

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
Factors Influencing the Performance of Palliative Care Roles among
Community Nurses, Maha Sarakham Province

พงศกร สีทิต* วรณรัตน์ ลาวัง** พรนภา หอมสินธุ์***
Pongsagon Sitit* Wannarat Lawang** Pornnapa Homsin***

บทคัดย่อ

พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวยังไม่ได้รับการศึกษาครอบคลุมและลึกซึ้งเพียงพอ การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและศึกษาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 240 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 และใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาทฯ แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาทฯ

Received: May 6, 2025

Revised: December 9, 2025

Accepted: December 25, 2025

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131. E-mail: pongsagon.sit@gmail.com

* Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131. E-mail: pongsagon.sit@gmail.com

** Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131. E-mail: lawang@go.buu.ac.th

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131. E-mail: lawang@go.buu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131. E-mail: pornnapa@buu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131. E-mail: pornnapa@buu.ac.th

แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทฯ แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทฯ และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.99, 0.78 (KR-20), 0.99, 0.98, 0.99 และ 0.98 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean}_{\text{adj}} = 2.44$, $\text{S.D.} = 0.30$) ทั้งนี้ปัจจัยประสพการณ์การดูแล ($\beta = .48$) และทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($\beta = .28$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ ร้อยละ 51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{\text{adj}} = .51$, $F = 123.95$, $p < .001$) ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน โดยเน้นการเสริมทักษะในการปฏิบัติบทบาท โดยเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์น้อย พร้อมสนับสนุนให้พยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติบทบาท พยาบาลชุมชน ปัจจัยทำนาย

Abstract

Community nurses play a crucial role in providing palliative care for end-of-life patients at home, as they are the primary care personnel with the closest connections to individuals and communities. However, factors predicting their performance in this role have not been studied comprehensively or in sufficient depth. This predictive correlational study aimed to study the role of community nurses in palliative care for end-of-life patients and the predictive factors influencing this role. The sample comprised 240 community nurses in Maha Sarakham Province who met the specified criteria and were selected via cluster sampling. Data were collected from May to August 2024 using a six-part questionnaire: a palliative care role performance questionnaire, a role performance knowledge questionnaire, a role performance skills questionnaire, a role performance resource questionnaire, a role performance motivation questionnaire, and a role performance information access questionnaire. All instruments were reviewed for content validity by five experts and demonstrated reliability coefficients of 0.99, 0.78 (KR-20), 0.99, 0.98, 0.99, and 0.98, respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis.

The results indicated that community nurses in Maha Sarakham Province demonstrated a moderate level of palliative care role performance in caring for end-of-life patients ($\text{Mean}_{\text{adj}} = 2.44$, $\text{S.D.} = 0.30$). Caregiving experience ($\beta = .48$) and role performance skills ($\beta = .28$) jointly predicted 51% of the variance in palliative care role performance ($R^2_{\text{adj}} = .51$, $F = 123.95$, $p < .001$). Recommendations: A program should be developed to enhance community nurses' palliative care performance, with an emphasis on strengthening role-

related skills, particularly among nurses with limited experience. Experienced nurses should be supported to serve as mentors or consultants to improve the overall effectiveness of end-of-life palliative care within the community.

Keywords: palliative care, end of life patient, role performance, community nurse, predictors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดและได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า มีโอกาสเสียชีวิตภายในเวลาอันใกล้¹ รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลกที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ที่ต้องการการดูแลลักษณะนี้กว่า 56 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 54 ล้านคนในปี พ.ศ. 2554² ซึ่งเกินกว่าการคาดการณ์เดิมที่ 40 ล้านคน³ สำหรับประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 178,283 ราย (ความชุก 268.61 ต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นเป็น 193,555 ราย (ความชุก 292.47 ต่อแสนประชากร) เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2563-2564 มีจำนวน 70,269 ราย (ความชุก 438.02 ต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นเป็น 80,991 ราย (ความชุก 507.74 ต่อแสนประชากร) สำหรับจังหวัดมหาสารคามนั้นมีแนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2563-2564 มีผู้ป่วยจำนวน 2,374 ราย (ความชุก 357.94 ต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นเป็น 2,462 ราย (ความชุก 369.17 ต่อแสนประชากร)⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าว หากระบบบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ยังคงเน้นให้การรักษามาถึงวาระสุดท้ายมากกว่าการดูแลแบบประคับประคอง อาจนำไปสู่การใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็น “สิทธิขั้นพื้นฐาน” ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้รับอย่างเท่าเทียม³ และส่งเสริมให้แต่ละประเทศจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างทั่วถึง ดังเช่น สหราชอาณาจักรและออสเตรเลียได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ในทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีพยาบาลชุมชนเป็นแกนกลาง และใช้เครื่องมือประเมินการให้บริการเฉพาะทาง⁵ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และลดภาระของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต สำหรับประเทศไทย แม้แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้ระบุให้บริการประคับประคองเป็นบริการที่ควรเข้าถึงได้ในทุกระดับบริการ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ⁶ แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง ระบบส่งต่อที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ความไม่ต่อเนื่องของทรัพยากรสนับสนุน รวมทั้งการถ่ายโอนภารกิจ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงมหาดไทยซึ่งทำให้

