

บทความวิจัย

ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล
แบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹
Village Health Volunteers' Knowledge, Attitudes, and
Perceived Self-Efficacy in Providing Palliative Care
for End-of-Life Patients¹

แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล* สุปรินญา สัมพันธ์รัตน์ จุลจรรยาพร สิ้นสิริ
Saengwan Tungsaengsakul^{2*} Suparinya Sumpuntharat² Chunjarabhon Sinsir³

¹ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
¹Granting supported by the Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
²Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี
³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

*Corresponding author: saengwan@nurse.th.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้าด้วยตนเอง เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายจำแนกตามระดับการศึกษา และประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เป็น อสม. ในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 245 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ .89 และแบบประเมินทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Kruskal-Wallis test

ผลการวิจัย พบว่า อสม. มีความรู้และทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ระดับปานกลาง ($M=13.59$, $SD=2.39$; $M=2.81$, $SD=0.23$) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง ($M=3.17$, $SD=0.50$) อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างกัน แต่ทัศนคติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ อสม. ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่แตกต่างกัน

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้เพิ่มเติม มีทัศนคติที่ดีและคงไว้ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยระยะท้าย; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The objectives of this descriptive research were to examine the knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy levels of village health volunteers providing palliative care for end-of-life patients and to compare the knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients among village health volunteers with different educational levels and work experiences. The samples were 245 village health volunteers who worked in KlongLuang Municipality, Prathumthani and were selected by using proportionate stratified sampling procedures. The data were collected using a questionnaire consisted of demographic form, knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using KR-20 and yield .89 The reliabilities of attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients were examined using Cronbach's alpha coefficients and yield .73 and .94, respectively. Descriptive statistics and the Kruskal-Wallis test were used for data analysis.

The study found that the village health volunteers had a moderate level of knowledge ($M=13.59$, $SD=2.39$), a moderate level of attitudes ($M=2.81$, $SD=0.23$), and a high level of perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients ($M=3.17$, $SD=0.50$). In terms of education level, no statistically-significant difference was found in the village health volunteers' knowledge and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients. In terms of attitudes, statistically-significant difference was found in providing palliative care for end-of-life patients. There was no significantly different among village health volunteers with different experiences on palliative care for end-of-life patients regarding to knowledge, attitudes and perceived self-efficacy.

Nurses and other healthcare providers should promote village health volunteers to enhance their knowledge and their attitudes on palliative care, to maintain their perceived self-efficacy on palliative care and to provide end of life patients in communities more effectively.

Keywords: end-of-life patients; palliative care; village health volunteers

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นกลุ่มวัยแห่งความเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ง่าย ประกอบกับการเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาการทางการแพทย์ที่ช่วยยืดชีวิตให้ยาวนานขึ้นทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเหล่านี้มีจำนวนมากขึ้น จะเห็นได้จากจำนวนและสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ¹ นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

อย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบว่าโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรกในทุกกลุ่มอายุโดยมีอัตราการตาย 112.8 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการตาย 43.3 คนต่อประชากรแสนคน² ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาให้หายขาดได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในอติตที่เน้นการรักษาอย่างเต็มที่ เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และสิ้นสุดลง เมื่อร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึงจะเริ่มกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

แต่ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคอง เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีแนวโน้มว่าจะมีอาการจะทรุดลงเรื่อยๆ ความรู้กับการจัดการอาการของผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนหลังผู้ป่วยเสียชีวิต³

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าหมายถึง “วิธีการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การระบุผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินปัญหา การดูแลความเจ็บปวด และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ”⁴ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกที่ดี เนื่องจากเป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ทำให้ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่างๆ ร่วมกับประสานงานระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพหลายสาขาเพื่อให้สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้มากที่สุด

ในบริบทของการดูแลสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนหนึ่งในทีมบุคลากรสาธารณสุขที่มีจิตอาสาในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และเป็นแบบอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ สามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นติดต่อประสานงานและขอความช่วยเหลือกับบุคลากรทางสาธารณสุขและหน่วยงานสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้⁵ อีกทั้งหลายครอบครัวในชุมชนมีความต้องการและมีความพึงพอใจในการเข้ามามีส่วนร่วมของ อสม. ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁶ จึงกล่าวได้ว่า อสม. เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้เป็นอย่างดี และสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพ⁷ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่บ้าน อสม. จึงมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากอยู่ในชุมชนนั้นๆ สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวได้ง่าย รวมทั้ง

