



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน
เขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

พจนนา ไกรสร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน
เขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์



พจนนา ไกรสร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING CARING ACTIVITIES FOR PATIENTS WITH END OF LIFE
AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PRAKHONCHAI DISTRICT, BURIRAM
PROVINCE



PHOTJANA KRISON

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พจนา ไกรสร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัญฉิดาคุณฎี ทูลศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล)

..... ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ แก้วบุญชู)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชัญฉิดาคุณฎี ทูลศิริ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920119: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ปัจจัย/ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 พจนานุกรม: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. (FACTORS INFLUENCING
 CARING ACTIVITIES FOR PATIENTS WITH END OF LIFE AMONG VILLAGE HEALTH
 VOLUNTEERS IN PRAKHONCHAI DISTRICT, BURIRAM PROVINCE) คณะกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์: ชนัญจิราศุขฎี ทูลศิริ, Ph.D., สมสมัย รัตนกริษากุล, ศ.ค. ปี พ.ศ. 2567.

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลทั่วถึงและ
 ครอบคลุมก็จะทำให้เกิดการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ
 ศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์
 จำนวน 257 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 ระยะท้าย การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการยอมรับนับถือ ความพึงพอใจของ
 ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน
 มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบ
 ขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรง มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะ
 ท้ายโดยตรง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 87.02, SD = .73$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ร่วม มี
 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 77.76, SD = .95$) และปัจจัยที่มีอิทธิพล
 และสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แก่
 การรับรู้บทบาท ($b = .225$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($b = .250$) ทักษะ ($b = .224$) โดยสามารถร่วมกัน
 ทำนายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344, p <$
 $.001$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพ
 สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะ
 ท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นเรื่องการรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ
 และทักษะ

63920119: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS/ CARING ACTIVITIES FOR PATIENTS WITH END OF LIFE/ VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

PHOTJANA KRISON : FACTORS INFLUENCING CARING ACTIVITIES FOR PATIENTS WITH END OF LIFE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PRAKHONCHAI DISTRICT, BURIRAM PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D. SOMSAMAI RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H. 2024.

End-of-life care is an important. If patients with end of life receive thorough and comprehensive care, they will be able to pass away with human dignity. The purpose of this research was to identify factors influencing caring activities for patients with end of life among village health volunteers. A multi-stage sampling method was used to recruit the sample of 257 village health volunteers in Prakhon Chai district, Buriram province. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information, knowledge, attitudes towards caring for end-of-life patients, perceived role of caring for end-of-life patients, recognition and respect, compensation and welfare satisfaction, and caring activities for patients with end of life. Data were collected during the period of January to February 2023. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the village health volunteers with direct and indirect experiences had mean score of caring activities for patients with end of life at a good level ($M = 87.02$, $SD = .73$; $M = 77.76$, $SD = .95$ respectively). The significant predictors of caring activities for patients with end of life among village health volunteers were perceived role of caring for end-of-life patients ($b = .225$), recognition and respect ($b = .250$), attitudes towards caring for end-of-life patients ($b = .224$). These predictors could together explain 34.4% of the variance in caring activities for patients with end of life among village health volunteers ($R^2 = .344$, $p < .001$).

These findings suggest that nurses and other health care providers should apply these study results to develop interventions or programs aimed at promoting caring activities for patients with end of life among village health volunteers by focusing on perceived role, recognition and respect, attitudes towards caring for end-of-life patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ท่านเสียสละเวลาอันมีค่า ในการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมถึงช่วยเหลือด้านข้อมูล แนวทางการทำ วิทยานิพนธ์ ตั้งแต่ดำเนินการจนกระทั่งดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จ สมบูรณ์ได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ แก้วบุญชู และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจน์ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และกรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำ วิทยานิพนธ์ให้มีคุณภาพ ทั้งยังได้รับการอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สาธารณสุขอำเภอประโคนชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและ ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็น กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาช่วยตอบแบบสัมภาษณ์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ได้ให้กำลังใจและส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาเล่า เรียนในครั้งนี้จนสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจ ให้การช่วยในการแลกเปลี่ยนวรรณสารสำเร็จ การศึกษาครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งใน อดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตและ ก้าวหน้าในหน้าที่การงานจนถึงทุกวันนี้

พจนนา ไกรสร

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง | ฅ |
| สารบัญภาพ | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 6 |
| สมมติฐานการวิจัย | 7 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 8 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 9 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 11 |
| แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 11 |
| แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข | 17 |
| ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg | 24 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 27 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 32 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 32 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 34 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย..... | 39 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 40 |

| | |
|---|-----|
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 41 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 42 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย..... | 43 |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | 43 |
| ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการยอมรับ นับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ | 46 |
| ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน | 50 |
| บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล | 54 |
| สรุปผลการวิจัย | 54 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 55 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ | 60 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 60 |
| บรรณานุกรม | 62 |
| ภาคผนวก | 67 |
| ภาคผนวก ก | 68 |
| ภาคผนวก ข | 70 |
| ภาคผนวก ค | 72 |
| ภาคผนวก ง..... | 75 |
| ภาคผนวก จ | 78 |
| ภาคผนวก ฉ | 88 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย | 107 |

สารบัญตาราง

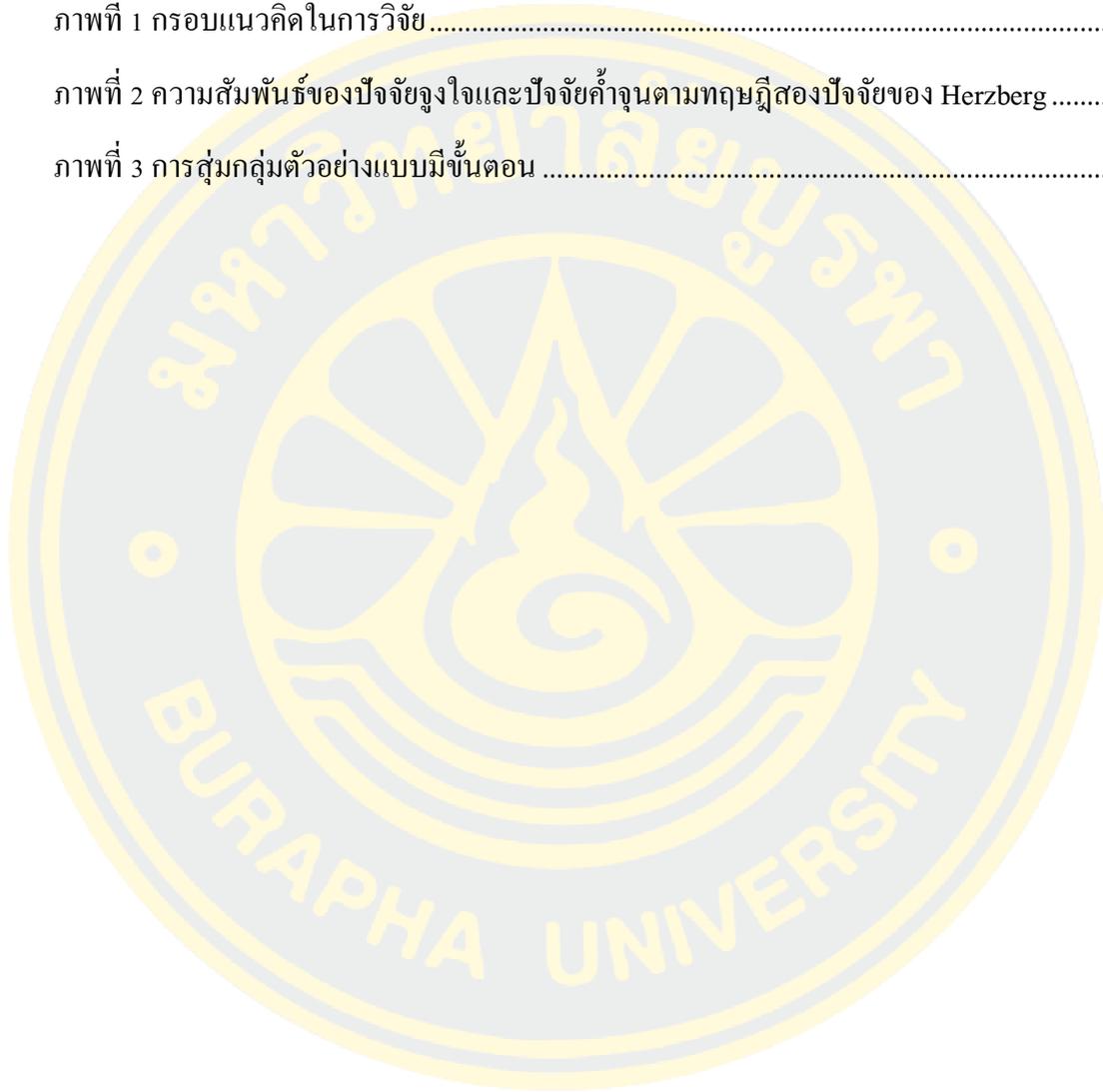
หน้า

| | |
|---|----|
| ตารางที่ 1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์..... | 34 |
| ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 251$) | 43 |
| ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคติ การรับรู้บทบาทการได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ | 46 |
| ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรงโดยภาพรวมและรายข้อ ($n = 141$)..... | 47 |
| ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ร่วม โดยภาพรวมและรายข้อ ($n = 110$)..... | 49 |
| ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (x_1) ทักษะคติ (x_2) การรับรู้บทบาท (x_3) การได้รับการยอมรับนับถือ (x_4) ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ (x_5) และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (y) ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 251$)..... | 51 |
| ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($n = 251$) | 52 |
| ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ ทักษะคติ การรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายด้าน ($n = 251$)..... | 89 |
| ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ ($n=141$)..... | 90 |
| ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ ($n=141$)..... | 92 |

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้บทบาทในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายรายข้อ (n=141)..... | 93 |
| ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการยอมรับนับถือในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)..... | 95 |
| ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของคำตอบแทนและ สวัสดิการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)..... | 95 |
| ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รายข้อ (n=141)..... | 96 |
| ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)..... | 98 |
| ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รายข้อ (n=110)..... | 101 |
| ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้บทบาทในการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายรายข้อ (n=110)..... | 102 |
| ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการยอมรับนับถือในการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)..... | 104 |
| ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของคำตอบแทนและ สวัสดิการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)..... | 104 |
| ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รายข้อ (n=110)..... | 105 |