พยาบาลชุมชนต้องขยายบทบาทจากผู้ปฏิบัติสู่การบริหารจัดการเครือข่ายโดยเร่งด่วน ท่ามกลางการสนับสนุนที่ยังไม่ทั่วถึง⁷

การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถกระทำและเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงสุดท้ายของชีวิต⁸ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีเพียงประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับบริการประคับประคองอย่างเพียงพอ โดยอุปสรรคสำคัญประกอบด้วยการขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ งบประมาณจำกัด ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการขาดข้อมูลหรือการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม³ การศึกษานี้วิเคราะห์การปฏิบัติบทบาทพยาบาลชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพ⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดองค์ประกอบการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการบริหารจัดการการดูแล ได้แก่ การจัดระบบการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดหาทรัพยากร อุปกรณ์ และสร้างเครือข่ายสนับสนุนการดูแล^{10,11} (2) ด้านการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ การประเมิน วางแผน ให้การดูแล ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ครอบครัว ประสานงาน และติดตามผลทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต^{5,9,12-14} และ (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ การนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมและพัฒนาระบบบริการในอนาคต¹⁵⁻¹⁷

อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมส่วนใหญ่ยังมุ่งศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น เน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการพยาบาลเชิงคลินิกมากกว่า¹⁸ เน้นบริบทการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นหลัก¹⁰ รวมถึงเน้นการจัดการอาการและการดูแลแบบทีมสหสาขาในโรงพยาบาลเป็นสำคัญ¹⁹ ซึ่งยังไม่สะท้อนการปฏิบัติบทบาทการดูแลในชุมชนอย่างเพียงพอ ขณะที่วรรณกรรมด้านพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิในบางเขตสุขภาพ⁵ หรือการเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁰ แม้สะท้อนการปฏิบัติบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชน แต่ยังขาดงานศึกษาที่ลงลึกในบริบทพื้นที่จริงของแต่ละจังหวัด ส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทเฉพาะทางของพยาบาลชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองยังไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในจังหวัดมหาสารคาม

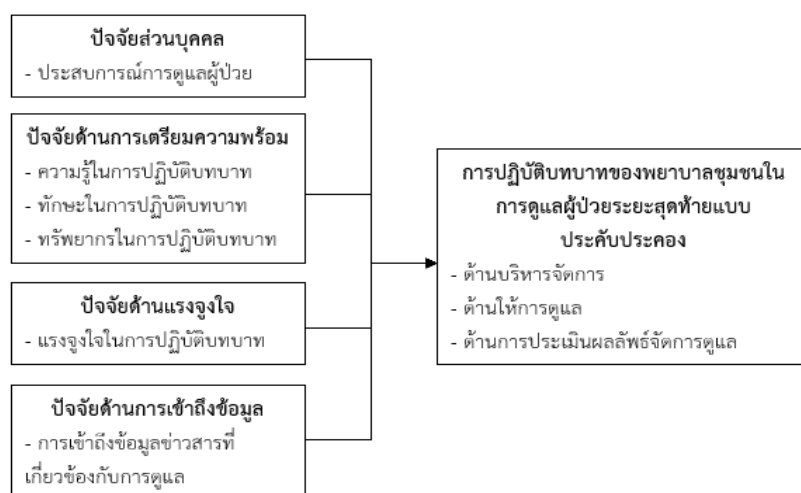
จากแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก²⁰ ที่เน้นกรอบพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการที่วาง “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” และให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทการดูแลของเครือข่ายระดับจุลภาค ได้แก่ ครอบครัว ภาควิชา และพยาบาลชุมชนและบุคลากรปฐมภูมิ ภายใต้หลักการ Prepared–Motivated–Informed ที่มุ่งให้บุคลากรปฐมภูมิมีความพร้อม มีแรงจูงใจ และมีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ เมื่อนำกรอบนี้มาประยุกต์ในการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีหลายด้าน ได้แก่ ประสพการณ์การดูแล ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับความมั่นใจ ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน¹⁷ ความรู้และทักษะด้านการดูแลระยะสุดท้าย เป็นฐานสำคัญของคุณภาพการประเมิน วางแผน และการให้การดูแล หากมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะย่อมส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{5,11,12,21,22} นอกจากนี้ ทรัพยากรสนับสนุนการดูแล ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ บุคลากร งบประมาณ หรือระบบสนับสนุนอื่น ๆ

ช่วยให้เกิดความคล่องตัว ความต่อเนื่องในการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน⁵ เช่นเดียวกับ แรงจูงใจในการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเชื่อมโยงกับทัศนคติที่ดีและส่งเสริมความมุ่งมั่นเต็มใจในการปฏิบัติอย่างจริงจัง^{5,11,13,14} ท้ายที่สุด การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันสมัย ช่วยให้เกิดความแม่นยำในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทจริง ช่วยลดความคลุมเครือและเพิ่มคุณภาพของบริการ^{5,21}