เข้าใจสภาพสังคม ความเชื่อและวัฒนธรรมของคนในชุมชน หาก อสม. มีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และความรู้สึกรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. มีเพียงการศึกษาในกลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ เช่น การศึกษาความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ($r=0.121$, $p<.05$)⁹ และทัศนคติในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r=0.44$, $p<.01$)¹⁰ และการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลทั้งในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน หลังสิ้นสุดการจัดโครงการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)¹¹ ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มของ อสม. เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า อสม. มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนคือ การเยี่ยมบ้าน แต่มีอุปสรรคในด้านความรู้ ประสบการณ์ในการสื่อสารและการช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วยระยะท้าย จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเชื่อถือในตัว อสม.¹² นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. ควรได้รับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและการช่วยประสานการเข้าถึงบริการขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน⁶ ดังนั้นหาก อสม. มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดี ย่อมมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹³ อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและแหล่งกำเนิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการปฏิบัติของบุคคลคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experiences)¹³ เห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า อสม. ที่ได้รับโปรแกรมมีทั้ง

ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁴ จึงกล่าวได้ว่าความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁴ ร่วมกับแนวทางหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทของอาสาสมัครชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลพื้นฐานด้านร่างกาย การดูแลอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม การดูแลพื้นฐานด้านจิตใจ การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต และการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์⁵ ทั้งนี้หาก อสม. มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหรือเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้ายหรือมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในครอบครัวตนเอง หรือเคยมีประสบการณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนร่วมกับทีมบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องความต้องการพื้นฐานทั่วไป ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจนในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ดำเนินงานบริการด้านสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่งและคลองสองร่วมกับกองสาธารณสุข เทศบาลเมืองคลองหลวง และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามระดับการศึกษาและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับใด
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับการศึกษาและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁴ ร่วมกับหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่มุ่งเน้นให้ อสม. เรียนรู้เกี่ยวกับความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทของอาสาสมัครชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลพื้นฐานด้านร่างกาย การดูแลอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลพื้นฐานด้านจิตใจ การดูแลที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม การดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และการสร้างพลังแห่งชีวิต⁵ ในการประเมินระดับความรู้ (knowledge) ทักษะ (attitude) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ อสม. ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและระยะใกล้เสียชีวิต 2) การจัดการอาการด้านร่างกาย 3) การดูแลด้านจิตสังคม

4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้องค์ประกอบตามแนวคิดดังกล่าว สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่จะสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive study)

ประชากร คือ อสม. ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มบุคคลในชุมชนตามกลุ่มวัย ตามมาตรฐานสมรรถนะของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554¹⁵ ภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่งและคลองสอง จำนวน 583 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง คัดเลือกคุณสมบัติโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1) ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม. โดยสามารถดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้

2) ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียงผู้ป่วยระยะท้าย หรือมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีประสบการณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ อสม. เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยที่เป็นเชิงบรรยายของ Yamane¹⁶ โดยการประมาณสัดส่วนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จากจำนวนประชากร 583 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 237 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional sampling) ของ อสม. ตามเขตพื้นที่ปฏิบัติงานและได้คำนวณเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 260 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่ง 207 คน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสอง 58 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2560 ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วน

สมบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 245 คน คิดเป็นร้อยละ 94.23

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาและพื้นที่ในการปฏิบัติงาน ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หรือผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเคยช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในบทบาทหน้าที่ อสม.

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามและดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ ภายหลังการฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย⁵ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁷ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 0.00-11.90

(คะแนน <60%)

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.80

(คะแนน 60-79%)

ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 15.90-20.00

(คะแนน >80%)

ชุดที่ 2 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามและดัดแปลงมาจากแบบวัดทัศนคติบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของ Ruansri, et al.⁹ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบจากคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 4, 3, 2 และ 1 ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3 และ 4 เมื่อตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ การแปลผลคะแนน

พิจารณาตามเกณฑ์ของ Rodsom, et al.¹⁸ กำหนดแบ่งระดับคะแนนทัศนคติ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00

ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของ Ruansri, et al.⁹ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ (มั่นใจมากที่สุด = 4 คะแนน) (ปานกลาง = 3 คะแนน) (ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน) (ไม่มั่นใจ = 1 คะแนน) การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Rodsom, et al.¹⁸ กำหนดแบ่งระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00

ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปทดลองใช้กับ อสม. ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคลองหลวง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .89 และแบบประเมินทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73 และ .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการวิจัยที่ 146/2559 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองคลองหลวง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และประสานงานผ่าน

เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองคลองหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหนึ่งและคลองสอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะเข้าพบและคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 3 วิธี คือ 1) วันที่มีการประชุมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ประสานงานกับประธาน อสม. เพื่อนำลงพื้นที่แต่ละชุมชนเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง ในวันและเวลาที่สะดวก 3) ให้ประธาน อสม. แต่ละชุมชนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยคืนให้กับผู้วิจัย

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด ประโยชน์ที่ได้รับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับความสมัครใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาและการวิจัยเท่านั้น สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่หรือการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ไม่จำกัดเวลา ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ในวันที่มีการประชุมหรือที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็น อสม. จำนวน 245 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.4) มีอายุระหว่าง 46-59 ปี (ร้อยละ 47.3) อายุเฉลี่ย 56.90 ปี (SD=9.25) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 64.9) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.1) รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 13.5) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 49.0) ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเป็น อสม. 9.12 ปี (SD=4.18) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 28.6) และมีประสบการณ์

ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นบุคคลในครอบครัวตนเอง (ร้อยละ 46.9)

2. ระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม.

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ ($M=13.59$, $SD=2.39$) ทักษะ ($M=2.81$, $SD=0.23$) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับสูง ($M=3.17$, $SD=0.50$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมของอสม. (N=245)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	Min-Max	M(SD)	ระดับ
ความรู้	0-20	6-20	13.59(2.39)	ปานกลาง
ทักษะ	1.00-4.00	2.25-3.55	2.81(0.23)	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.00-4.00	1.73-4.00	3.17(0.50)	สูง

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อพบว่า ด้านที่มีข้อคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การดูแลด้านจิตสังคมคือ “การดูแลจิตใจผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะโศกเศร้า ต้องหาสาเหตุและแก้ไขเร็วที่สุด” และการจัดการ

อาการที่พบบ่อยด้านร่างกาย คือ “อาการคลื่นไส้อาเจียนเมื่ออาหาร น้ำหนักลด หมายถึง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต” ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ 2 ข้อ ที่มีคะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน (N=245)

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	M	SD
1. ด้านบทบาทของ อสม.		
- อสม. ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการให้กำลังใจและซื้อของเยี่ยมเท่านั้น	0.33	0.47
- การดูแลแบบประคับประคอง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน	0.33	0.47
2. การจัดการอาการที่พบบ่อยด้านร่างกาย		
- อาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาหาร น้ำหนักลด หมายถึง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	0.29	0.45
- ไม่ควรใช้ยาแก้ปวดบ่อยๆในผู้ป่วยระยะท้าย เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยติดยาได้	0.31	0.46

ตาราง 2 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง	M	SD
3. การดูแลด้านจิตสังคม		
- การดูแลจิตใจผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะโศกเศร้า ต้องหาสาเหตุและแก้ไขเร็วที่สุด	0.21	0.40
- ผู้ป่วยระยะท้าย ควรอาศัยอยู่กลางเมือง เพื่อเข้าถึงการช่วยชีวิตได้อย่างรวดเร็ว	0.42	0.49
4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ		
- การจัดการสิ่งที่ค้างคาใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความตายด้วยความสงบ	0.89	0.35
- สิ่งที่เหมาะสม ควรปฏิบัติ คือ การให้ผู้ป่วยได้ทำตามความปรารถนา	0.91	0.28

ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อพิจารณาารายด้านและรายข้อพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำได้แก่ การดูแลด้านจิตสังคมคือ “การพูดคุยเรื่องความตายให้ผู้ป่วยได้ยิน” และการจัดการอาการที่พบบ่งชี้ด้านร่างกายคือ “ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการเหนื่อยหอบ ควรได้รับออกซิเจนอยู่ในโรงพยาบาล” ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ 2 ข้อ ที่มีคะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน (N=245)

ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง	M	SD
1. ด้านบทบาทของ อสม.		
- ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ มากกว่าครอบครัว และ อสม.	2.33	0.84
- ครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ต้องการความช่วยเหลือจาก อสม. ในยามฉุกเฉิน	2.67	0.83
2. การจัดการอาการที่พบบ่งชี้ด้านร่างกาย		
- ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการเหนื่อยหอบ ควรได้รับออกซิเจนอยู่ในโรงพยาบาล	1.99	0.74
- ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรได้รับน้ำเกลือเท่านั้น	2.16	0.78
3. การดูแลด้านจิตสังคม		
- การพูดคุยเรื่องความตายให้ผู้ป่วยได้ยิน	1.87	0.73
- ผู้ป่วยระยะท้ายอาจรู้สึกโกรธ จากการเป็นภาระต่อบุคคลในครอบครัว	2.95	0.76
4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ		
- ควรให้ผู้ป่วยเตรียมใจ และปล่อยวาง เฉพาะในช่วงระยะใกล้เสียชีวิตเท่านั้น	2.23	0.81
- การตัดสินใจดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านขึ้นกับผู้ป่วยเพียงคนเดียว	2.34	0.77