สารบัญภาพ

| | หน้า |
|---|------|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 8 |
| ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูนตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg..... | 26 |
| ภาพที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีขั้นตอน | 77 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการกำหนดความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายไว้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้ เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ (Guirguis-Younger and Grafanaki, 2008) สถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพขณะนี้ มีผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลก 40 ล้านคน (WHO, 2020) ซึ่งหลักการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้อย่างแพร่หลาย ในปัจจุบัน คือ การดูแลแบบประคับประคอง จึงมีการกำหนดความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะท้ายของโรคและครอบครัว การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม เพื่อการลดความทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ “ตายดี” (WHO, 2019) ซึ่งพบว่าปัจจุบันมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสูงถึงร้อยละ 78 มีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี 2060 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศที่รายได้ต่ำและปานกลาง ทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากถึง 56.8 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ปีละ 31.1 ล้านคน และมีเพียงร้อยละ 54.2 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020)

ประเทศไทยมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยสามารถแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิตของตนเองได้ ซึ่งได้มีการบัญญัติไว้ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) โดยการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยืดความตายออกไป อย่างไรก็ตาม หลักการของมาตรา 12 มิใช่การเร่งให้ตายเร็วขึ้นแต่ก็ไม่ได้ยืดความตายออกไปเรื่อยๆ และก็ไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยเพราะยังคงให้การรักษาแบบประคับประคองแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่อาจรักษาโรคให้หายได้ โดยได้การดูแลควบคุมความเจ็บปวด ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

ทั้งนี้ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยระยะท้าย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม

มากขึ้นทุกปี ทั้งนี้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 128.2, 53.0 และ 31.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) โดยพบว่า ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ มีอัตราการตายจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 125.6, 48.5 และ 23.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ, 2563) และเมื่อพิจารณาตามระบบรายงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของระบบสารสนเทศภาคประชาชน พบว่า เขตพื้นที่สุขภาพที่ 9 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงสูงที่สุดในประเทศ และเมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงสูง ในอัตราสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดในเขตพื้นที่สุขภาพเดียวกัน (กรมบริการสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจุบันประเทศไทยก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับสถานการณ์โลก โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ. 2583 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีความต้องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (กรมการแพทย์, 2563)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Cancer stage 4)
- 2) ผู้ป่วยที่อวัยวะสำคัญสูญเสียการทำงานอย่างถาวร เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงเป็นต้น
- 3) ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บของสมองรุนแรง (Severe head injury)
- 4) ผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดหลายระบบ (Multiple congenital anomaly) ผู้ป่วยเด็กที่สมองพิการ (Cerebral palsy) จากผลรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายสะสมทั้งหมด 7,538 คน และในอำเภอประโคนชัย มีผู้ป่วยระยะท้ายสะสมทั้งหมดมากที่สุดเป็นจำนวน 538 คน และมีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน อาทิเช่น ดิดเชื้อจากแผลกดทับ ภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง อาการปวด โดยมีสาเหตุมาจากภาระงานของญาติผู้ดูแลทำให้ขาดการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ประกอบกับการขาดบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2561) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่จะมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชน

นอกจากปัญหาการขาดบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ในด้านการดูแลแบบ
 ประคับประคองแล้ว ยังพบว่า ไม่มีนโยบายยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
 และระยะท้ายของชีวิตและการตายดีที่เป็นทางการ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563)
 การไม่มีองค์กรให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเพียงพอ เมื่อเทียบกับ
 ประเทศที่มีรายได้สูง อาทิเช่น ประเทศอังกฤษ ที่การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย
 การดูแล บุคลากร ทุกมิติแล้ว (Msc et al., 2014) ส่วนหนึ่งอาจมาจากสังคมไทยที่มีข้อจำกัดทาง
 เศรษฐกิจและสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน คุณภาพผู้ดูแลที่บ้าน สถานที่
 อยู่อาศัยไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถรับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น หรือมีสภาวะทาง
 กายและจิตใจที่ต้องการดูแลมากขึ้น จึงต้องกลับมาพึ่งพิงระบบโรงพยาบาล (มูลนิธิสถาบันวิจัยและ
 พัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) แม้ในปัจจุบันจะมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดย
 พัฒนากลไกการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพของ Service plan ในสาขาการดูแลแบบ
 ประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2563) ซึ่งระบบการให้บริการและดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
 ในปัจจุบันมีการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลโดยการส่งต่อข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจาก
 ระดับจังหวัดสู่ระดับอำเภอและสู่ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการเพิ่มหลักสูตรเฉพาะทางการดูแล
 ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรสุขภาพ การเยี่ยมบ้านของทีมบุคลากรสุขภาพ
 ในชุมชน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้น
 มากกว่าจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประกอบกับในปัจจุบันยังขาดทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล
 ที่เพียงพอ ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต
 วิญญาณ จึงมีการเพิ่มหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ให้มี
 บทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อลด
 ช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคองในชุมชนให้ครอบคลุม

ทั้งนี้การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 (อสม.) มาเป็นผู้ดูแลแบบจิตอาสาเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก
 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นทรัพยากรทางสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ
 จัดการสุขภาพชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนเป็น
 ส่วนหนึ่งของกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ของประเทศตามกรอบระบบสุขภาพที่พึง
 ประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (System building blocks of the World Health Organization
 framework) และถือเป็นกำลังหลักที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Heangkul and

Yaebka, 2020) โดยการเตรียมเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีส่วนร่วม สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่บ้าน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขจึงนับเป็นกุญแจสำคัญที่จะขับเคลื่อน กระบวนการดูแลนี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดเพราะเป็นสมาชิกใน ชุมชนเดียวกัน มีความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกันซึ่งจะช่วยเหลือให้บุคคลและครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างดี สำหรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่มีบทบาทเฉพาะเจาะจง มีเพียงมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 เคยเสนอบทบาทของอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวไว้อย่าง กว้างๆ ในหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและคู่มือการใช้ (สภากาชาดไทย แห่งประเทศไทย, 2556) ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2561) ได้มีการพัฒนา แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ใช้สำหรับเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ของสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน มีการกำหนดกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกันไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 2) การ วินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3) การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบ องค์กรร่วม 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 6) การดูแลหลังการ เสียชีวิต และ 7) การพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก, 2561) เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ (วริศรา ลูวีระ และคณะ, 2556) ความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2560) และมีการศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับบุคคลในชุมชนและบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัย ส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้บทบาท และทักษะ (พรภัทรา แสสนเหล่า, 2561) อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่ม ตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ปัจจัยส่วน บุคคล ประกอบด้วย การอบรม ทักษะ (วารินา หนูพินิจ และคณะ, 2560) ประสบการณ์ทำงาน ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (วารินา หนูพินิจ และคณะ, 2560) (ศศิวิมล ปานูราช, 2560) อายุ ระยะเวลาใน

การทำงาน (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) และด้านความรู้ และกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้บทบาท (อริสรา รักเสนาะ และคณะ, 2561) และความรู้ (บวรลักษณ์ ทองทวี และคณะ, 2561) (อริสรา รักเสนาะ และคณะ, 2561) จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังพบไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรสุขภาพและศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเป็นหลัก ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่ส่งผลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้พบ แต่ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องอื่น ๆ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องที่ต้องปฏิบัติ ด้านบทบาทหน้าที่ (ไพบุลย์ อินทมาศ, 2561) การศึกษาพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประสบการณ์และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีจิตอาสา (จักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2559) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติ ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติ (ปรารค์ จักรไชย และคณะ, 2560) และการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยแรงจูงใจ คือ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในงาน และปัจจัยค้ำจุน คือ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความสัมพันธ์ในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท ปัจจัยแรงจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน (กิริญา จำปาศรี และคณะ, 2560) และกลุ่มตัวอย่างผู้พิการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาท ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ด้านทัศนคติต่อการดูแล ด้านภาวะสุขภาพของ อสม. และความรู้เกี่ยวกับการดูแล (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าการศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริม วางแผน ดูแล และพัฒนาศักยภาพของชุมชน เพื่อให้สามารถพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม จึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการประยุกต์ใช้การทฤษฎีสองปัจจัยของ

Herzberg (Herzberg et al., 1959) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่า แรงจูงใจ คือพลังผลักดันให้เกิดพฤติกรรม และยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้น ด้วย บุคคลที่มีแรงจูงใจสูงจะใช้เวลาพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ ซึ่งบุคคล หรือผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงาน ได้ผลดีมีประสิทธิภาพ ได้นั้นย่อมขึ้นกับความพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การจะปฏิบัติงาน ได้ผลดีมีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับทั้ง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยที่ภายในที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุน (Maintenance factor) เป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่จะสามารถป้องกันการเกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีสองปัจจัยมาใช้ในส่วนของ การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาท ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจ ของค่าตอบแทนและสวัสดิการ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และครอบครัว ดังนั้นถ้าทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลให้เกิดระบบการดูแลที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย และสามารถตอบสนองผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุมในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