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งต้องปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต แต่ถ้าวการศึกษาที่เกี่ยวกับพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ บริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำลังเปลี่ยนแปลงจากการถ่ายโอนรพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁷ ส่งผลให้จังหวัดมหาสารคามมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาหลักสูตร การอบรม และนโยบาย เพื่อยกระดับระบบการดูแลแบบประคับประคองในบริบทปฐมภูมิให้เหมาะสมกับโครงสร้างบริการสุขภาพไทยที่เปลี่ยนแปลง และสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICCC) ขององค์การอนามัยโลก²⁰ ซึ่งเป็นกรอบที่มุ่งเน้น “การดูแลที่มีผู้ป่วยเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง” โดยมองว่า การดูแลที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นจากระบบสนับสนุนระดับจุลภาค (micro-level) ที่ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบดังกล่าวประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัว ภาควิชาหรือหน่วยงานในชุมชน และทีมสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบาง รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ละเอียดอ่อนและต่อเนื่อง ตามแนวคิด ICCC ทีมสุขภาพระดับจุลภาคจะสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพเมื่อมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีทีมที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (prepared) การมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (motivated) และการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและทันสมัย (informed)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สำหรับพยาบาลชุมชน (1) การเตรียมความพร้อม ให้มีความรู้ ทักษะทางคลินิก และทรัพยากร ในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และมีความมั่นใจมากขึ้น (2) แรงจูงใจ ถือเป็นองค์ประกอบที่เสริม ให้พยาบาลชุมชนมีพลังในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งแรงจูงใจภายใน เช่น การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าของพยาบาล และแรงจูงใจภายนอกหรือปัจจัยภายนอก เช่น ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน นโยบายที่ชัดเจน หรือบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการให้บริการ หากพยาบาลได้รับแรงขับเคลื่อนทางบวก ย่อมทำให้เกิดความพยายามในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างลึกซึ้งและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น (3) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย เช่น แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารแหล่งบริการหรือหน่วยบริการที่จะทำให้พยาบาลชุมชนสามารถวางแผนการดูแล ประสานงาน และให้บริการอย่างสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนี้ ประสิทธิภาพ การดูแล แม้กรอบแนวคิด ICCC มิได้กล่าวโดยตรง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีผลต่อความ เชื่อวชาญและความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นงานที่อาศัย ทักษะเชิงลึกและความเข้าใจทั้งด้านคลินิก จิตสังคม และบริบทครอบครัว

จากข้างต้น การประยุกต์กรอบ ICCC จึงสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทั้งยังช่วยอธิบายปัจจัยที่สนับสนุนคุณภาพการดูแลได้ อย่างครอบคลุมและมีความเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นตัวแปรตาม ร่วมกับคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ บทบาทดังกล่าว 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (2) ปัจจัยด้านการเตรียม ความพร้อม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรในการปฏิบัติงาน (3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และ (4) ปัจจัยด้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (ดังภาพที่ 1)

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการปฏิบัติบทบาทอย่างไร
2. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทรัพยากร ในการปฏิบัติบทบาทและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (ประสิทธิภาพการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อม (ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (แรงจูงใจ) และปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล (การเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วย)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล (ประสบการณ์การดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อม (ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (แรงจูงใจ) และปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล (การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดมหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 425 ราย ครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ≥ 1 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ≥ 1 ราย ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 แต่เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนมาก่อน จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .06 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลาง²³ และจำนวนตัวแปรอิสระ 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 234 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้เป็นจำนวน 260 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) โดยแบ่งอำเภอในจังหวัดมหาสารคามออกเป็นพื้นที่ราบสูงและพื้นที่ราบลุ่มตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ และสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ตามสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจาก 8 อำเภอ (2 อำเภอพื้นที่ราบสูง และ 6 อำเภอพื้นที่ราบลุ่ม) จากนั้นสุ่มรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจากแต่ละอำเภอจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire) มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนของกองการพยาบาล²⁴ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ (2) ด้านการให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ และ (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน เกณฑ์พิจารณาแบ่งตามค่าเฉลี่ยรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (2.71-4.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.41-2.70 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-1.40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.1 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)⁶ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ และ (2) ด้านการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จำนวน 5 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบถามตอบถูกหรือผิด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึงมีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทในระดับสูง เกณฑ์พิจารณาตามร้อยละ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

3.2 แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)⁶ และการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง²⁵ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ (1) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ และ (2) ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล จำนวน 7 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน เกณฑ์พิจารณาแบ่งตามค่าเฉลี่ยรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.71-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.41-3.70 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.40 คะแนน)