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายเมื่อพิจารณาารายด้านและรายข้อพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำได้แก่ การดูแลด้านจิตสังคมคือ “การพูดคุยเรื่องความตายให้ผู้ป่วยได้ยิน” และการจัดการอาการที่พบบ่งชี้ด้านร่างกายคือ “ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการ

เหนื่อยหอบ ควรได้รับออกซิเจนอยู่ในโรงพยาบาล” และด้านบทบาทของ อสม. คือ “ประสานขอความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ที่บ้านได้” ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ 2 ข้อ ที่มีคะแนนต่ำสุดในแต่ละด้าน (N=245)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคอง	M	SD
1. ด้านบทบาทของ อสม.		
- ประสานขอความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆที่บ้านได้	2.80	0.90
- ขอความช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านจากพยาบาลในชุมชนได้	3.25	0.77
2. การจัดการอาการที่บ่งบอด้ร่างกาย		
- เข้าใจความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้ายได้	3.28	0.70
- ช่วยเหลือผู้ป่วยให้รู้สึกสบายขึ้นได้ ขณะที่มือมีการปวด	3.45	0.63
3. การดูแลด้านจิตสังคม		
- สอบถามสาเหตุ ความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างสม่ำเสมอ	3.28	0.70
- อยู่เป็นเพื่อน เป็นผู้ฟังที่ดี พุดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้	3.45	0.63
4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ		
- ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้	2.77	0.88
- ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิตได้	3.11	0.86

3. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม.

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ทั้ง 3 ระดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .31$ และ $p = .43$) ตามลำดับ ส่วนทักษะพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .04$) ดังแสดงในตาราง 5 ซึ่งค่าเฉลี่ย

ของอันดับ (mean rank) ของกลุ่มที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา เท่ากับ 111.61 ชั้นมัธยมศึกษา เท่ากับ 131.90 และชั้นปวส./ป.ตรี เท่ากับ 142.96 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละกลุ่มเป็นรายคู่ ด้วยสถิติ Dunn with Bonferroni correction พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มที่จบระดับชั้นประถมศึกษา กับมัธยมศึกษา (Std. Error=9.51, $p = .09$) ชั้นประถมศึกษา กับปวส./ป.ตรี (Std. Error=16.08, $p = .15$) ชั้นมัธยมศึกษา กับปวส./ป.ตรี (Std. Error=16.31, $p = 1.00$) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามระดับการศึกษาของ อสม. (N=245)

ตัวแปร	ประถมศึกษา(n=120) Mdn(IQR)	มัธยมศึกษา(n=102) Mdn(IQR)	ปวส./ป.ตรี(n=23) Mdn(IQR)	p-value
ความรู้	13.00(2.00)	14.00(4.00)	13.00(4.00)	.31
ทักษะ	2.75(0.25)	2.80(0.25)	2.85(0.30)	.04*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.20(0.73)	3.13(0.25)	3.20(0.80)	.43

* $p < .05$, Kruskal-Wallis test

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ทั้ง 4 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .41$, $p = .69$ และ $p = .08$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคำมัยฐานความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. (N=245)

ตัวแปร	ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย				p-value
	ครอบครัว (n=115)	ชุมชน (n=54)	ทั้งครอบครัว และชุมชน(n=61)	ไม่เคยมีประสบการณ์ แต่ได้อบรม(n=15)	
	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)	
ความรู้	13.00(3.00)	13.00(3.00)	14.00(4.00)	14.00(5.00)	.41
ทักษะคิด	2.80(0.25)	2.80(0.31)	2.75(0.30)	2.85(0.45)	.69
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.13(0.73)	3.13(0.57)	3.33(0.63)	2.86(1.13)	.08