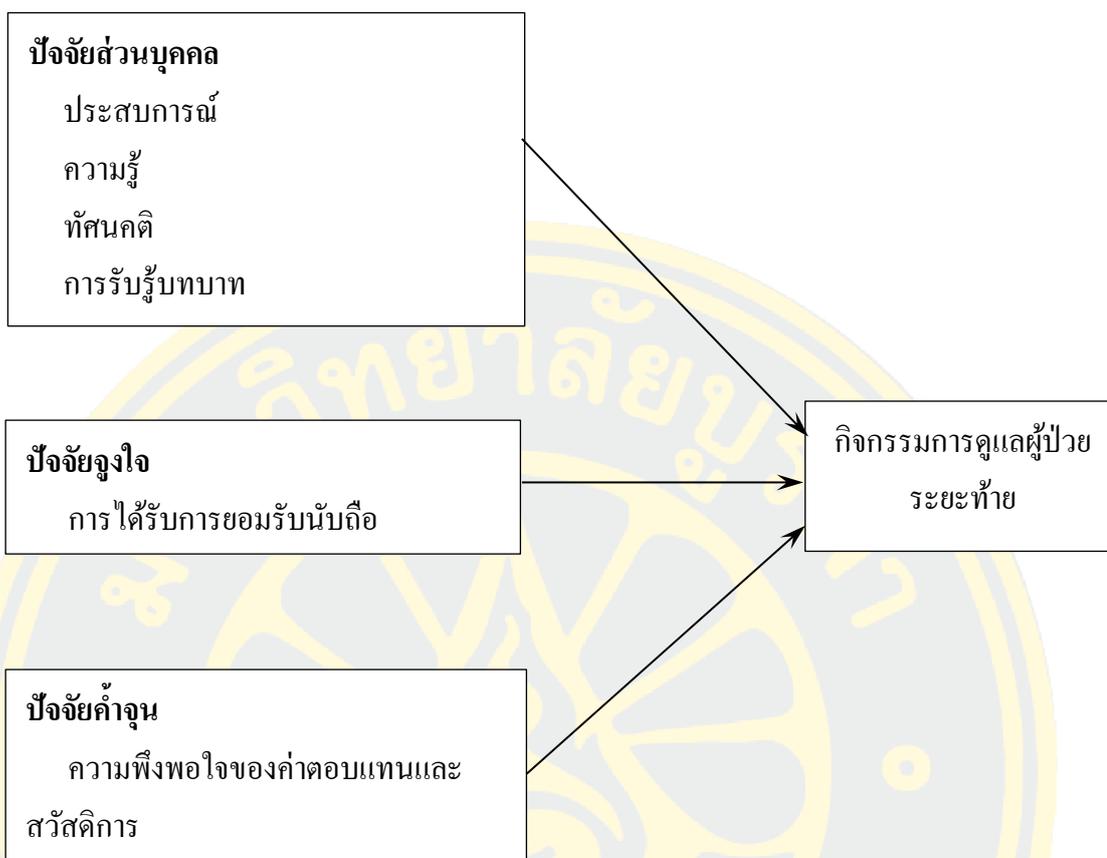
1. เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้บทบาท 2) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ 3) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ ต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้บทบาท ปัจจัยจิตใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg et al., 1959) มาใช้ในส่วนของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า แรงจูงใจ คือพลังผลักดันให้เกิดพฤติกรรม และยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้นด้วย บุคคลที่มีแรงจูงใจสูงจะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ เกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยภายในหรือความต้องการที่มีอิทธิพลในการสร้างความพอใจในการทำงาน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ลักษณะงานที่ทำ และความรับผิดชอบ ในงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ปัจจัยด้านการได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้างหรือได้รับยกย่องชมเชยจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ มีเกียรติ ศักดิ์ศรีในอาชีพ 2) ปัจจัยค้ำจุน เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง เป็นเพียงสิ่งศักดิ์กั้นไม่ให้เกิดความไม่พอใจ ได้แก่ นโยบายและการบริหารของบริษัท การบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ตำแหน่งงาน ความมั่นคงในการทำงาน ชีวิตส่วนตัว สภาพการทำงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ในงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ เนื่องจากค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นพอใจต่องานนั้นๆและอยู่ในงานมากยิ่งขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้บทบาท 2) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ 3) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 257 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้บทบาท ปัจจัยจิตใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ ปัจจัยคำจูน ได้แก่ ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และผ่านการอบรมตามมาตรฐานเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆของโรค ไม่มีแนวทางการรักษาพยาบาลให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง การกระทำหรือร่วมกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลครอบครัว ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2561) มีการกำหนดไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 2) การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3) การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 6) การดูแลหลังการเสียชีวิต และ 7) การร่วมพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประเมิน โดยการใช้แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรม

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2560)

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขมีประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ระยะเวลาเป็นจำนวนเดือนตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป หากมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาข้อคำถามจากแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2560)

การรับรู้บทบาท หมายถึง ความตระหนักถึงการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน ครอบคลุมทั้ง 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างและบริหารเครือข่ายที่ช่วยจะในการค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน การส่งต่อข้อมูลและสื่อสารกับทีม การประเมิน การติดตามเชื่อมต่อเนื่องตามการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและศักยภาพ การขับเคลื่อน

ชุมชนและสังคมที่จะช่วยในการวางแผนเตรียมสถานที่ในการดูแลระยะท้ายและหลังเสียชีวิต และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาข้อความจากแบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลต่อการแสดงบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการอบรมของพรภัทธา แสนเหล่า (2560)

การได้การยอมรับนับถือ หมายถึง ความรู้สึกที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยอมรับในด้านความรู้ การให้ความร่วมมือ และชื่นชมจากผู้ป่วยหรือบุคคลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงจิตที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการยอมรับนับถือของ ภิญญา จำปาศรี และคณะ. (2560)

ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ หมายถึง ความพอใจในคำตอบแทนรายเดือนที่ได้รับในแต่ละเดือน เบี้ยเลี้ยง สิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคำจูนที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการของภิญญา จำปาศรี และคณะ (2560)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย
 - 1.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย
 - 1.2 แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย
 - 1.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 2.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 2.2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 2.3 บทบาทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg
4. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย

1. ความหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย

กฎกระทรวงสาธารณสุขมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับระยะท้ายของชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ไว้ดังนี้

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า การบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ป่วยประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะไม่สามารถทำให้เกิดการฟื้นคืนชีพหรือหลีกเลี่ยงความตายได้ในระยะเวลาอันใกล้และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาด

ความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมาณจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมาณทางกายหรือทางจิตใจอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

นอกจากนี้ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 ยังได้ให้ความหมาย การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงญาติผู้ดูแลด้วย ทั้งนี้ อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ (สำนักเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ครอบคลุมทั้งความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถเผชิญภาวะการเจ็บป่วยและบรรเทาทุกข์ทรมาณจากการเจ็บปวดได้เหมาะสมจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการองค์ความรู้และวิธีการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็น Service Plan อีกสาขาหนึ่งของระบบบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตกลับสู่ชุมชน ในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2561)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาณทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

ดังนั้น สามารถสรุปความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิตหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต แบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วย บรรเทาความเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2561) โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยพิจารณาบริบทการใช้ชีวิตเดิมของผู้ป่วย อาทิเช่น การนับถือศาสนา ความเชื่อ หมายรวมถึงญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง (กรมการแพทย์, 2557) โดยมีหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สำคัญคือ หลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ได้เน้นการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย 6 ด้าน คือ

1. จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล
2. เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
3. มีความต่อเนื่องในการดูแล
4. เป็นการดูแลแบบเป็นทีม
5. เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล
6. เป้าหมายในการดูแล คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

สภาการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องเกิดจากบุคลากรสุขภาพจากหลากหลายวิชาชีพ ผู้ดูแลใกล้ชิด ญาติพี่น้อง ผู้นำ ทางศาสนาหรือจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามแต่ละบริบทและสถานการณ์ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้ดูแลต้องคำนึงถึง คือ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว รวมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นได้ด้วย (สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2556) โดยสามารถสรุปความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ดังนี้

1. ตายดี ตายอย่างสงบที่บ้าน
2. การดูแลเอาใจใส่จากญาติและครอบครัว
3. การดูแลประคับประคอง บรรเทาปวดตามอาการ
4. สร้างกุศล ทำบุญก่อนตาย
5. ให้ออกความจริง
6. การอโหสิกรรม

7. การเผชิญความตายอย่างมีสติ
8. พิธีกรรมตามประเพณี ทั้งก่อน ขณะ และหลังตาย
9. งานศพที่ถูกต้องตามประเพณี

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มุ่งให้ความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว (กรมการแพทย์, 2559)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ ความคาดการณ์การป้องกันและลดความทุกข์ทรมานและเพื่อการประคับประคองสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ การดูแลแบบประคับประคอง เริ่มตั้งแต่มีการวินิจฉัยต่อเนื่องตลอดการรักษาและการมีชีวิตอยู่ โดยเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลและทางเลือกของการดูแลรักษา เป็นจุดเน้นหลักของการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับทิศทางของโรค การมีชีวิตต่อในช่วงการรักษาที่ไม่ได้ผล และเป็นสิ่งที่ทีมต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบและการดูแลเป็นแบบสหสาขา (กรมการแพทย์, 2559)

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนในการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ครอบครัว เป็นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 จึงได้กำหนดหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ไว้ 3 ระดับ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2563) ได้แก่

1. การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรเป็นทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ
2. การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดีแม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก

3. การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อนและยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันโรค การช่วยเหลือขั้นต้นหลังผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน โดยสามารถใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) ได้ ภายใต้อาสาสมัครที่ถูกต้องซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Vanderstichelen et al., 2019)

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็น 4 รูปแบบ (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559) ได้แก่

3.1 การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-based organization) เป็นการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา จึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาโรคให้หายหรือทุเลาเบาบางลงไปแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเข้าใจกฎของธรรมชาติยอมรับ และมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข พร้อมที่จะจากไป ตายดีหรือตายอย่างสงบ

แนวคิดทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว (สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2556) ได้แก่

แนวคิดศาสนาอิสลาม เป็นศาสนาที่ถูกกำหนดมาจากพระเจ้าผู้สร้างโลก (อัลลอฮ์) มนุษย์มีหน้าที่ต้องทำตามประสงค์อัลลอฮ์ด้วยการทำความดี เพื่อสู่โลกหน้าอันจีรังและโลกนิรันดร์ต่อไป โลกที่เกิดมาครั้งนี้เป็นเพียงทางผ่านไปสู่สิ่งที่จีรังยั่งยืนขึ้น จึงต้องมั่นเพียรทำความดี ไม่ทำความชั่ว เพื่อให้ผ่านบททดสอบนี้ไปใช้ชีวิตในโลกหน้าอย่างสันติสุข

แนวคิดศาสนาคริสต์ ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) มีความเชื่อว่าพระเจ้าทรงสร้างมนุษย์ให้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ วิญญาณ จิตใจ ร่างกาย เมื่อมนุษย์ตายลงชีวิตฝ่ายจิตของมนุษย์จะต้องไปในที่แห่งใดแห่งหนึ่ง คือ สวรรค์ นรก หรือไฟชำระ (คมคาย สิริปญโญ สิงห์ทอง และคณะ, 2565) ชั่วชีวิตในโลกนี้เป็นเวลาชั่วคราวเท่านั้น ไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่เป็นจุดเริ่มต้นสู่การไปพบพระเจ้า การใช้วิธีทำลายความชั่ว คือ ความโกรธ ความแค้น ความอาฆาตเป็นสาเหตุที่จำเป็นความทุกข์กาย ทุกข์มาสู่ตนเองไม่สามารถจากไปได้อย่างสงบหรือสันติสุข เพราะฉะนั้นทุกเวลาของชีวิตจึงต้องให้โอกาสเขาได้เรียนรู้ที่จะทำ เช่นนี้ ทุกสัปดาห์ ทุกคนจึงต้องไปโบสถ์เพื่อรับศีลและฟังคำสอน

เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ เพื่อการดำเนินชีวิตด้วยความดีตลอดเวลา (สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2556)

