



วันที่รับบทความ : 16/01/2569

วันแก้ไขบทความ : 04/03/2569

วันที่ตอบรับบทความ : 05/03/2569

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

พรรณี โรจนเบญจกุล¹, ราณี วงศ์คงเดช^{2*}

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต เวชศาสตร์ชุมชน¹

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม²

E-mail: ranee.w@msu.ac.th*

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้ายในระดับชุมชนของประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนผู้ดูแลที่มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้าย ทำให้เกิดอุปสรรคอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย การวิจัยใช้รูปแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายในชุมชน จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ ทักษะการดูแลและความพึงพอใจต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 17.97 (SD = 1.95) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 22.84 (SD = 4.01) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ($t = 2.804, p < 0.05$) ด้านทัศนคติ คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 3.72 (SD = 0.45) หลังการทดลองเพิ่มขึ้น 4.27 (SD = 0.22) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีทัศนคติเพิ่มขึ้น ($t = 5.973, p < 0.05$) ด้านทักษะการดูแล คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 36.80 (SD = 3.28) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 41.81 (SD = 5.64) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ($t = 4.400, p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.12 (SD = 0.26) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย สามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม การขยายผลโปรแกรมและการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การดูแลระยะท้ายของชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ชุมชน

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Effect of a palliative and end-of-life care program for caregivers Bang Nok Khwaek Subdistrict, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

Phanee Rojanabenjakun¹, Ranee Wongkongdech^{2*}

Master of Science Community Medicine¹

Faculty of Medicine, Maharakham University²

E-mail: ranee.w@msu.ac.th*

ABSTRACT

Palliative and end-of-life care at the community level in Thailand still has a lot of problems, especially the lack of caregivers who know how to give end-of-life care and are confident doing so. This situation makes it hard to give patients in the terminal stage continuous and appropriate care. The goal of this study was to look at how a palliative and end-of-life care program affected caregivers. The study utilized a quasi-experimental design featuring a one-group pretest-posttest methodology. The sample comprised 32 caregivers of palliative and terminal patients within the community. Surveys that asked people about their knowledge, attitudes, caregiving skills, and how happy they were with the program were some of the research tools used. We used descriptive statistics and a paired t-test to look at the data and see how the means changed before and after the intervention. The findings indicated that caregivers possessed substantial knowledge. After the intervention, the mean score went up from 17.97 (SD = 1.95) to 22.84 (SD = 4.01), which is a statistically significant improvement ($t = 2.804, p < 0.05$). After the intervention, the mean score for attitudes went up from 3.72 (SD = 0.45) to 4.27 (SD = 0.22). This is a big change ($t = 5.973, p < 0.05$). After the intervention, the average score for caregiving skills rose from 36.80 (SD = 3.28) to 41.81 (SD = 5.64), which was a statistically significant change ($t = 4.400, p < 0.05$). These results show that caregivers' knowledge, attitudes, and skills improved significantly after they took part in the program ($p < 0.05$). Caregivers also said they were very happy with the program as a whole, giving it an average score of 4.12 (SD = 0.26). The results show that the program for palliative and end-of-life care helped caregivers in the community learn more, change their minds, and get better at what they do. But for the program



วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

to improve care for patients and their families in the long run, it needs to grow and become a part of the community healthcare system.

Keywords: Palliative care, End-of-life care, Caregiver, Community

* Corresponding Author



บทนำ

ประชาคมโลกรวมทั้งประเทศไทย กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงควบคู่กับอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนปลายที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ โดยเฉพาะภาระด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง¹ และจากข้อมูลด้านสุขภาพแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความต้องการการดูแลระยะยาว รวมถึงการดูแลในระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ภาวะดังกล่าวยังส่งผลต่อสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสาธารณสุข ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดทั้งด้านจำนวนและภาระงาน ส่งผลให้บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชนมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต²

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมาน การคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี ครอบครัวทั้งมิติด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายส่งเสริมระบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (caregiver: CG) มาอย่างต่อเนื่อง แต่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากความซับซ้อนของอาการ ความเปราะบางทางจิตใจ และความไม่มั่นใจของครอบครัวในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเสียชีวิตในโรงพยาบาล และเกิดผลกระทบทางอารมณ์ต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล³