*p < .05, Kruskal-Wallis test

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีความรู้ต่ำ คือ การดูแลด้านจิตสังคมในประเด็นเรื่อง การดูแลจิตใจผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะโศก ต้องหาสาเหตุและแก้ไขเร็วที่สุด อาจเกิดจากที่ผ่านมาการอบรมให้ความรู้กับอสม. ในแต่ละเดือนนั้นยังไม่ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับวิธีการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบกับการเข้าใจในความรู้สึกและปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อการสูญเสียในแต่ละระยะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน เข้าใจได้ยากขึ้นกับพื้นฐานของแต่ละบุคคลจึงทำให้ อสม. ไม่รู้วิธีการดูแลด้านจิตใจ ส่วนการจัดการอาการที่พบบ่อยด้านร่างกาย พบว่า อสม. ไม่ทราบอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต จึงอาจทำให้ อสม. ไม่สามารถจัดการอาการดังกล่าวได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครชุมชน พบว่า การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและไม่เฉพาะเจาะจงยังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย¹² อย่างไรก็ตามไม่เพียงเฉพาะ อสม. เท่านั้นที่มีความรู้ไม่เพียงพอในประเด็นนี้เหล่านี้ แม้แต่พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในส่วนของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือนักเรียนพยาบาลเอง ก็ยังมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นส่วนน้อยอยู่^{19,20}

ทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีทัศนคติต่ำ ได้แก่ การดูแลด้านจิตสังคมเกี่ยวกับการพูดเรื่องความตายให้ผู้ป่วยได้ยิน และการจัดการอาการที่พบบ่อยด้านร่างกายในเรื่อง

อาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยระยะท้าย จึงควรได้รับออกซิเจนอยู่ในโรงพยาบาลมากกว่าที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า อสม. ยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในการช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายด้านร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาหรือการส่งเสริมจิตใจให้สงบปล่อยวาง ประกอบกับยังมีความเชื่อเดิมว่า การพูดเรื่องความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srimunta and Trongdee²¹ เกี่ยวกับภาพสะท้อนความคิดความเชื่อจากถ้อยคำในภาษาไทย พบว่า คำว่า “ตาย” เชื่อว่าคำนี้ พูดแล้วไม่ดี เป็นลางร้าย พูดแล้วไม่เหมาะสมเป็นถ้อยคำรุนแรงหรือตรงเกินไป จำเป็นต้องเลี่ยงใช้คำอื่นแทนจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารของบุคลากรสุขภาพในเรื่องความตายมีความสำคัญกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เห็นได้จากการศึกษาของ Srisuwan, et al.²² พบว่า ทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ดังนั้นการให้ความรู้ควรทำควบคู่กับการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีในการสื่อสารเรื่องความตายและเสริมทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เมื่ออยู่ที่บ้าน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเกิดจากพื้นฐานความเอื้ออาทรต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือจากการเป็นสมาชิกในชุมชนเดียวกัน และสอดคล้องกับบทบาท หน้าที่ของ อสม. ที่ต้องรับฟังปัญหาและสอบถามความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกระบุไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมของสภาการพยาบาล⁵ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในครอบครัวและชุมชน จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของ

ตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างมั่นใจ แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อสม. มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำในการดูแลด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการหาสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว อาจเป็นไปได้ว่า อสม. ไม่ใช้บุคคลใกล้ชิดเทียบเท่ากับสมาชิกในครอบครัว จึงไม่สามารถค้นหาสิ่งที่มีคุณค่า สิ่งที่น่าปรารถนา หรือสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยระยะท้าย แม้แต่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10 ปี ยังตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้น้อยโดยเฉพาะในเรื่องการสนทนาเกี่ยวกับคุณค่า เป้าหมายชีวิต และความเชื่อในชีวิต หลังความตายของผู้ป่วย และมีความต้องการพัฒนาทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณมากที่สุด²³

อสม. ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ ระหว่างระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคอง อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ได้ถูกบรรจุในหลักสูตรการศึกษาไทย รวมถึงหลักสูตรฝึกอบรมตามมาตรฐาน อสม. แต่ผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการจัดฝึกอบรมให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย โดยกำหนดรูปแบบการอบรมให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของ อสม.