แนวคิดศาสนาพุทธ พระพุทธเจ้าทรงให้คำตอบเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ว่ามีการเวียนว่ายตายเกิดอยู่ตลอดเวลา มนุษย์ทุกคนเกิดและตายในชาติภพต่าง ๆ มานับครั้งไม่ถ้วน ในระหว่างที่มีชีวิตจึงต้องพยายามทำแต่ความดีเพื่อที่จะพัฒนาตนเองให้เลื่อนไปสู่ภพภูมิที่สูงขึ้น จนสุดท้ายจะได้หลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิดคือ การเข้าสู่นิพพานซึ่งเป็นสภาวะพึงประสงค์ที่สุดของชีวิต ซึ่งหลักธรรมที่แสดงให้เห็นความจริงนี้ได้แก่ มรรคมีองค์ ๘ หรือทางสายกลาง ได้แก่ เห็นชอบ ดำริชอบ เจรจาชอบ กระทำชอบ เลี้ยงชีพชอบ พยายามระลึกรู้ชอบ และตั้งจิตมั่นชอบ เป็นหนทางนำไปสู่การหลุดพ้นที่แท้จริง เพื่อพัฒนาภาวะจิตใจของตนเองต่อไปจนสามารถล่วงพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิดได้ (กมคาย สิริปัญโญ สิงห์ทอง และคณะ, 2565) “ภาวะใกล้ตาย” จะมีใช้เป็นการใช้กรรมเพียงอย่างเดียว แต่เราสามารถนำ เอากรรมหรือความทุกข์ทรมานมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เกิดความเข้าใจในชีวิตและสังคม เป็นโอกาสในการสร้างกรรมใหม่ ทำความดี สร้างบุญกุศล หรือยกระดับจิตใจให้เข้าสู่ธรรมะที่สูงขึ้นมีจิตที่สามารถรับรู้และพัฒนาไปสู่สุคติภูมิได้ (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559)

3.2 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล (Hospital-based services)

เป็นการดูแลที่ดำเนินงานในสถานพยาบาล โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยระยะท้ายเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน ที่อาจไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ จึงมีความเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นรูปแบบหลักๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) และหน่วยเฉพาะ/หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ ward) (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559)

3.3 รูปแบบสถานพยาบาลที่บ้าน (Hospice) เป็นสถานที่พำนักและให้บริการผู้ที่เจ็บป่วย อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559)

3.4 รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-based/ Community-based Care) การดำเนินงานที่มีแนวคิดให้ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถเข้าถึงการดูแลระยะท้าย เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน โดยให้การดูแลในระยะท้ายสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน (ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์, 2559) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน จากพยาบาล เจ้าหน้าที่อาสาสมัครในทีม หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กำหนดระเบียบสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อคุ้มครองประชาชน ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

“อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

3. อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV”

องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่า การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ชมรม สมาคม หรือมูลนิธิ สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่า หน่วยงานของรัฐซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกลางให้ดำเนินการจัดการฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมและประเมินผลตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานครูฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (2554) มีบทบาทและหน้าที่ในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดีชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1 ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2.2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข
 มูลฐาน

2.3 ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ
 บทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ

2.4 จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ
 ของท้องถิ่น

2.5 เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
 ของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ

2.6 ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
 ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้าน
 สุขภาพ

2.7 ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่น
 ร้องขอ

2.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.9 ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่
 ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น
 สิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวง
 สาธารณสุข มีดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการ
 รักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขใน
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยให้เบิกจ่ายจากเงิน
 รายได้ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตาม
 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของ
 กรมบัญชีกลาง

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่
 ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้

- 4.1 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น
- 4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับการเสนอชื่อเพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษาในสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งกองทุนต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะได้อำหนด

หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุข

สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (2556) ได้จัดทำหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วยเนื้อหาสาระ 6 บท ดังนี้

บทที่ 1 เรื่อง บทนำ เข้าสู่หลักสูตร ความหมายและประสบการณ์ ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เรียนเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความหมายของ “การตายดี” สิ่งที่ยากบอกคนอื่น ๆ ก่อนตาย

บทที่ 2 เรื่อง การดูแลพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มักช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลจะต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน จากการใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยจะประเมินจากการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 20 คะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้

0-4 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

5-8 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพารุนแรง

9-11 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาปานกลาง

12-20 คะแนน คือ ไม่เป็นการพึ่งพา

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีคะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย หากได้รับการประเมินที่ถูกต้อง ผู้ป่วยระยะท้ายก็จะได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่ศักยภาพของผู้ดูแลไม่เพียงพอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจในช่วงระยะท้ายของชีวิตได้ดียิ่งขึ้น (Luijckx and Schols, 2009)

บทที่ 3 เรื่อง การดูแลพื้นฐานด้านจิตใจ ปฏิกริยาด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวต่อการสูญเสีย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลพบว่าตนเองกำลังมีความสูญเสียรุนแรงเกิดขึ้น ซึ่งปฏิกริยาที่เกิดขึ้นมีทั้งหมด 5 ระยะ และแนวทางการดูแลในแต่ละระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธ (Denial) สภาวะอารมณ์นี้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้เตรียมใจในการมาฟังข่าวร้าย โดยเฉพาะข่าวที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง มักจะปกป้องตัวเองด้วยการปฏิเสธคำวินิจฉัยหรือข้อมูลที่ได้รับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การดูแลในระยะนี้ผู้ดูแลต้องไม่คล้อยตามไปกับคำพูดของผู้ป่วย แต่ก็ต้องไม่ขัดแย้งกับผู้ป่วยเช่นกัน สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยก้าวข้ามระยะนี้ไปได้ คือ การอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้ง

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (Anger) เมื่อผู้ป่วยยอมรับได้แล้วว่าเรื่องที่รับรู้เป็นเรื่องจริง อาจจะแสดงออกโดยการโกรธกับบุคคลรอบข้าง บุคลากรการแพทย์ที่แจ้งข่าวร้าย หรือแม้แต่สิ่งต่างๆ รอบตัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การดูแลในระยะนี้ผู้ดูแลต้องยอมรับและเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ไม่แสดงอารมณ์โต้ตอบ

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (Bargaining) หลังจากผ่านสภาวะอารมณ์โกรธไปได้ ผู้ป่วยจะเริ่มคิดต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สมควรเกิดกับตนเอง อาจมีการบูชาขอพรต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การดูแลระยะนี้ผู้ดูแลต้องเข้าใจการกระทำต่างๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วย ไม่ขัดแย้ง ไม่มองเป็นเรื่องไร้สาระ

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะเริ่มท้อแท้ สิ้นหวัง หดกำลังใจ ไม่มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ป่วยหลายรายอาจตัดสินใจจบชีวิตตนเองในระยะนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเอาใจใส่มากขึ้น จัดให้อยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (Acceptance) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เริ่มปล่อยวาง การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ผู้ดูแลต้องมั่นคงใจให้กำลังใจ พาไปทำกิจกรรมที่ปรารถนา ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

บทที่ 4 เรื่อง อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายและการดูแล โดยส่วนใหญ่ในภาวะใกล้เสียชีวิต มักจะเริ่มต้นด้วยอาการปวด ที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ การดูแลที่สำคัญผู้ดูแลจะต้องประเมินอาการปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จากการสอบถามหรือสังเกตสีหน้า พร้อมทั้งให้ยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2565) อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก มักพบได้ในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ การดูแลที่สำคัญผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในที่ปลอดโปร่ง อาการเสียงหายใจครืดคราดคล้ายมีเสมหะ การดูแลที่สำคัญผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยให้ตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง อาจทำให้เสียงเหล่านี้หายไป อาการเพื่อ

ลับสน เบื่ออาหาร เกิดจากการทำงานของระบบประสาทและสมองทำงานช้าลง ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมดังกล่าวด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

บทที่ 5 เรื่อง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตาย เมื่อผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและพ้นจากความรับผิดชอบ (กรมการแพทย์, 2559)

บทที่ 6 เรื่อง การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความรัก ความเมตตา ความเข้าใจ ควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดองค์รวมการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

3. บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข ถือเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เพราะเป็นสมาชิกในชุมชนเดียวกัน มีความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน การเข้าใจรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างชัดเจน จะส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่มีบทบาทเฉพาะเจาะจง มีเพียงมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 เคยเสนอบทบาทของอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวไว้อย่างกว้างๆ ในหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและคู่มือการใช้ (สภากาชาดไทย, 2556) ดังนี้ การสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวแบบหุ้นส่วน การรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่บ้านและการเตรียมเครือข่ายในชุมชน เพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต ปัจจุบันในการกำหนดบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่มีเฉพาะเจาะจงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างดี แม้จะเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ผู้วิจัยจึงเทียบเคียงบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน 7 ขั้นตอน (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2561) ที่ใช้สำหรับเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองของสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนจากการส่งต่อเพื่อดูแลในวาระท้ายที่บ้าน จากโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นผู้ช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการประเมินให้กับทีมดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลหรือทีมหมอบรรวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สามารถเข้าไปประเมินเบื้องต้น ส่งข้อมูลและสื่อสารกับทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเพื่อประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมต่อไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอาจไม่สามารถวินิจฉัยได้ แต่สามารถประเมินความอาการของผู้ป่วย เพื่อส่งข้อมูลกับทีมดูแลแบบประคับประคองให้เข้าไปวินิจฉัยหรือช่วยเหลือได้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม และตรวจสอบข้อมูลจากหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นประเมินความต้องการทางกาย จิต สังคม อารมณ์ ความต้องการช่วยเหลือและความต้องการของครอบครัว ส่งต่อข้อมูลจากการประเมินให้ทีมดูแลประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมหมอบรรว แพทย์หรือพยาบาล เพื่อประเมินแผนการดูแล โดยจะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีการวางแผนร่วมกับญาติ ผู้ดูแล จิตอาสา ชุมชนและท้องถิ่นและเตรียมสถานที่ในการดูแลในวาระท้าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการพูดคุยให้กำลังใจ ประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ และติดตามสัญญาณชีพ อาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและหากมีปัญหาฉุกเฉินจะให้ช่วยเหลือโดยแจ้งต่อพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อประเมินและแจ้งญาติถึงอาการและการเตรียมพร้อมขณะผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 6 การดูแลหลังการเสียชีวิต แพทย์หรือพยาบาลช่วยยืนยันการเสียชีวิตและออกเอกสารรับรองการเสียชีวิตและประเมินครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 2 สัปดาห์ควรประเมินภาวะสุขภาพจิตของญาติและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 7 การพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยการสะท้อนผลการดำเนินงานในทีมดูแลแบบประคับประคอง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อพัฒนาองค์ความรู้โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน เช่น การเข้าร่วมประชุม การเสนอแนะข้อคิดเห็น เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจาก 7 ขั้นตอนข้างต้น สามารถสรุปขั้นตอนการกระทำกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยท้ายแบบประคับประคองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการส่งต่อมาดูแลที่บ้านหรือผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เคยได้รับการดูแลระยะท้าย เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยระยะท้ายจากอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อส่งข้อมูลให้กับทีมดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้าไปประเมินซ้ำ วินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำการการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ทั้งนี้หมายรวมถึงประเมินความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการออกเยี่ยมบ้านรายใหม่และผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน พร้อมทั้งประเมินตามแผนการดูแล เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขสำหรับการเยี่ยมครั้งถัดไป