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และมีบริบทการดูแลที่ต้องพึ่งพาครอบครัวและเครือข่ายชุมชนเป็นหลัก จากสถานการณ์ในพื้นที่ตำบลบางนกแขวกพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ยังต้องการในด้านความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และผู้ดูแลอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในบริบทชุมชนของประเทศไทย^{4,5} และจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการดูแลที่มีความซับซ้อน และต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยที่องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลในชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน⁶ โดยเฉพาะในบริบท



ที่ทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัด¹ แนวคิดการพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Wright และ Leahey⁷ ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นหน่วยการดูแลที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าผู้ป่วย การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหมายและมีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยด้านจิตวิญญาณและการค้นหาความหมายของชีวิต เช่น Puchalski และคณะ⁸ และ Breitbart และคณะ⁹ ได้สะท้อนว่า มิติด้านจิตวิญญาณ ความหวัง ความรัก ความผูกพัน และการค้นหาความหมายของชีวิต เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่ยังเป็นมิติที่มักถูกมองข้ามในระบบบริการสุขภาพทั่วไป ขณะเดียวกัน งานวิจัยในบริบทประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลในชุมชนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และยังขาดโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ¹⁰⁻¹¹

ดังนั้น การพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ดูแลในชุมชนจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในองค์ความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ และสนับสนุนการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในระดับ

ชุมชนให้มีความเข้มแข็งและเกิดความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยของตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

2.3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.4) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย

2.5) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายหลังเข้าร่วมโปรแกรม



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยในการประเมินนั้นประกอบด้วยด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแล และการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการแปลผล ดังนี้

1) ด้านความรู้ มีข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลจิตใจจิตวิญญาณ และการสื่อสาร การดูแลช่วงท้ายของชีวิต การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการจัดการอาการและความเจ็บปวด การแปลผลระดับความรู้ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) โดยแบ่งระดับดี = 18-25 คะแนน, ระดับปานกลาง = 10-17 คะแนน และระดับน้อย = 0-9 คะแนน

2) ด้านทัศนคติ มีข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่เหมาะสม การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าการยื้อชีวิต การประสานงานกับทีมสุขภาพ ความมั่นใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย และการพูดคุยเรื่องความตาย/พินัยกรรม การแปลผลระดับทัศนคติตามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับดีมาก = 4.21-5.00, ระดับดี = 3.41-4.20, ปานกลาง = 2.61-3.40, ไม่ดี = 1.81-2.60 และระดับไม่ดีเป็นอย่างยิ่ง = 1.00-1.80

3) ด้านทักษะการดูแลของผู้ดูแล มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับคำสั่งและถ่ายทอดข้อมูลจากทีมแพทย์ การสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ ความเหมาะสมของบุคลิกภาพและท่าที การสนับสนุนด้านเอกสารและสิทธิผู้ป่วย และการให้ความร่วมมือกับทีมดูแล ใช้การแปลผลระดับทักษะการดูแล (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) โดยแบ่งเป็นระดับดีเยี่ยม = 9.00-10.00 (คะแนนรวม 45-50), ระดับดี = 8.00-8.89 (คะแนนรวม 40-44), พอใช้ = 7.00-7.99 (คะแนนรวม 35-39), ระดับต้องปรับปรุง = 6.00-6.89 (คะแนนรวม 30-34) และไม่ผ่าน = 0-5.59 (คะแนนรวม ต่ำกว่า 30)

4) ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรม มีข้อคำถามเกี่ยวกับด้านความรักและความผูกพัน ด้านการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ด้านการขอโหลิกรรมหรือการให้อภัย การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา และความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต การแปลผลระดับความพึงพอใจใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด 4.21-5.00, ระดับมาก 3.41-4.20, ระดับปานกลาง 2.61-3.40, ระดับน้อย 1.81-2.60 และระดับน้อยที่สุด 1.00-1.80

พื้นที่ศึกษาและระยะเวลาการศึกษา

การศึกษาดำเนินการในพื้นที่ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการวิจัยครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายในชุมชน (caregiver: CG) และผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver: FCG) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแล พัฒนาขึ้นโดยอาศัย

- (1) การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศ
- (2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข
- (3) บริบททางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน

กระบวนการพัฒนาโปรแกรม

ก่อนการพัฒนาโปรแกรมนั้นได้มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1) การศึกษาสถานการณ์และความต้องการของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายในชุมชน ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแล ผู้ป่วย ญาติ และผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อระบุปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของการดูแลในบริบทจริงของชุมชน ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญความท้าทายทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความไม่มั่นใจในการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ของตนเอง รวมถึงความยากลำบากในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงใกล้ระยะสุดท้ายของชีวิต

2) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายตามคู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ¹² ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ ความหมายของชีวิต การยอมรับ และการเตรียมความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

หลังการพัฒนาโปรแกรมนั้นได้มีการดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1) สังเคราะห์เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบให้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) ความรักและความผูกพัน (2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (3) การขอโทษหรือการให้อภัย (4) การปฏิบัติตามความเชื่อหรือศาสนา และ (5) ความหวังหรือเป้าหมายเชิงบวกของชีวิต ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับทั้งผลการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่และกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ตามคู่มือของสำนักงาน



คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ¹² และได้รับการปรับให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชนตำบลนางนกแขวก

2) การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายโดยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การทำ Pretest ด้านความรู้ ทักษะคติ และทักษะการดูแล ด้วยการให้ความรู้และการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย โดยทีมสหวิชาชีพและทีมงาน การใช้รูปแบบ pre-test ก่อนการเริ่มโปรแกรมนั้น เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล และการทำ posttest เพื่อให้ทราบผลลัพธ์หลังการใช้โปรแกรมว่ามีแนวโน้มไปในทางใด ซึ่งโปรแกรมการแทรกแซง (intervention) ใช้กิจกรรมเป็นการดำเนินการ (2) การทำกิจกรรม 5 กิจกรรม ประกอบด้วย ความรักความผูกพัน การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย การขอโทษกรรม การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา และความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต โดยมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

(1) ด้านความรักความผูกพัน เป็นการทำกิจกรรมเพื่อศึกษาสัมพันธ์ภาพผู้ดูแลกับผู้ป่วยด้านการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย กระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ฟังเพลงเก่า ดูรูปภาพครอบครัวหรือการเขียนบันทึกถึงกัน เพื่อทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนและไม่โดดเดี่ยว การแสดงความรักผ่านการสัมผัสโดยการนวดตามร่างกาย การพูดคุย ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

(2) ด้านการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมการให้คำแนะนำกับผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และศาสนา ทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการณ์ของตนเองได้ดีขึ้น กิจกรรมเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลบอกกับผู้ป่วยในแบ่งปันประสบการณ์ชีวิต และให้คุณค่ากับสิ่งที่ตนเคยทำ สร้างความมั่นใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วย/ครอบครัว

(3) ด้านการขอโทษกรรมหรือการให้อภัย เพื่อทำให้ผู้ดูแลเกิดความสงบ ลดความกังวลเกี่ยวกับความขัดแย้งในอดีต ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้ดูแลนึกถึงผู้ป่วย โดยการพูดคุยหรือเขียนจดหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลลดความกังวล

(4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา กิจกรรมการสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือสวดบทศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อได้เน้นการจัดสถานที่ดูแลผู้ป่วย ในการอำนวยความสะดวกด้านศาสนา เช่น ห้องสวดมนต์หรือการเชิญพระ/ผู้นำศาสนา

(5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต กิจกรรมสร้างความไว้วางใจจากทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษา ใช้แนวทางจิตบำบัดเชิงบวกเพื่อให้ผู้ดูแล/ผู้ป่วย มองเห็นคุณค่าของการให้อภัยในระยะสั้น เช่น การใช้เวลาร่วมกับครอบครัว หรือทำสิ่งที่อยากทำมานาน การถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต การเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การแจ้งเหตุการณ์สำคัญ เช่น การหลุดตัวของผู้ป่วย มีความเหมาะสม เป็นต้น

3) การจัดประชุมในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของผู้ดูแล/ครอบครัว ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแล

ครั้งที่	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
1	- การทำ Pretest - การให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วย ระยะ ประคับประคอง และระยะสุดท้าย	- การอบรมให้ความรู้ และการทบทวนการดูแล ผู้ป่วยระยะ ประคับประคองและ ระยะสุดท้าย - การฝึกทักษะ	- สไลด์ ประกอบการ บรรยาย - เอกสารการอบรม - กระดาษ - กล้องใสข้อความ	1 วัน	- แบบประเมิน ความรู้ ทักษะ และทักษะการ ดูแล ก่อนการ อบรม
2	การฝึกทักษะ	- การสร้างความรักความ ผูกพัน - การค้นหาความหมาย ของชีวิตและการเจ็บป่วย - การขอโทษกรรม - การปฏิบัติตามความ เชื่อ/ศาสนา - ความหวังหรือเป้าหมาย ในทางบวกของชีวิต	- สไลด์ ประกอบการ บรรยาย - เอกสารการอบรม - กระดาษ - กล้องใสข้อความ - การสาธิตและฝึก ประสบการณ์	1 วัน	การสังเกต
3	การจัดประชุม	การสรุปผลการดำเนิน กิจกรรมของผู้ดูแล/ ครอบครัว	- สไลด์ ประกอบการ บรรยาย - เอกสารการอบรม - กระดาษ - กล้องใสข้อความ	1 วัน	- การทำ Posttest ด้าน ความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแล และความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่
1) การประเมินก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
(pretest) โดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ และ
ทักษะการดูแล

