieved September 2, 2024 from <https://thaitgri.org/?p=39042>. (in Thai)
- Jitbantad, W., Ruangput, P., Sahairak, S., & Warapeamg, W. (2017). *Capacity building of community volunteers to be case manager of community dwelling elderly with disabilities*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Manual for implementing the life health center policy 2024*. Bangkok. (in Thai)
- Nilmanat, K., Thasaneesuwan, S., & Tinkaew, P. (2021). Palliative care for chronic renal failure patients: issues and recommendations for development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(4), 5-15.

- Pairojkul, S. (2020). *Palliative care in Thailand: moving towards quality*. Bangkok: The war veterans organization of thailand under royal patronage his majesty. (in Thai)
- Phithakthammakul, P. (2020). *Health literacy and health behavior of village health volunteers (VHVs) in model communities in health zone 5*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Piangkaeo, P., Chankong, W., & Kaladee, A. (2023). Effects of family and village health volunteer participation program in caring for bedridden patients at home. *Journal of Health Research and Innovation*, 6(1), 1-14.
- Polit, D. F. & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: principles and methods*. (6th Edition), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Roy, S. C., & Andrews, E. H. (1999). *The roy adaptation model*. (2nd ed). Stamford: Appleton&Lange.
- Saenloa, P. (2018). The role of palliative care with village public health volunteer and buddhist monks together with registered nurses in Na Fai sub-district, Mueang district, Chaiyaphum province. *Journal of Nursing and Health Care* 2017, 35(4), 150-156.
- Stephen, R., Claire, M., Ernesto, J., Richard, H., James, C., Barbara, H., et al. (2020). *Global atlas of palliative care*. (2nd ed). London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
- Tungsaengsakul, S., Sumpuntharat, S., & Sinsir, C. (2018). Village health volunteers' knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 77-89.
- World Health Organization. (2020). Definition of palliative care. Retrieved Jun 29, 2024 from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.