3.3 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากทรัพยากรสาธารณสุข²⁶ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร จำนวน 4 ข้อ (2) ด้านงบประมาณ จำนวน 4 ข้อ และ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.71-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.41-3.70 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.40 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg²⁷ จำนวน 13 ข้อ มีองค์ประกอบ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ และ (2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน ความมั่นคงของงาน ความร่วมมือภายในองค์กร นโยบายและการบริหารงาน จำนวน 7 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน เกณฑ์พิจารณาแบ่งตามค่าเฉลี่ยรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.71-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.41-3.70 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.40 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากทรัพยากรสาธารณสุข²⁶ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 3 ข้อ และ (2) ด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน จำนวน 2 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน เกณฑ์พิจารณาแบ่งตามค่าเฉลี่ยรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.71-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.41-3.70 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.40 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือทุกส่วนผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลชุมชน 2 ท่าน แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลที่จัดการระบบดูแลระยะยาว (care manager) 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน

ประกอบไปด้วย 6 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทและแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92, 0.92, 0.81, 0.95, 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ดำเนินการโดยทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (pilot group) จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยเครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ทั้งนี้ ได้คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha สำหรับแบบสอบถามทุกรายการ ยกเว้นแบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาทที่ใช้สถิติ KR-20 ผลการทดสอบพบว่าเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99, 0.78 (KR-20), 0.99, 0.98, 0.99 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-026/2567 ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรม ได้แก่ ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม และเมื่อได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง ให้ลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอม และกำหนดรหัสเลขประจำตัว ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ โดยแบบสอบถามออนไลน์จัดเก็บผ่าน Google Form ที่มีระบบรักษาความปลอดภัยสองชั้น แบบสอบถามกระดาษจัดเก็บในตู้ที่ล็อกสองชั้น รายงานผลวิจัยเฉพาะในภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังการเผยแพร่ผลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับหนังสืออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมจัดเตรียมเอกสาร ได้แก่ แบบสอบถาม หนังสือชี้แจงโครงการ และแบบแสดงความยินยอมในรูปแบบเอกสารและ Google Form พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบกระดาษและแบบออนไลน์ผ่าน Google Form เพื่อความสะดวกและรองรับสถานการณ์ COVID-19 โดยประสานกับพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ประสานงานประจำอำเภอในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ แแนบ QR-Code พร้อมหนังสือชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างตอบภายใน 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ไม่สะดวกใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยลงพื้นที่ชี้แจง แจกเอกสารและแบบฟอร์มยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที) และส่งคืนในซองปิดผนึก สำหรับแบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างตอบผ่านลิงก์ Google Form โดยระบบตั้งค่าป้องกันการส่งซ้ำ

3. ผู้วิจัยติดตามการตอบกลับแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ ผ่านการโทรศัพท์หรือส่งข้อความแจ้งเตือนอย่างสุภาพ จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามสรุปว่า ข้อมูลมีความสมบูรณ์มีทั้งหมด 240 คน (ร้อยละ 92.3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 26 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

(1) สถิติพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป และข้อมูลปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ยรายข้อ (M_{adj}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อช่วยให้เปรียบเทียบระดับการตอบในแต่ละด้านที่จำนวนข้อไม่เท่ากันได้ชัดเจน และ

(2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทฯ ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบวิธีขั้นตอน (stepwise multiple regression) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าตัวแปรตามและตัวแปรต้นเป็นข้อมูลเชิงปริมาณอยู่ในระดับอันตรภาคชั้นและมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากอัตราส่วนของ skewness อยู่ระหว่าง ± 1.69 ความแปรปรวนมีความสม่ำเสมอ (homoscedasticity) และไม่มีความสัมพันธ์กัน (autocorrelation) โดยวิเคราะห์สถิติ Durbin-Watson = 2.09 ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (multicollinearity) โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) น้อยกว่า .85 (ตารางที่ 1) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (linear relationship)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) มีอายุระหว่าง 25-56 ปี เฉลี่ย 40.40 ปี (S.D. = 7.97) อยู่ในวัยทำงานตอนกลาง (30-44 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 48.3 (n = 116) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย (45-59 ปี) ร้อยละ 40.0 (n = 96) ส่วนใหญ่จบการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.4 (n = 226) และได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น ร้อยละ 83.8 (n = 201) ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 67.9 (n = 163) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่าง 1-25 ปี เฉลี่ย 12.49 ปี (S.D. = 6.30) ช่วง 11-15 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 29.6 (n = 71) รองลงมา คือ 16-20 ปี ร้อยละ 22.5 (n = 54) ช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 21.3 (n = 51) ช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 15.4 (n = 37) และตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.3 (n = 27)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อม (ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (แรงจูงใจ) และปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูล (การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

2.1 ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท พยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มอย่างมีระดับความรู้ในการปฏิบัติบทบาทโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 68.4 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 12.52, S.D. = 2.02) โดยมีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 68.4 และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 8.45, S.D. = 1.71) และความรู้ด้านการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 87.0 และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean = 4.06, S.D. = 0.53)