2) การประเมินทักษะโดยการสังเกตขณะ
ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะ
ประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยการ
ทำกิจกรรมนั้นผู้ดูแลจะจับคู่กับผู้ดูแลด้วยกัน และ
สลับการเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งทักษะที่ใช้เป็นการฝึก



ทั้ง 5 กิจกรรม การประเมินทักษะนั้นจะเป็นทีมผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นเจ้าของพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยตรง โดยการ (1) การสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ ผู้ดูแลเข้าใจภาวะอารมณ์ ใช้น้ำเสียง นุ่มนวล ไม่เร่งเร้า สบตา ยิ้ม และมีความรู้สึกผ่อนคลาย (2) ผู้ดูแลสามารถถ่ายทอดข้อมูลการดูแล หรือคำแนะนำแก่ญาติคนป่วยอย่างถูกต้อง ข้อมูล เข้าใจง่าย ชัดเจน และมีการทวนความเข้าใจให้ตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย (3) การให้ความร่วมมือกับทีมดูแล ความสามารถในการทำงานร่วมกับพยาบาล/แพทย์/ นักจิตวิทยาได้ดี (4) ความเหมาะสมของบุคลิกภาพ และท่าที ท่านสามารถแสดงออกอย่างมีอาชีพใน สถานการณ์วิกฤติ และแต่งกายสุภาพ สีสัน เรียบง่าย ท่าทีสงบ และ (5) ความสามารถติดต่อกับ สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และได้มีการประเมินซ้ำใน การทำ posttest

3) การประเมินผลหลังการเข้าร่วม โปรแกรม (posttest) โดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และทักษะการดูแลและการประเมินความ พึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรม

นอกจากนี้ มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต เพื่อสะท้อน ประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ดูแลต่อการ ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของ ชีวิตในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนน

ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการทดสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่ามี ลักษณะตรงกับนิยามและครอบคลุม ที่กำหนดไว้แล้ว นำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ตามข้อเสนอแนะ ซึ่งค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้ เท่ากับ 0.94 ด้านความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือ เท่ากับ 0.70 (Polit & Beck, 2008) และวัดความ ยากง่ายของแบบสอบถามวัดความรู้ โดยหาค่า KR-20 ต้องมีค่าระหว่าง 0.2-0.8 ซึ่งค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ 0.913 ตรวจสอบความสอดคล้อง และสรุป ประเด็นสำคัญที่สะท้อนศักยภาพผู้ดูแลและบริบท การดูแลในชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลัก จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 582-338/2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้า ร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย และได้ให้ความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ บริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ด้านบริบทและสถานการณ์การดูแล

ผลการวิจัย พบว่า ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ประกอบด้วย หมู่บ้านจำนวน 7 หมู่บ้าน มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และค้าขายขนาดเล็ก ข้อมูลรายงาน ณ 14 มกราคม 2569 มีประชากร 1,086 คน มีผู้สูงอายุติดสังคม 325 คน ติดบ้าน 73 คน และติดเตียง 10 คน ผู้ป่วยระยะประคับประคอง 20 คน สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้ายในตำบลบางนกแขวก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน การดูแลผู้ป่วยต้องพึ่งพาคนในครอบครัวและเครือข่ายชุมชนเป็นหลัก โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดซึ่งต้องรับภาระดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานานและยังขาดการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ด้านหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนบริการสุขภาพ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการเยี่ยมบ้าน ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยสนับสนุนสวัสดิการและกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลประจำอำเภอให้การสนับสนุนด้านวิชาการและ

ทรัพยากร ส่วนหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ช่วยจัดสิทธิและสวัสดิการแก่กลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ระบบการสนับสนุนยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและความล่าช้าเชิงระบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนความต้องการและปัญหาเชิงโครงสร้างที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ด้านความรู้ ทักษะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย (KAP)