ขั้นตอนที่ 5 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคองหน่วยปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชน โดยช่วยประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ พยายามให้กำลังใจ และติดตามสัญญาณชีพ อาการสำคัญของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่ผิดปกติ เพื่อแจ้งให้พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเข้ามาประเมินและแจ้งอาการกับครอบครัวต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 การดูแลหลังการเสียชีวิต หลังแพทย์หรือพยาบาลช่วยยืนยันการเสียชีวิตและออกเอกสารรับรองการเสียชีวิตและประเมินครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขจะช่วยเหลือครอบครัวในการกระทำกิจกรรมทางศาสนาหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และช่วยอยู่เป็นเพื่อนพุดคุยให้กำลังใจกับครอบครัวผู้เสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 7 การร่วมพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมหารือในการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเสนอแนะข้อมูลต่างๆ เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน คือ ทีมชุมชนต้องมีความรู้ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพร้อมกับมีทีมสนับสนุนการดูแลทั้งจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีระบบการส่งต่อ การให้คำปรึกษาจากหน่วยงาน โรงพยาบาลแม่ข่ายในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในปัจจุบันยังขาดทีมสาขาวิชาชีพในการดูแลที่เพียงพอ ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg

ทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two-Factor Theory) มีการพัฒนาโดย Frederick Herzberg ในปี ค.ศ.1950-1959 (Herzberg et al., 1959) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของมนุษย์ โดยเชื่อว่าแรงจูงใจ คือพลังส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม บุคคลที่มีแรงจูงใจสูง จะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ย่อท้อ แต่บุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำจะไม่แสดงพฤติกรรม หรือไม่ก็ล้มเลิกการกระทำก่อนบรรลุเป้าหมาย คนหรือผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ดี มีประสิทธิภาพได้นั้นย่อมขึ้นกับความพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เพราะความพึงพอใจในงานจะช่วยเพิ่มความสนใจในงานและเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น ทำให้งานมีประสิทธิภาพสูงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องรู้วิธีที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ เพื่อจะให้งานบรรลุเป้าหมายและผลผลิตของงานสูงขึ้น Herzberg กล่าวว่าปัจจัยอยู่ 2 ประการ ที่เป็นแรงจูงใจทำให้คนอยากทำงาน คือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (Motivator factors) และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) ดังนี้

1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (Motivator factors or Motivators) เป็นปัจจัยภายในหรือความต้องการภายในของพนักงานที่มีอิทธิพลในการสร้างความพึงพอใจในการทำงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยตรง และเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่

1.1 ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement) คือ การที่สามารถทำงานได้สำเร็จทันตามเป้าหมาย ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการทำงานขององค์กรให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

1.2 การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) คือ การได้รับความยอมรับนับถือจากบุคคลที่อยู่โดยรอบของบุคคลนั้นๆ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

1.3 ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หรือโอกาสในการเจริญเติบโต (Possibility of Growth) คือ การเปลี่ยนแปลงของสถานะหรือการมีโอกาสได้ก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคลากรในองค์กรอยากทำงาน

1.4 ลักษณะงานที่ทำ (Work Itself) คือ ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีของลักษณะงานนั้น ที่ต้องอาศัยกระบวนการคิด ตัดสินใจ การสร้างสรรค์ขึ้นจากตัวบุคคล

1.5 ความรับผิดชอบ (Responsibility) คือ ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้มีโอกาสได้รับมอบหมายงาน หรือมีส่วนร่วมในงานที่ได้รับมอบหมาย

2. ปัจจัยค่าจูน หรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง แต่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นที่พนักงานจะต้องได้รับการสนองตอบ เพราะถ้าไม่มีให้หรือให้ไม่เพียงพอจะทำให้พนักงานเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 10 ด้าน ได้แก่

2.1 นโยบายและการบริหารของบริษัท (Company Policy and Administration) คือ การบริหารจัดการทุกอย่างภายในองค์กรให้เกิดความเท่าเทียม ภายใต้ระเบียบข้อบังคับต่างๆ

2.2 การบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล (Supervision) คือ ลักษณะการบังคับบัญชาของหัวหน้างาน ต้องครอบคลุม ดูแลได้อย่างทั่วถึง ยุติธรรม แบ่งภาระหน้าที่ชัดเจน

2.3 ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน (Interpersonal Relations with Supervision) หมายถึงการแสดงออกทั้งด้านการติดต่อ การสื่อสาร หรือรูปแบบอื่นใดต่างๆที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกัน ได้อย่างราบรื่น

2.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (Interpersonal Relations with Peers) หมายถึงการแสดงออกทั้งด้านการติดต่อ การสื่อสาร หรือรูปแบบอื่นใดต่างๆที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกัน ได้อย่างราบรื่น จริงใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

2.5 ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา (Interpersonal Relations with Subordinators) หมายถึงการแสดงออกทั้งด้านการติดต่อ การสื่อสาร หรือรูปแบบอื่นใดต่างๆที่แสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกัน ได้อย่างราบรื่นและการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใต้บังคับบัญชา

2.6 ตำแหน่งงาน (Status) คือ อาชีพนั้นๆ ต้องเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม มีเกียรติและศักดิ์ศรี มีความสำคัญของงานต่อบริษัท

2.7 ความมั่นคงในการทำงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการทำงาน ว่างานนั้นมีความมั่นคงยั่งยืน

2.8 ชีวิตส่วนตัว (Personal Life) คือ ความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีอันเป็นผลที่ได้รับจากการทำงานหรือหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน

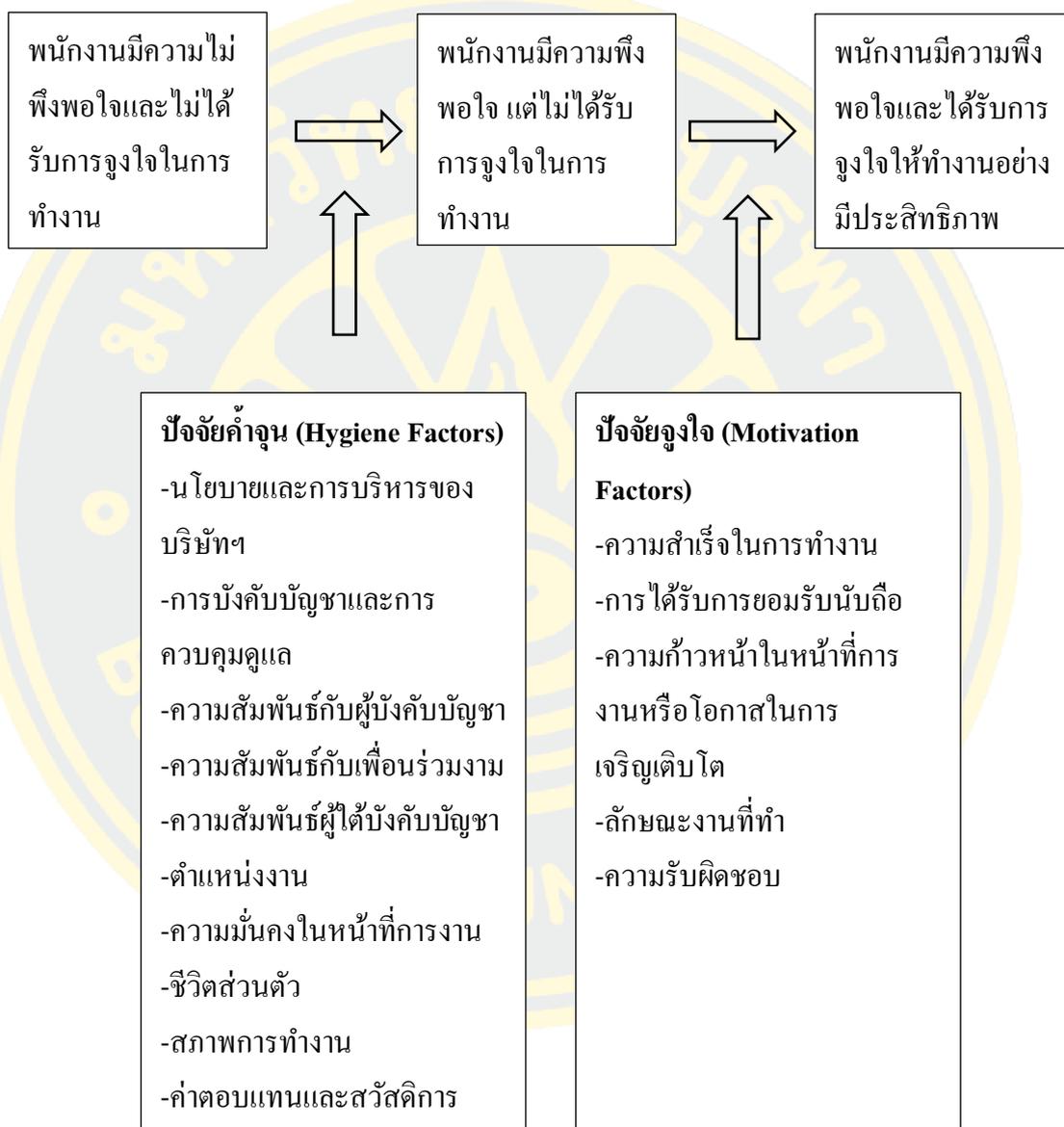
2.9 สภาพการทำงาน (Working Conditions) คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำงาน ต้องไม่มีผลกระทบต่อผู้ทำงานและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการทำงาน

2.10 ค่าตอบแทน (Compensations) และสวัสดิการ (Welfares) คือผลตอบแทนที่องค์กรจ่ายให้แก่พนักงานสำหรับการทำงานในองค์กร การเลื่อนขั้นเหมาะสมกับงานที่ทำ

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ถ้าเมื่อใดปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ลดลงต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นอย่างมาก ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานที่จะลดลงตามไปด้วย และในทางกลับกัน ถ้าเมื่อใดที่ปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factors) ลดต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นหรือขาด

ไป ก็จะทำให้พนักงานเกิดความไม่พอใจในการปฏิบัติงาน จนอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพอใจในการทำงานนั้นๆลดลงไปด้วย ส่งผลให้ผลผลิตต่องานนั้นตกต่ำ ไม่บรรลุเป้าหมาย

ทั้งนี้ จากทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two-Factor Theory) ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น สามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two-Factor Theory)

ที่มา : คัดแปลงมาจาก ปฐมวงค์ สีหาเสนา (2557)

ในการศึกษาค้างนี้ นำทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg et al., 1959) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยสรุปอธิบายถึงแรงจูงใจ คือ พลังผลักดันให้เกิดพฤติกรรม และยังกำหนดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้นด้วย บุคคลที่มีแรงจูงใจสูงจะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ ซึ่งคนหรือผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดีมีประสิทธิภาพได้นั้นย่อมขึ้นกับความพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในครั้งนี้ โดยประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาท ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจ มีเกียรติ ศักดิ์ศรีในอาชีพ ที่ทำงานนั้น ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย และปัจจัยคำจูง ได้แก่ ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ เนื่องจากหากบุคคลนั้นได้รับผลตอบแทนหรือสวัสดิการอย่างเหมาะสมกับงานที่กระทำย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะอยู่ในงานนั้น ๆ นานขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด มีบริบททางสังคม ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม วิถีชีวิตที่เหมือนกัน ดังนั้นการศึกษาค้างที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจะได้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับไปนอนโรงพยาบาล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มหลัก 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ก่อให้เกิดความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้มีลักษณะการแสดงเป็นของตนเอง โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะและการรับรู้บทบาท

1.1 ประสบการณ์

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความชัดเจนที่เกิดจากการกระทำหรือได้พบเห็นมา และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการเรียนรู้ทุก ๆ ด้าน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการแสดงออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากบททวนวรรณกรรมผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี (จักรี ปัดพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2559) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 6 – 10 ปี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11 - 15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ความรู้

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศศิวิมล ปานุราช, 2560) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร (ไพบุลย์ อินทมาศ, 2561) พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น (วิสรดา ลูรีวะ และคณะ, 2556) พบว่า การรับรู้ของอสม. ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร มีความต้องการเพิ่มเติมให้ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.