2.2 ทักษะในการปฏิบัติบทบาท คณะนเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean_{adj} = 4.04$, $S.D. = 0.38$) ทุกด้านคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุดคือ ด้านการดูแลผู้ป่วย ($Mean_{adj} = 4.32$, $S.D. = 0.31$) รองลงคือ ด้านการสื่อสาร ($M_{adj} = 3.79$, $S.D. = 0.43$)

2.3 ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท คณะนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{adj} = 3.70$, $S.D. = 0.35$) โดยงบประมาณเป็นทรัพยากรที่มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($Mean_{adj} = 4.24$, $S.D. = 0.40$) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง ($Mean_{adj} = 3.94$, $S.D. = 0.28$) ขณะที่ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง $Mean_{adj} = 2.92$, $S.D. = 0.34$)

2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{adj} = 3.09$, $S.D. = 0.50$) สำหรับปัจจัยค่าจูงมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงกว่าปัจจัยจูงใจเล็กน้อย ($Mean_{adj} = 3.33$, $S.D. = 0.62$ และ $Mean_{adj} = 2.80$, $S.D. = 0.61$)

2.5 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในระดับปานกลาง ($Mean_{adj} = 3.19$, $S.D. = 0.67$) ในด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงานมี คะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงกว่าด้านแหล่งบริการ และหน่วยงานสนับสนุน ($Mean_{adj} = 3.35$, $S.D. = 0.73$ และ $Mean_{adj} = 2.96$, $S.D. = 0.72$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

พยาบาลชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{adj} = 2.44$, $S.D. = 0.30$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการให้การดูแลมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุด ($Mean_{adj} = 2.48$, $S.D. = 0.30$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินผลลัพธ์ ($Mean_{adj} = 2.45$, $S.D. = 0.33$) และด้านการบริหารจัดการ ($Mean_{adj} = 2.37$, $S.D. = 0.46$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยรายข้อ และระดับการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (n = 240)

การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	$Mean_{adj}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ด้านการบริหารจัดการ	2.37	0.46	ปานกลาง
ด้านการให้การดูแล	2.48	0.30	ปานกลาง
ด้านการประเมินผลลัพธ์	2.45	0.33	ปานกลาง
โดยรวม	2.44	0.30	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และระหว่างตัวแปรตามด้วยกันโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่า มีค่าน้อยกว่า 0.85 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบวิธีขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) และจากความสัมพันธ์ดังกล่าว นำไปสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบวิธีขั้นตอน (stepwise multiple linear regression)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (n = 240)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การปฏิบัติงาน	1.000	0.690*	0.578*	0.639*	0.619*	0.576*	0.557*
2. ประสบการณ์การดูแล		1.000	0.769*	0.745*	0.775**	0.786*	0.738*
3. ความรู้ในการปฏิบัติงาน			1.000	0.650*	0.677**	0.656*	0.594*
4. ทักษะในการปฏิบัติงาน				1.000	0.722**	0.743*	0.660*
5. ทรพยากรในการปฏิบัติงาน					1.000	0.759*	0.686*
6. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน						1.000	0.696*
7. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร							1.000

* $p < .001$

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน (n = 240)

ตัวแปรทำนาย	R ²	b	SE	Beta	t	p
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	.48	.71	.10	.48	7.06	< .001
ทักษะในการปฏิบัติงาน	.51	.44	.11	.28	4.13	< .001
Constant (ค่าคงที่)		37.81	5.58		6.77	< .001

$R^2 = .51$, $R^2_{adj} = .51$, $F_{(2, 237)} = 123.95$, $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบวิธีขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) เพื่อศึกษาความสามารถของตัวแปรในการทำนายการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของพยาบาลได้มากที่สุด ($\beta = .48$, $p < .001$) รองลงมาคือ ทักษะในการปฏิบัติงาน ($\beta = .28$, $p < .001$) ทั้งสองปัจจัยนี้ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนได้ร้อยละ 51 ($R^2 = .51$, $R^2_{adj} = .51$, $p < .001$) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 123.95$, $p < .001$) (ตารางที่ 3) และสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง = $37.81 + 0.48$ (ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย) + 0.28 (ทักษะในการปฏิบัติ)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean_{adj} = 2.44$, $S.D. = 0.30$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านการบริหารจัดการ ($Mean_{adj} = 2.37$, $S.D. = 0.46$), ด้านการให้การดูแล ($Mean_{adj} = 2.48$, $S.D. =$