1) ความรู้รายด้าน

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 17.97, SD = 1.95) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 22.84, SD = 4.01) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยประเด็นที่มีระดับความรู้สูงสุดคือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งมีร้อยละการตอบถูกอยู่ระหว่าง 90.62-100.00 สะท้อนถึงความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาอย่างชัดเจน รองลงมาคือ แนวคิดพื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีร้อยละการตอบถูกระหว่าง 90.62-93.75 ขณะที่ประเด็น การจัดการอาการและความเจ็บปวด มีร้อยละการตอบถูกต่ำกว่าด้านอื่น ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้าย จำแนกตามประเด็นสำคัญ

ประเด็นความรู้	ช่วงร้อยละตอบถูก	ระดับ
แนวคิดพื้นฐานการดูแลแบบประคับประคอง	90.62-93.75	ดี
การดูแลจิตใจ จิตวิญญาณ และการสื่อสาร	84.37-96.87	ดี
การดูแลช่วงท้ายของชีวิต	84.37-96.87	ดี
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า	90.62-100.00	ดี
การจัดการอาการและความเจ็บปวด	81.25- 96.87	ดี
รวม		ดี

ด้านทัศนคติ

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.72, SD = 0.45) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.27, SD = 0.22) โดยมีระดับดีมากร้อยละ 60 และระดับดีร้อยละ 40 เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่าประเด็น การดูแลแบบ

ประคับประคองเป็นทางเลือกที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (mean = 4.71, SD = 0.45) รองลงมาคือ การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดชีวิต (mean = 4.40, SD = 0.45) และการประสานงานกับทีมสุขภาพและความมั่นใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (mean = 4.53, SD = 0.50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้าย จำแนกตามประเด็น

ประเด็นทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น		ระดับ
	Mean	SD	
การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่เหมาะสม	4.71	0.45	ดีมาก
การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดชีวิต	4.40	0.55	ดีมาก
การประสานงานกับทีมสุขภาพ	4.53	0.50	ดีมาก
ความมั่นใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย	3.87	0.49	ดี
การพูดคุยเรื่องความตาย/พินัยกรรม	3.84	0.51	ดี
รวม	4.27	0.22	ดีมาก

**ด้านทักษะการดูแล**

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลมีทักษะโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (mean = 7.22, SD = 0.70) โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการรับคำสั่งและถ่ายทอดข้อมูลจากทีมแพทย์ (mean = 7.62, SD = 0.79) หลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 8.36, SD = 1.12)

โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การรับคำสั่งและถ่ายทอดข้อมูลจากทีมแพทย์ (mean = 9.00, SD = 1.01) รองลงมาคือ การสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ (mean = 8.81, SD = 0.99) และความเหมาะสมของบุคลิกภาพและท่าทีในการดูแล (mean = 8.12, SD = 1.68) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทักษะการดูแลของผู้ดูแล

หมวดทักษะ	ระดับทักษะการดูแล		ระดับ
	Mean	SD	
การรับคำสั่งและถ่ายทอดข้อมูลจากทีมแพทย์	9.00	1.01	ดีมาก
การสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ	8.81	0.99	ดี
ความเหมาะสมของบุคลิกภาพและท่าที	8.12	1.68	ดี
การสนับสนุนด้านเอกสารและสิทธิผู้ป่วย	8.06	1.72	ดี
การให้ความร่วมมือกับทีมดูแล	7.81	1.63	พอใช้
รวม	8.36	1.12	ดี

การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 17.97 เป็น 22.84 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.804, p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติและทักษะการดูแลหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.973, p < 0.05$ และ $t = -4.40, p < 0.05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=32)

ตัวแปร	การประเมิน	Mean	SD	Mean difference	t	p*
ความรู้	ก่อนการทดลอง	17.97	1.95			
	หลังการทดลอง	22.84	4.01	-4.87	2.804	0.009
ทัศนคติ	ก่อนการทดลอง	3.72	0.45			
	หลังการทดลอง	4.22	0.19	-0.50	5.973	0.000
ทักษะการดูแล	ก่อนการทดลอง	36.80	3.28			
	หลังการทดลอง	41.81	5.64	-5.00	4.400	0.000

การประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความรักและความผูกพัน การให้อภัย และการเสริมสร้างความหวังในชีวิต ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้าย