1.3 ทักษะคิด

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ๆ และมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2560) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มี ทักษะคิดในภาพรวมระดับปานกลาง ($M=2.81$, $SD = 0.23$) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู (วารินา หนูพินิจ และคณะ, 2560) ที่พบว่าทักษะคิดของพยาบาลต่อความตาย และผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.221$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 (อิสริยา รักเสนาะ และคณะ, 2561) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทักษะคิดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23$, $p < .01$) ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$, $p < .01$)

1.4 การรับรู้บทบาท

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามความเข้าใจของตนเอง ในบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ปฏิบัติ จากการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 (อิสริยา รักเสนาะ และคณะ, 2561) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอกรอบครัว จังหวัดปทุมธานี (ปรารงค์ จักรไชย และคณะ, 2560) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ กับ การปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอกรอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .52$) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ($r = .669, p < .001$) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ($r = .525, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (พรภัทรา แสนเหล่า, 2560) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกรณีที่มีต้องการการดูแลที่อยู่ยากลำบาก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

2. ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor)

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานหรือความสำเร็จโดยตรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแรงขับเคลื่อนที่อยู่ภายในตัวบุคคลกระตุ้นให้บุคคล เกิดเป็นพฤติกรรมที่จะส่งผลให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง หากขาดแรงจูงใจอาจจะส่งผลให้งานไม่ประสบผลสำเร็จหรือเกิดความไม่พอใจในงานได้

2.1 การได้รับการยอมรับนับถือ

การได้รับคำชมเชย รางวัล การได้รับการยอมรับในด้านความรู้ ความสามารถ จากชุมชน เพื่อนร่วมงาน จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลถึงผลสำเร็จของงานที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) (เพ็ญพิชชา ล้วนดี และเยาวลักษณ์ อ่ำราไพ, 2558) พบว่า ด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p มีค่าน้อยกว่า 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี (จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง, 2561) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยการได้รับการยอมรับนับถือ ($r = .62$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือ ($b = .260$) สามารถทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3. ปัจจัยค้ำจุน

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานและเป็นปัจจัยที่จะสามารถป้องกันการเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

3.1 ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ

ผลประโยชน์ที่องค์กรจัดให้เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ทำงานมีชีวิต และสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และสะดวกสบาย จากการศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี (จรุญลักษณ์ ป็องเจริญ และบุคนธ์ เมืองช้าง, 2561) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($r = .69, <.01$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่าค่าตอบแทนและสวัสดิการ ($b = .220$) สามารถทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี (ปรารักษ์ จักรไชย และคณะ, 2560) พบว่า ปัจจัยค่าจูงในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .52$)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเจ็บป่วยระยะท้ายถือว่าการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังต้องหมายรวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายด้วย ในขณะที่แนวโน้มอัตราของผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้น แต่จำนวนบุคลากรมีอยู่อย่างจำกัด การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg มาศึกษาในส่วนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดปัจจัยต่างๆ เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้บทบาท ที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งหมด 16 ตำบล 182 หมู่บ้าน ข้อมูลในปีที่ 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,153 คน (รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน เดือนธันวาคม ปี 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

4. มี Smartphone ที่สามารถใช้งานระบบ Line Application ได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับตัวแปรต้น 6 ตัวแปร ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากผลการวิจัยที่ผ่านมาของ (ศศิวิมล ปานูราช, 2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่

พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r = .244$) และคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ตามสูตร $f^2 = r^2 / (1-r^2)$ (Cohen, 1988) ได้เท่ากับ .06 หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 234 คน ผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบ ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Little and Rubin, 2002) จำนวน 23 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดจำนวน 257 คน จากการเก็บข้อมูลจริงพบมีแบบสอบถามข้อมูลไม่สมบูรณ์จำนวน 6 คน ดังนั้นจึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพียง 251 คน คิดเป็นร้อยละ 97.67

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) ดังนี้

1. กำหนดพื้นที่สำหรับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สุ่มตำบลในอำเภอประโคนชัย ซึ่งมีจำนวน 16 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน มาร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งหมดได้จำนวน 8 ตำบล ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวนทั้งสิ้น 1,268 คน ดังตารางที่ 1
2. คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจากจำนวนประชากรของแต่ละตำบล ทั้ง 8 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 257 คน ดังตารางที่ 1
3. ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบล ตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จนครบ 8 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 257 คน

ตารางที่ 1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอประโคนชัย
จังหวัดบุรีรัมย์

| ชื่อตำบลที่สุ่มเลือกได้ | จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|-------------------------|--|--------------------|
| 1. ตำบลไพศาล | 200 | 41 |
| 2. ตำบลละเวียง | 151 | 31 |
| 3. ตำบลเขาคอก | 175 | 36 |
| 4. ตำบลโคกม้า | 101 | 20 |
| 5. ตำบลประโคนชัย | 274 | 54 |
| 6. ตำบลบ้านไทร | 151 | 31 |
| 7. ตำบลตะโกตาพิ | 104 | 21 |
| 8. ตำบลแสงทอง | 112 | 23 |
| รวมกลุ่มตัวอย่าง 8 ตำบล | 1,268 | 257 |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เขตพื้นที่รับผิดชอบ ประวัติการเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินความรู้ของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2554) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และได้ทดสอบค่าความเที่ยงซ้ำก่อนเก็บข้อมูล โดยคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .90 เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมสูงสุด 20 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของ Pokpalagon (2012) การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0-9 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 10-14 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปาน

กลาง

คะแนนเฉลี่ย 15-20 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับดี
การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและ
พัฒนาข้อคำถามจากแบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล
และคณะ (2554) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธี
สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็น
แบบปลายปิดคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนนเชิงบวก | คะแนนเชิงลบ |
|----------------------|--------------|-------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 5 | 1 |
| เห็นด้วย | 4 | 2 |
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 | 3 |
| ไม่เห็นด้วย | 2 | 4 |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 1 | 5 |

เกณฑ์การแปลความหมายของ คะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการวิจัย
ครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง วรรณสุด,
2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 10.00-23.33 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ใน
ระดับ ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 23.34-36.66 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ใน
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 36.67-50.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ใน
ระดับดี

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาข้อคำถามจากแบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลต่อการแสดงบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการอบรมของ พรภัทรา แสนเหลา (2560) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบปลายปิดคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนนเชิงบวก | คะแนนเชิงลบ |
|--------------------|--------------|-------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | 5 | 1 |
| เห็นด้วยมาก | 4 | 2 |
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 | 3 |
| เห็นด้วยน้อย | 2 | 4 |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | 1 | 5 |

เกณฑ์การแปลความหมายของ การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 10.00-23.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 23.34-36.66 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 36.67-50.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับสูง

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการด้านการได้รับการยอมรับนับถือของ ภิรญา จำปาศรี และคณะ (2560) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนนเชิงบวก | คะแนนเชิงลบ |
|-------------------|--------------|-------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | 5 | 1 |
| เห็นด้วยมาก | 4 | 2 |

| | | |
|--------------------|---|---|
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 | 3 |
| เห็นด้วยน้อย | 2 | 4 |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | 1 | 5 |

เกณฑ์การแปลความหมายของ การได้รับการยอมรับนับถือ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.00-7.00 คะแนน หมายถึง มีการได้รับการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 7.01-11.00 คะแนน หมายถึง มีการได้รับการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 11.01-15.00 คะแนน หมายถึง มีการได้รับการยอมรับนับถือ อยู่ใน

ระดับสูง

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับการยอมรับนับถือ สูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ ในการปฏิบัติงาน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ชื่อแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัย

ค้ำจุนที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการด้านความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการของ

ภิกษุ จำปาศรี และคณะ (2560) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุดโดย

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนนเชิงบวก | คะแนนเชิงลบ |
|--------------------|--------------|-------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | 5 | 1 |
| เห็นด้วยมาก | 4 | 2 |
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 | 3 |
| เห็นด้วยน้อย | 2 | 4 |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | 1 | 5 |

เกณฑ์การแปลความหมายของ ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.00-9.33 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจของคำตอบแทนและ

สวัสดิการ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 9.34-14.67 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจของคำตอบแทนและ
 สวัสดิการ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 14.68-20.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจของคำตอบแทนและ
 สวัสดิการ อยู่ในระดับมาก

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ มาก
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้
 สร้างและพัฒนาเครื่องมือตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล
 ผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งที่ทำการโดยตรงและร่วมทำ
 กิจกรรม ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนของ กรมการแพทย์
 แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2561) มีการกำหนดไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยระยะ
 ท้ายในชุมชน 2) การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 3) การประเมิน
 ผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน
 6) การดูแลหลังการเสียชีวิต และ 7) การร่วมพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดย
 เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
 alpha coefficient) เท่ากับ .99 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบปลายปิดคำตอบเป็นแบบมาตร
 ประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน |
|-------------------|-------|
| ปฏิบัติมากที่สุด | 5 |
| ปฏิบัติมาก | 4 |
| ปฏิบัติปานกลาง | 3 |
| ปฏิบัติน้อย | 2 |
| ปฏิบัติน้อยที่สุด | 1 |