0.30) และด้านการประเมินผลลัพธ์ ($\text{Mean}_{\text{adj}} = 2.45$, S.D. = 0.33) อยู่ในระดับปานกลาง แต่ในมิติด้านการบริหารจัดการและการประเมินผลลัพธ์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า “ด้านการให้การดูแล” อธิบายได้ว่า พยาบาลชุมชนต้องดำรงบทบาทหลากหลายพร้อมกัน ทั้งงานคลินิก งานเยี่ยมบ้าน และงานส่งเสริมสุขภาพ จึงไม่สามารถทุ่มเทเวลาเพื่อยกระดับความสามารถด้านการจัดการและการประเมินผลได้เทียบเท่ากับงานให้การดูแลโดยตรง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาททางด้าน พบว่า พยาบาลชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสะท้อนลักษณะงานที่เน้นการดูแลทางตรง (direct care) เช่น การเยี่ยมบ้านและติดตามอาการผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิด โดยบทบาทนี้ยังคงเป็นภารกิจหลักของพยาบาลที่อยู่แนวหน้าในชุมชน อย่างไรก็ตามการบูรณาการบริการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ยังเผชิญความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนในภาคอีสาน เช่น จังหวัดมหาสารคาม ที่มีก่ประสพปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (WHO แนะนำ ≥ 2.5 คน/พันประชากร ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ 1.47–2.37 คน/พันประชากร)²⁸ ทำให้พยาบาลชุมชนต้องรับภาระงานจำนวนมาก ต้องแบ่งเวลาระหว่างงานดูแลปกติกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเต็มที่

การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านการประเมินผลลัพธ์ อยู่ในระดับรองลงมา โดยเกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วย ประเมินคุณภาพชีวิต และตรวจสอบให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปตามมาตรฐาน ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจนต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นพื้นที่ชนบทมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต้องอาศัยเวลาและความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงาน

ในขณะที่การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านการบริหารจัดการ เป็นการปฏิบัติบทบาทที่ปฏิบัติต่ำที่สุด เนื่องมาจากการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต้องอาศัยการประสานงานและความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยงานรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยบริการทุติยภูมิที่สนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ตาม ภายใต้นโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น²⁰ ทำให้เกิดช่องว่างของระบบการส่งต่อและการประสานงานที่เคยเป็นระบบมาก่อน การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่ความล่าช้าในการเข้าถึงทรัพยากร ข้อมูล และบริการแบบประคับประคองในระดับชุมชน ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการบริหารจัดการได้อย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพรรณ ศรีคงชาย และคณะ⁵ ที่พบว่า พยาบาล รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 11 มีบทบาทด้านการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าบทบาทด้านการบริหารจัดการ

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า ประสพการณ์การดูแล และทักษะในการปฏิบัติบทบาท เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนได้ โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ได้ 51% และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าตัวแบบมีความสามารถในการทำนายในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลชุมชนถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นเสาหลักในองค์กรที่ทำให้หน้าให้การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จึงจำเป็นต้องมีประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลชุมชนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ มีความรวดเร็วในการตัดสินใจ รวมถึงสามารถบริหารจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวด หรือปัญหาทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการสิ้นสุดชีวิต ด้วยความเข้าใจและความคุ้นเคยกับบริบท และกระบวนการดูแล จึงสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ประสพการณ์เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาจึงพัฒนาและปรับตัวให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะในระยะสุดท้ายได้ สอดคล้องกับงานของ โยฮันเซน และเฮลเกเซน¹³ ซึ่งพบว่า ประสพการณ์ของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างบทบาทเชิงรุกในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนันท์ ไทยอัฐวิทย์ และอภิญา จำปามูล¹⁸ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.11) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11 ปี มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .125, p = .008$) และสามารถร่วมทำนายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 59.2 ($R^2 = .592, p < .05$)

นอกจากนี้ ทักษะในการปฏิบัติบทบาทในระดับสูงครอบคลุมทั้งการประเมินอาการ การจัดการอาการเจ็บปวด การดูแลจิตใจผู้ป่วย และการสื่อสารกับครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล และช่วยให้การให้บริการเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับภาระงานที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น²⁹ ที่สอดคล้องกับ อิคแมน และคณะ²² ศึกษาในบริบทของสถานพยาบาลและพื้นที่ประเทศของอินเดีย เป็นการศึกษาในการปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบประคับประคองเหมือนกัน ที่แนะนำว่าทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยให้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในรายที่มีความซับซ้อน สอดคล้องกับ เชกเซ่ และคณะ²⁹ ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะศึกษาในต่างประเทศ แต่เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองเหมือนกัน ที่พบว่า ในการบรรลุมอบบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลนั้น พยาบาลจำเป็นที่จะมีการฝึกอบรมทักษะการดูแล

เมื่อพยาบาลมีทั้งประสพการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสิทธิภาพในการปฏิบัติบทบาทจะสูงขึ้น ทั้งในด้านการบรรเทาอาการและการให้การดูแลด้านจิตใจและสังคม การผสมผสานระหว่างประสพการณ์และทักษะจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (ICCC)²⁰ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายการดูแล คือ พยาบาลชุมชน จำเป็นที่ต้องได้รับการเตรียมให้พร้อมในการดูแล (prepare) ได้แก่ การฝึกทักษะในการดูแล รวมไปถึงการเก็บรวบรวมประสพการณ์จากการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน

แม้ผลการวิเคราะห์เบื้องต้น พบว่า ความรู้ ทักษะการ แรงจูงใจ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน แต่เมื่อรวมเข้าในแบบจำลองถดถอยกลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่า คุณลักษณะเหล่านี้ อาจเสริมบทบาทได้ แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักในการกำหนดการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังเช่นแนวคิดของ ฮิคแมน และคณะ²² ที่ระบุว่า “แรงจูงใจเป็นกลไกเสริม” มากกว่าเป็นตัวทำนaylorหลัก โดยต้องทำงานร่วมกับทักษะและประสบการณ์จึงจะเกิดบทบาทที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ก็อธิบายได้ว่า แม้ว่าพยาบาลชุมชนจะมีความรู้ในระดับดี แต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริงอาจถูกจำกัดด้วยภาระงานสูง ความคาดหวังจากผู้ป่วย และข้อจำกัดของระบบบริการในพื้นที่ ซึ่งแตกต่างจากรายงานของ อรพรรณ คงศรีชาย และคณะ⁵ ที่พบว่า พยาบาลใน รพ.สต. หลายแห่งยังขาดความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยทั่วไปความรู้และทักษะมักสัมพันธ์กัน แต่ในทางปฏิบัติทักษะบางด้านอาจเกิดจากประสบการณ์มากกว่าความรู้เชิงทฤษฎี แม้ว่าพยาบาลชุมชนจะประเมินว่า มีทรัพยากรเพียงพอในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า วัสดุอุปกรณ์บางอย่างอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณหรือการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลมหรือเครื่องผลิตออกซิเจน ซึ่งส่งผลให้การดูแลไม่สามารถดำเนินได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ จึงไม่ใช่ปัจจัยกำหนดหลักในการคาดการณ์บทบาทโดยตรง แตกต่างจาก เซกเซ่ และคณะ²⁹ ที่ชี้ว่าทรัพยากรคือปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมบทบาทพยาบาล

แรงจูงใจของพยาบาลชุมชนอาจลดลงจากภาระงานสูง บรรยากาศที่ตึงเครียด และการไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอาจลดความรู้สึกมีคุณค่าในงานและความตั้งใจในการปฏิบัติ ต่างจาก โยฮันเซน และเฮลเกเซน¹³ ที่ชี้ว่าแรงจูงใจลดลงจากทัศนคติลบของพยาบาลต่อการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งในบริบทไทย แรงจูงใจจึงอาจได้รับผลจากปัจจัยแวดล้อมมากกว่าทัศนคติ สะท้อนความจำเป็นในการสนับสนุนทั้งด้านระบบงานและการยอมรับบทบาทอย่างเป็นรูปธรรม

ส่วนปัจจัยสุดท้าย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติบทบาทของพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ห่างไกลพยาบาลอาจประสบข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี เวลา และช่องทางการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำนaylorบทบาทไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่คาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเมล และแซนด้า³⁰ ที่ระบุว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมักขาดการเข้าถึงแนวทางการดูแล ส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติกรดูแล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนaylorบทบาทของพยาบาลชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และทักษะในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ส่วนปัจจัยความรู้ในการดูแล แรงจูงใจในการดูแลและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแล แม้มีความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถทำนaylorบทบาทได้ในแบบจำลองสุดท้าย

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาดำเนินการเฉพาะในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งอยู่ในช่วงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในแต่ละพื้นที่ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน อาจส่งผลต่อความแปรปรวนของข้อมูลตัวแปรด้านการปฏิบัติบทบาท
2. การใช้แบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองอาจเกิดความเอนเอียงจากการรับรู้ของผู้ตอบและส่งผลให้ข้อมูลอาจสูงกว่าหรือแตกต่างจากความเป็นจริง
3. การศึกษาเน้นเฉพาะการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน โดยไม่ได้ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือคุณภาพบริการ จึงไม่สามารถสรุปความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทและผลลัพธ์เชิงระบบได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลวิจัยไปใช้ ผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงาน

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลชุมชนได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะสมประสบการณ์โดยตรง
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นทักษะจำเป็น เช่น การประเมินอาการระยะสุดท้าย การสื่อสารกับครอบครัว และการจัดการความเจ็บปวด
3. พัฒนา ระบบพี่เลี้ยง/การสอนงานระหว่างพยาบาลรุ่นพี่และรุ่นใหม่ เพื่อถ่ายทอดทักษะจากประสบการณ์ตรง

การทำวิจัยในอนาคต พยาบาลและนักวิชาการควรนำผลงานวิจัยไปพัฒนาต่อยอด ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อบทบาทในบริบทของพยาบาล เช่น ภาระงาน สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลในพื้นที่ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา หรือการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ออกแบบแนวทางเสริมการปฏิบัติบทบาทพยาบาลชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับระบบบริการในพื้นที่ และศึกษาปัจจัยเชิงระบบเพิ่มเติม เพื่อให้การพัฒนามีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริง
3. เปรียบเทียบบริบทระบบบริการ ภาระงาน และทรัพยากรของพยาบาลชุมชนระหว่างจังหวัดหรือเขตสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจว่าบริบทใดส่งเสริมหรือจำกัดการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในมิติที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมบทบาทพยาบาลชุมชนให้เหมาะสมเฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Chulanont S. Ministerial regulations pursuant to section 12 of the National Health Act B.E. 2550 (2007). In: Jindawatthana A, editor. A guide for health service providers: laws and practices related to end-of-life care. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2016. p. 7-11. (in Thai)