ด้านความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
ด้านความรักและความผูกพัน	4.16	0.30	มาก
ด้านการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย	3.97	0.77	มาก
ด้านการขอโทษกรรมหรือการให้อภัย	4.16	0.49	มาก
การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา	4.18	0.32	มาก
ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต	4.13	0.37	มาก
รวม	4.12	0.26	มาก

ผลการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต.บางนกแขวก ในประเด็นความรู้สึก ปัญหา ความต้องการ ความคาดหวังจากคนในครอบครัว ชุมชนหรือบุคลากรทาง

การแพทย์ พบว่า ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้ายในชุมชนยังเผชิญกับข้อจำกัดในหลายมิติ ทั้งในระดับผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการ ผู้ป่วยมีความกังวลต่อความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และ



การพึ่งพาผู้อื่น ขณะที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทและการดูแลอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และเวลา อีกทั้งยังมีภาระทางอารมณ์และภาวะเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ในระดับระบบบริการ ด้านการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนยังขาดความพร้อมด้านโครงสร้างสนับสนุนเรื่องบุคลากร และการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการดูแลจิตใจ จิตวิญญาณ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้น และมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงพื้นฐานความรู้เดิมของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยบ่งชี้ถึงทิศทางเชิงบวกของการพัฒนาความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน¹

ด้านทัศนคติ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลมีการยอมรับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกที่เหมาะสม และการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต

มากกว่าการยื้อชีวิต ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานศึกษาของลดาร์ตัน สาภินันท์¹⁰ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์¹³ ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเชิงจิตใจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณควบคู่กับความรู้ทางการแพทย์ โปรแกรมที่เปิดพื้นที่ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสะท้อนความรู้สึกละเลยมีบทบาทสำคัญในการลดความกลัว ความลังเล และเสริมสร้างความมั่นใจทางใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในด้านทักษะการดูแล พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะทักษะด้านการรับคำสั่งและถ่ายทอดข้อมูลจากทีมแพทย์ ด้านการสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ การประสานงานกับทีมสุขภาพ และความเหมาะสมของบุคลิกภาพและท่าที แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์² และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)³ ที่ระบุว่า ทักษะการสื่อสารและการดูแลด้านจิตใจเป็นหัวใจของการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม ทักษะด้านการประสานงานเชิงระบบและการจัดการเอกสารยังมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชน และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนเชิงระบบควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล

ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยรวมแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย สามารถเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในมิติด้านทัศนคติและ



ทักษะการดูแลได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผลลัพธ์ด้านความรู้จะยังไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้จริงมากขึ้น ผู้ดูแลและญาติมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา ความรัก ความผูกพัน และการให้อภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประภัสสร บุญเรือง¹¹ ที่ชี้ว่ามิติด้านจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลในชุมชน สามารถพัฒนาทัศนคติและทักษะการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดว่าการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดเชิงระบบที่สะท้อนความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน¹⁴ และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลควรดำเนินควบคู่กับการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพและนโยบายในระดับโครงสร้างเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนั้นมุ่งประเด็นในเรื่องการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้ายไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy implications)

การยกระดับการดูแลแบบประคับประคองเป็นนโยบายระดับชุมชน และหน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายเป็นภารกิจหลักของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการในพื้นที่อย่างชัดเจน และสนับสนุนการบูรณาการการทำงานระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ (practice implications)

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระยะสุดท้าย ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงปฏิบัติในระดับชุมชนและการให้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแล รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากเงินอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2569 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลสำคัญต่อการวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
3. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Jan15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>.
4. พชัย ศรีสุข และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(2):45-58.
5. วรณัฐ จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง. การจัดการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวและชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2565;16(1):13-26.
6. สุพัตรา นาคะวิจนะ. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(1): 89-102.
7. Wright L, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention 6th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company;2013.
8. Puchalski C, Vitillo R, Hull S, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med 2014;17(6):642-656.
9. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers A, Li Y, Abbey J, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012;30(12):1304-1309.
10. ลดารัตน์ สาภินันท์. การประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
11. ประภัศสร บุญเรือง. การค้นหาความหมายของชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารจิตวิทยาสุขภาพ 2563;28(2):95-108.
12. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด; 2560.
13. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. มานุษยวิทยาการแพทย์ในศตวรรษที่ 21. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. Aoun S, Grande G, Howting D, Deas K, Toye C, Troeung L. The impact of caring for a terminally ill person on caregivers. Palliat Med 2015;29(6):541-552.