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนกิจกรรมการดูแล ทำหรือร่วมกิจกรรมการดูแล
 ผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น
 (ประคอง กรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 73.34-100.00 คะแนน หมายถึง ทำหรือร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะ
 ท้าย อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 46.67-73.33 คะแนน หมายถึง ทำหรือร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 20.00-46.66 คะแนน หมายถึง ทำหรือร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ทำหรือร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 3 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (David, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

สำหรับแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ และแบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้จากนักวิจัยท่านอื่น ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงมามีหลายตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่า CVI เท่ากับ .80

การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่า CVI เท่ากับ .90

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ค่า CVI เท่ากับ .90

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ แบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ และแบบสอบถาม

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (Cronbach, 1951 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ได้ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | ค่า KR-20 เท่ากับ .90 |
| ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .88 |
| การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .95 |
| การได้รับการยอมรับนับถือ | ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .83 |
| ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ | ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .78 |
| กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .99 |

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติรหัสโครงการวิจัย G-HS102/2565(E1) จึงดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
3. การยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัย ไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยผ่านระบบ Line Application ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น
4. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยใช้รหัสในแบบสอบถาม คำตอบ หรือข้อมูลทุกอย่าง
5. แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลที่ได้ จากแบบแบบสอบถามทุกอย่างถือเป็นความลับ ข้อมูลถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยใส่รหัสผ่าน ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม และนำผลที่ได้มาใช้ในการศึกษาเท่านั้น
6. การทำลายข้อมูล จะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาผลจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด และ ประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวัง Covid-19

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลาในการตอบแบบสอบถามอีกครั้งผ่านระบบ Line Application หลังจากกลุ่มตัวอย่างและ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกลุ่ม Line จากการ สแกน QR code แยกเป็นรายตำบลครบเรียบร้อยแล้ว อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วม กลุ่ม Line ภายใน 1 สัปดาห์

2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยวิจัยในเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษามีการอบรมและอธิบายขั้นตอน การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มทำแบบสอบถามจนแล้วเสร็จ เมื่อถึงวันและเวลาที่นัดหมายรายตำบล ผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อมูลคำชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแบบสอบถามปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจาก กลุ่มตัวอย่างมาครบพร้อมเพรียงกันและกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่ม ให้ทำแบบสอบถาม

2.3 กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ ผ่านการสแกน QR code หรือลิงค์ (Link) ผู้วิจัยส่งให้ผ่านระบบ Line Application ในวันและเวลาที่นัดหมาย แบบสอบถามอยู่ใน รูปแบบ Google Form สามารถเข้าถึงข้อมูลแบบสอบถามได้ 2 ช่องทาง ทั้งแบบล็อกเมลล์และไม่ ล็อกเมลล์ โดยมีผู้วิจัยเป็นเจ้าของบัญชี ไม่มีกลุ่มตัวอย่างท่านอื่นเข้าถึงข้อมูลได้ และให้เวลากลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ควบคุม

การทำแบบสอบถามในครั้งนี้นี้และมีการเตือนเรื่องระยะเวลาจากผู้วิจัย หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยผ่านกลุ่ม Line แยกรายตำบลได้

2.4 ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อป้องกันการปะปนกันของข้อมูลที่ส่งมา โดยกำหนดตำบลบ้านไทร เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00 น.-11.00 น. ตำบลแสงโตน เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.-14.00 น. ตำบลโคกม้า เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00 น.-11.00 น. ตำบลประโคนชัย เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.-14.00 น. ตำบลละหาน เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00 น.-11.00 น. ตำบลไพศาล เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.-14.00 น. ตำบลเขาคอก เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00 น.-11.00 น. และตำบลตะโกตาพิ เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.00 น.-14.00 น.

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด

2.6 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 251$)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 39 | 15.5 |
| หญิง | 212 | 84.5 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 251 | 100 |
| อายุ (ปี) | | |
| 20-29 | 5 | 2.0 |
| 30-39 | 15 | 6.0 |
| 40-49 | 83 | 33.0 |
| 50-59 | 148 | 59.0 |
| (Min = 25 ปี, Max = 59 ปี, Mean = 50.53, SD = 7.32) | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 203 | 80.9 |
| โสด | 26 | 10.3 |
| หม้าย/ หย่า/ แยก | 22 | 8.8 |
| การศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 113 | 45.0 |
| มัธยมศึกษา | 127 | 50.6 |
| ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา | 5 | 2.0 |
| ปริญญาตรี | 6 | 2.4 |
| ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. | | |
| น้อยกว่า 5 ปี | 44 | 17.5 |
| 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี | 74 | 29.5 |
| 10 ปี 1 เดือน - 15 ปี | 44 | 17.5 |
| 15 ปี 1 เดือน - 20 ปี | 47 | 18.8 |
| มากกว่า 20 ปี | 42 | 16.7 |
| (Min = 1 ปี, Max = 38 ปี, Mean = 13.61, SD = 8.54) | | |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | | |
| เคย | 131 | 52.2 |
| ไม่เคย | 120 | 47.8 |
| ประสบการณ์ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | |
| ประสบการณ์ร่วม | 110 | 43.8 |
| น้อยกว่า 1 ปี - 5 ปี | 108 | 43.0 |
| 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี | 21 | 8.4 |
| 10 ปี 1 เดือน - 15 ปี | 6 | 2.4 |
| 15 ปี 1 เดือน - 20 ปี | 5 | 2.0 |
| มากกว่า 20 ปี | 1 | 0.4 |
| (Min = 1 เดือน, Max = 25 ปี, Mean = 2.59, SD = 4.18) | | |

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 59) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.9) สำหรับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.6) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี (ร้อยละ 29.5) รองลงมา มีระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15 ปี 1 เดือน - 20 ปี (ร้อยละ 18.8) มีประวัติเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 52.2) มีประสบการณ์ตรงในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี - 5 ปี (ร้อยละ 43.0) รองลงมาอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี (ร้อยละ 8.4) และมีประสบการณ์ร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน (ร้อยละ 43.8)

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ

วิเคราะห์ ระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ โดยนำเสนอด้วยช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้บทบาทการได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ ($n = 251$)

| ตัวแปร | ช่วงคะแนน | | M | SD | ระดับ |
|------------------------------------|-------------------|-------------|-------|------|---------|
| | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนที่ได้ | | | |
| ความรู้ | 0-20 | 5-20 | 17.76 | 3.54 | ดี |
| ทักษะคิด | 10-50 | 26-48 | 37.99 | 3.57 | ดี |
| การรับรู้บทบาท | 10-50 | 19-50 | 42.02 | 5.30 | สูง |
| การได้รับการยอมรับนับถือ | 3-15 | 7-15 | 12.61 | 1.56 | สูง |
| ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ | 4-20 | 9-20 | 12.60 | 1.81 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่ากับ 17.76 ($SD=3.54$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 ต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่ากับ 37.99 ($SD=3.57$) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 48 ต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่ากับ 42.02 ($SD=5.30$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนนต่ำสุด 19 คะแนน การได้รับการยอมรับนับถืออยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการยอมรับนับถือเท่ากับ 12.61 ($SD=1.56$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 15 ต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการเท่ากับ 12.60 ($SD=1.81$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 ต่ำสุดเท่ากับ 9

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของ
กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรง โดยภาพรวมและ
รายข้อ ($n = 141$)

| ข้อความ | <i>M</i> | <i>SD</i> | ระดับ |
|---|----------|-----------|-------|
| การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | |
| การช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | 88.0 | .81 | มาก |
| การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เคยได้รับการประเมิน | 86.0 | .85 | มาก |
| การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง | | | |
| การประเมินความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะ ท้าย | 86.2 | .82 | มาก |
| การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม | | | |
| การประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายด้าน กาย จิต สังคม อารมณ์ | 88.0 | .84 | มาก |
| การสอบถามความต้องการความช่วยเหลือ จากครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย | 88.0 | .82 | มาก |
| การสอบถามสาเหตุความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยระยะท้ายและ ครอบครัว | 87.0 | .82 | มาก |
| การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง | | | |
| การตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน | 88.6 | .71 | มาก |
| การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง | 87.6 | .79 | มาก |
| การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | |
| การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยระยะท้าย | 89.4 | .71 | มาก |
| การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับครอบครัว | 87.2 | .74 | มาก |
| การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ | 82.8 | .94 | มาก |
| การวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย | 85.8 | .82 | มาก |
| การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในชุมชน กรณีที่ไม่สามารถดูแล อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้ายได้ | 88.0 | .83 | มาก |
| การประสานงานติดต่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ | 88.2 | .76 | มาก |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| ข้อความ | <i>M</i> | <i>SD</i> | ระดับ |
|--|--------------|------------|------------|
| การช่วยเหลือครอบครัว หากมีปัญหาการเงิน | 86.0 | .79 | มาก |
| การพูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล | 89.2 | .73 | มาก |
| การดูแลหลังการเสียชีวิต | | | |
| การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว | 82.8 | .94 | มาก |
| การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว | 87.0 | .77 | มาก |
| การร่วมพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | | | |
| การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 87.0 | .79 | มาก |
| การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 87.6 | .81 | มาก |
| โดยรวม | 87.02 | .73 | มาก |

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรงโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 87.02$, $SD = .73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 89.4$, $SD = .71$) รองลงมา คือ การพูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล ($M = 89.2$, $SD = .73$) และการตามเชิ่อมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน ($M = 88.6$, $SD = .71$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($M = 82.8$, $SD = .94$) และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ($M = 82.8$, $SD = .94$)

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ร่วม โดย
ภาพรวมและรายข้อ ($n = 110$)

| ข้อความ | <i>M</i> | <i>SD</i> | ระดับ |
|---|----------|-----------|---------|
| การค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | |
| การช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | 80.6 | .89 | มาก |
| การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เคยได้รับการประเมิน | 78.8 | .95 | มาก |
| การวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง | | | |
| การประเมินความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะ ท้าย | 77.4 | .90 | มาก |
| การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม | | | |
| การประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายด้าน กาย จิต สังคม อารมณ์ | 77.0 | .93 | มาก |
| การสอบถามความต้องการความช่วยเหลือ จากครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย | 78.8 | .89 | มาก |
| การสอบถามสาเหตุความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยระยะท้ายและ ครอบครัว | 79.0 | .91 | มาก |
| การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง | | | |
| การตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน | 79.6 | .91 | มาก |
| การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง | 78.2 | .93 | มาก |
| การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | |
| การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยระยะท้าย | 81.8 | .87 | มาก |
| การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับครอบครัว | 77.4 | .94 | มาก |
| การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ | 72.6 | .88 | ปานกลาง |
| การวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย | 76.2 | .90 | มาก |
| การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในชุมชน กรณีที่ไม่สามารถดูแล อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้ายได้ | 78.4 | .92 | มาก |
| การประสานงานติดต่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ | 78.0 | .88 | มาก |