2. Knaul F, Radbruch L, Connor S, de Lima L, Arreola-Ornelas H, Mendez Carniado O, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? In: Connor SR, editor. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020. p. 17-32.
3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. ICT (Information and Communication Technology Center). Health data center [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
5. Khongsrichay O, Noonil N, Jaraeprapal U. Palliative care roles of nurses in primary care units of Health Region 11. Rama Nurs J 2020;26(3):310-24. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. The Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
7. Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee. Manual for the transfer of missions of sub-district health promoting hospitals (RorPorSorTor) to the Provincial Administrative Organization (PAO). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Prime Minister's Office; 2021. p. 134. (in Thai)
8. Siraprapasiri P, Horatanaruang D, editors. Handbook for palliative and end-of-life patient care (for medical staff). Bangkok: Office of Printing Affairs, War Veterans Organization; 2020. (in Thai)
9. Sanonthong K. Community health nursing and the roles of community nurse [Internet]. 2016 [cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html> (in Thai)
10. Junchom K, Sangsai Y, Polsavat B. Empowering family and community in end-of-life care: important role of nurses. J Health Sci BCNSP 2021;5(2):12-24. (in Thai)
11. Prichayudh N, Chatgitisan A, Khunin N, Junda T. Role synthesis of pediatric palliative care nurse in Ramathibodi Hospital: document research. Journal of Nursing Siam University 2021;22(42):60-74. (in Thai)
12. Suprayitno E, Setiawan I. Nurses' roles in palliative care: an islamic perspective. Belitung Nurs J 2021;7(1):50-4. doi: 10.33546/bnj.1254.
13. Johansen H, Helgesen AK. Palliative care in the community-the role of the resource nurse, a qualitative study. BMC Palliat Care 2021;20(1):157. doi: 10.1186/s12904-021-00860-w.
14. Engel M, van Zuylen L, van der Ark A, van der Heide A. Palliative care nurse champions' views on their role and impact: a qualitative interview study among hospital and home care nurses. BMC Palliat Care 2021;20(1):34. doi: 10.1186/s12904-021-00726-1.

15. Chimchalong R. Palliative nurse specialist competencies and the role of nurse in palliative care. *RTA Med J* 2021;74(3):233-9. (in Thai)
16. Utthiya P. Role of home care nurses for older adults with end stage cancer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(1):18-25. (in Thai)
17. Thanomklom P. The roles of home health care nurses for end-of-life patients according to the Buddhist way of life. *JOPN* 2020;12(1):233-4. (in Thai)
18. Thaiatvitee T, Jumpamool A. Factors influencing patient-centered care as perceived by registered nurses working in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2019;34(2):198-204. (in Thai)
19. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. *Journal of Royal Thai Army Nurses* 2020;21(1):26-34. (in Thai)
20. Yach D. Innovations in care: meeting the challenge of chronic conditions. In: Epping-Jordan J, editor. *Innovative care for chronic conditions*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 43-74.
21. Johansen H, Grøndahl VA, Helgesen AK. Palliative care in home health care services and hospitals - the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliat Care* 2022;21(1):64. doi: 10.1186/s12904-022-00956-x.
22. Hickman SE, Parks M, Unroe KT, Ott M, Ersek M. The Role of the palliative care registered nurse in the nursing facility setting. *J Hosp Palliat Nurs* 2020;22(2):152-158. doi: 10.1097/NJH.0000000000000634.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
24. Hanucharunkul S, Puttapitukpol S, Sirinakorn R. Standards for community nursing services. In: Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Lapphakdee T, editors. *Nursing standards in the community*. Pathum Thani: Suetawan Publishing; 2012. p. 127-38. (in Thai)
25. Pairojkul S, Limratana N. Training of the trainers in palliative care: module 5 communication in palliative care [Internet]. 2017. [cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/08/Module-5-Communication-in-palliative-care.pdf>. (in Thai)
26. Leelachai T, Tanwatanakul V, Jaidee PH. Health resource management factors affecting effectiveness of public health services for dependent elderly in the community of subdistrict health promotion hospital in health region 6. *The Public Health Journal of Burapha University* 2023;18(2):31-44. (in Thai)
27. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons; 1959.

28. DGA (Digital Government Development Agency). Resource information: proportion of medical personnel in 2021 [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 9]. Available from: <https://data.go.th/dataset/gdpublish-report-health-resource-64> (in Thai)
29. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jocn.13912.
30. Collins CM, Small SP. The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: a qualitative descriptive study. *Can Oncol Nurs J* 2019;29(1):4-9. doi: 10.5737/2368807629149.