ส่วน อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ถึงแม้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว²² อธิบายได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัวมีความซับซ้อนและมีหลากหลายมิติ ทั้งรูปแบบการให้บริการของ อสม. ที่บ้าน คือการเยี่ยมบ้าน เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและการประเมินภาวะสุขภาพเท่านั้น²⁴ แต่ อสม. มีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาทั้งด้านองค์ความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว¹²

สรุป

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของ อสม. ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า มีความรู้ ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และ อสม. ที่มีระดับการศึกษาและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับครอบครัวที่บ้านได้ จำเป็นต้องประกอบด้วยปัจจัยทั้งในด้านความรู้ ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เสริมสร้างทักษะอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายโดย อสม. ได้อย่างยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย เช่น ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านแรงจูงใจ เป็นต้น และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนฝึกอบรม อสม. ในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Social Development and Human Security. Social statistics document [Internet]. Bangkok: Information and Communication Technology Center; 2015 [cited 2016 Oct 5]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
2. Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary. Public Health Statics [Internet]. Bangkok: Ministry of public health; 2015 [cited 2016 Mar 23]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf

3. Kurat S, Parakho P, Suwannakoat S. Palliative care: Nurse's role in end of life care [Internet]. Bangkok: SiMahaSarakham Nurse College, Ministry of public health; 2015 [cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories/end%20of%20life.pdf>
4. World Health Organization. Fact sheet on palliative care 2017 [Internet]. [cited 2017 Aug 25]. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
5. Nursing and Midwifery Council. The National Health Commission Office, The Nurse's Association of Thailand. The course training's village health volunteer of palliative care for the end of life patients and Manual. Bangkok: Judthong; 1013. Thai
6. Thanapop S, Kwanchuea R. The need of palliative care for the end-of-life chronic patients in a community: A case study of a primary care unit/network. The Public Health Journal of Burapha University. 2015; 10(2): 13-25. Thai
7. Fernandes R, Braun K, Ozawa J, et al. Home-based palliative care services for underserved populations. J Palliat Med. 2010; 13(4): 413-9. doi: 10.1089/jpm.2009.0216.
8. Department of Medical Services. Palliative care 2014 [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health [cited 2016 Jan 10]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th>.
9. Ruansri P, Pothiban L, Nanasilp P. Knowledge, attitudes, and practices among health care personnel pertaining to terminal care for older patients with chronic illness. Nursing Journal. 2015; 42(2): 24-35. Thai
10. Chukaew S, Sirapo-ngam Y, Prapaipanich W. Knowledge, attitude and practice perceived by nurses in helping and promoting caregivers' health. Rama Nurs J. 2012; 18(2): 126-40. Thai
11. Hanprasitkam K, Patoomwan A, Churaitatsanee S, et al. The effect of an end-of-life care education program on nurses' knowledge, attitude, and practice in caring for end-of-life patients. Rama Nurs J. 2011; 17(1): 126-40. Thai
12. Luvira V, Srikha P, Pairojkul S. Community-based palliative care by volunteers: Perceptions of village health volunteers in a community of KhonKaen Province. Srinagarind Med J. 2013; 28(2): 199-240. Thai
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
14. Prombutr P, Sookpool A, Phinyo K, et al. The effect of self-efficacy program toward knowledge and self-efficacy of village health volunteers in diabetic and hypertension patient care in community in northeast province. Songklanagarind J Nurs. 2015; 35(2): 113-28. Thai
15. Division of Public Health, Khlongluang Municipality. Generality and basic data document [Internet]. Bangkok: Administrative Municipality's Khlongluang; 2015 [cited 2016 May 8]. Available from: <http://www.khlongluang.go.th/>
16. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
17. Bloom BS. Taxonomy of education objective, handbook I: Cognitive domain. New York: David Mackay; 1984.
18. Rodsom A, Kijsonporn J, Howarn C. Knowledge and practice on palliative care among trained health workers. Journal of Health Science. 2015; 24(3): 468-78. Thai
19. Maneesri R, Prasertsri N, Pradubthong O. Undergraduate nursing students' knowledge and attitudes regarding pain management. Journal of Nursing Division. 2012; 39(2): 66-78. Thai

20. Shahnazi H, Saryazdi H, Sharifirad G, et al. The survey of nurse's knowledge and attitude toward cancer pain management: Application of health belief model. *J Educ Health Promot.* 2012; 1: 1-4. doi: 10.4103/2277-9531.98573
21. Srimunta T, Trongdee T. Euphemism in contemporary Thai and Mandarin Chinese. *Chophayom journal.* 2013; 24: 3-19. Thai
22. Srisuwan N, Matchim Y, Nilmanat K. Nurses' competency in communication with patients at the end of life and their families and related factors. *Songklanagarind J Nurs.* 2014; 34(3): 109-124. Thai
23. Daodee S, Thai nurses' caring behaviors: Dying patients' care. *Journal of Nursing Science Naresuan University.* 2008; 2(2): 62-78. Thai
24. Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2016; 26(3): 41-51. Thai.