ตารางที่ 5 (ต่อ)

| ข้อความ | <i>M</i> | <i>SD</i> | ระดับ |
|--|--------------|------------|------------|
| การช่วยเหลือครอบครัว หากมีปัญหาการเงิน | 77.4 | .87 | มาก |
| การพูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล | 79.2 | .94 | มาก |
| การดูแลหลังการเสียชีวิต | | | |
| การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว | 72.6 | .88 | ปานกลาง |
| การอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว | 77.6 | .84 | มาก |
| การร่วมพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | | | |
| การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 78.6 | .94 | มาก |
| การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 76.0 | .99 | มาก |
| โดยรวม | 77.76 | .95 | มาก |

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ร่วม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 77.76, SD = .95$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 81.8, SD = .87$) รองลงมา คือ การช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ($M = 80.6, SD = .89$) และการตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน ($M = 79.6, SD = .91$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($M = 72.6, SD = .88$) และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ($M = 72.6, SD = .88$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ การรับรู้บทบาท ปัจจัยเชิงใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจ

ของค่าตอบแทนและสวัสดิการ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Assumption) ดังนี้

1.1 ตัวแปรตามเป็น Interval/ ratio scale ในการวิจัยครั้งนี้มีแปรตาม คือ คะแนนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีระดับการวัดเป็น Interval scale

1.2 ตัวแปรต้นเป็น Interval/ ratio scale หรือเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิจัยครั้งนี้มีแปรต้น มีทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะ ทักษะการรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ ทุกตัวมีระดับการวัดเป็น Interval scale

1.3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากค่า Fisher skewness coefficient และค่า Fisher kurtosis coefficient ซึ่งไม่มีค่าเกิน +/- 1.96 (สำหรับ $\alpha = .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.4 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงจากการทำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ และความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (x_1) ทักษะ (x_2) การรับรู้บทบาท (x_3) การได้รับการยอมรับนับถือ (x_4) ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ (x_5) และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (y) ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 251$)

| ตัวแปร | y | x_1 | x_2 | x_3 | x_4 | x_5 |
|--------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|
| y | 1.00 | | | | | |
| x_1 | .013 | 1.00 | | | | |
| x_2 | .473** | -.012 | 1.00 | | | |
| x_3 | .580** | .148* | .580** | 1.00 | | |
| x_4 | .493** | .087 | .471** | .610** | 1.00 | |
| x_5 | .079 | -.084 | .050 | .060 | .099 | 1.00 |

* $p < .05$, ** $p < .01$

1.5 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบการทำ Histogram ของค่า Residual พบว่า ค่า Residual มีการกระจายแบบปกติ เมื่อวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson พบว่า ได้เท่ากับ 1.968 ซึ่งเข้าใกล้ 2 และมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน ไม่มี Autocorrelation

1.6 ตัวแปรต้นทุกตัวอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน .85 (ค่า $r < .85$) ดังแสดงในตารางที่ 7 ไม่มีค่า Tolerance ของตัวแปรใด $< .20$ จากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ได้ค่า Tolerance $> .518$ ขึ้นไป และค่า Variance inflation factor [VIF] ไม่มากกว่า 4 จากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ได้ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00-1.93 ซึ่งไม่มากกว่า 4 (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.7 ไม่มี Multivariate outlier พิจารณาจากการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนทุกค่าอยู่ในช่วง $+/- 3$

1.8 ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน คือ σ^2 ของ y ต้องคงที่ในทุกค่าของ x (Homoscedasticity) พิจารณาจากกราฟ Scatterplot ระหว่างค่ามาตรฐานของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย (ZRESID) และค่ามาตรฐานของค่าทำนายที่ได้จากสมการ (ZPRED) พบว่า การกระจายของจุดบนกราฟไม่มีลักษณะที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จุดอยู่ห่างจากเส้น 0 ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($n = 251$)

| ตัวแปรพยากรณ์ | R^2 | b | SE(b) | Beta | t | p |
|--------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| การรับรู้บทบาท | .258 | .609 | .194 | .225 | 3.139 | .002 |
| การได้รับการยอมรับนับถือ | .311 | 2.306 | .609 | .250 | 3.787 | <.001 |
| ทัศนคติ | .344 | .905 | .259 | .224 | 3.488 | .001 |
| ค่าคงที่ = -5.911 | | | 8.34 | | -7.08 | .479 |

$R^2=.344, Adj.R^2=.336, F_{(3,124)}= 43.117, p < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ และทัศนคติ โดยสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 34.4 ($R^2=.344, p < .001$) ปัจจัยตัวแรกที่ถูกละเลือกเข้าสมการทำนายได้แก่ การรับรู้บทบาท โดยสามารถทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 25.8 ($R^2=.258, p = .002$) ปัจจัยตัวที่สองที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าสมการทำนายได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ โดยสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.4 ($R^2 \text{ change} = .054$) เป็นร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311, p < .001$) และปัจจัยตัวที่สามที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนายได้แก่ ทัศนคติ โดยสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.2 ($R^2 \text{ change}=.032$) เป็นร้อยละ 34.4 ($R^2=.344, p = .001$)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาท ($\beta = .225$) ปัจจัยตัวที่สองที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ($\beta = .250$) และปัจจัยตัวที่สามที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทัศนคติ ($\beta = .224$)

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน =
 $-5.911+0.609$ (การรับรู้บทบาท)+ 2.306 (การได้รับการยอมรับนับถือ)+ 0.905 (ทัศนคติ)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 257 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับตัวแปรในระดับต่ำจึงคัดออกจากสมการ ได้กลุ่มตัวอย่างสุทธิทั้งหมด 251 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ แบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ และแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยแบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90, .88, .95, .83, .78, .99 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 59) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.9) สำหรับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.6) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี (ร้อยละ 29.5) รองลงมา มีระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15 ปี 1 เดือน - 20 ปี (ร้อยละ 18.8) มีประวัติเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 52.2) มีประสบการณ์ตรงในกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี - 5 ปี (ร้อยละ 43.0) รองลงมาอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี (ร้อยละ 8.4) และมีประสบการณ์ร่วมในการกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน (ร้อยละ 43.8)

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรง มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 87.02$, $SD = .73$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ร่วม มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 77.76$, $SD = .95$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาท ($\beta = .225$) การได้รับการยอมรับนับถือ ($\beta = .250$) ทักษะคติ ($\beta = .224$) โดยสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344$, $p < .001$) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\text{กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน} = -5.911 + 0.609 (\text{การรับรู้บทบาท}) + 2.306 (\text{การได้รับการยอมรับนับถือ}) + 0.905 (\text{ทักษะคติ})$$

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการดูแลหรือร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและศึกษาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับกิจกรรมการดูแลหรือร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรง มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 87.02$, $SD = .73$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 89.4$, $SD = .71$) รองลงมา คือ การพูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล ($M = 89.2$, $SD = .73$) และการตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน ($M = 88.6$, $SD = .71$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($M = 82.8$, $SD = .94$) และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ($M = 82.8$, $SD = .94$) เนื่องจากเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่กระทำโดยตนเอง ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น (Academy, 2021) จนนำไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์ร่วม มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 77.76$, $SD = .95$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่

มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 81.8, SD = .87$) รองลงมา คือ การช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ($M = 80.6, SD = .89$) และการตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชน ($M = 79.6, SD = .91$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ($M = 72.6, SD = .88$) และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธาของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ($M = 72.6, SD = .88$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนก่อนปฏิบัติหน้าที่จำเป็นผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วย วิชาสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. วิชาสุขภาพจิตมีสุข วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผน/โครงการชุมชน และวิชาการบริหารจัดการ ประกอบกับรูปแบบการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนนั้น คือ การเยี่ยมบ้าน เน้นการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ การให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นและการประเมินภาวะสุขภาพ (แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ, 2560) โดยมีการออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนเป็นประจำทุกปี ทำให้สามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้อบรมมากับการมีประสบการณ์ร่วมมาใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามคะแนนค่าเฉลี่ยรายชื่อจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยรายชื่อสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ร่วมทุกข้อ อาจเนื่องมาจากประสบการณ์คือปัจจัยที่จะนำไปสู่ความเข้าใจที่มากขึ้น เกิดเป็นความคิดรวบยอด ทักษะใหม่ๆซึ่งจะทำให้รูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถนำไปปรับใช้เพื่อตกผลึกความคิดมาพัฒนาตนเองได้ (Kolb, 1984) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเกิดความเข้าใจ ความรู้ และความชำนาญในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ร่วม

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีดังนี้

2.1 การรับรู้บทบาท เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 25.8 ($R^2 = .258, p = .002$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\beta = .225$) ซึ่ง WHO (2002) กล่าวไว้ว่า การรับรู้บทบาทที่เหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจงาน

ที่ได้รับมอบหมายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นผลให้บุคคลพยายามเรียนรู้ในบทบาท จนเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตามไปด้วย ดังนั้นถ้าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจได้รับการมอบหมายความรับผิดชอบก็จะทำให้เกิดความสามารถในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ ดังการศึกษาของงานวิจัยของ ภิญญา จำปาศรี และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม พบว่า การรับรู้บทบาท ($\beta = .38$) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวฯ ของ อสม. ได้ร้อยละ 40.40 สอดคล้องกับ ณัฐรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ($r = .669, p < .001$) และอิสริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p = .00$) และพรภัทรา แสนเหลา (2560) ที่ศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกรณีที่มีความต้องการการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2.2 การได้รับการยอมรับนับถือ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ($R^2 \text{ change} = .054$) เป็นร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311, p < .001$) ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg et al., 1959) เชื่อว่า คนหรือผู้ปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานได้ผลดีมีประสิทธิภาพได้นั้นย่อมขึ้นกับความพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เพราะความพึงพอใจจะช่วยเพิ่มความสนใจในงาน และเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น การได้รับการยอมรับนับถือก็เป็นหนึ่งในปัจจัยจูงใจที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงานที่ทำให้เป้าหมายและผลผลิตของงานสูงขึ้น โดยจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการยอมรับนับถืออยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของภิญญา จำปาศรี และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยจูงใจ ($\beta = .36$) สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการ

เคลื่อนไหวฯ ของ อสม. ได้ สอดคล้องกับ จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช่าง (2561) ที่ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยการยอมรับนับถือ ($r = .62$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือ ($b = .260$) สามารถทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเพ็ญพิชชา ล้วนดี และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (2558) ที่ศึกษาแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พบว่า ด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p มีค่าน้อยกว่า 0.001

2.3 ทักษะคิด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 ($R^2 \text{ change} = .032$) เป็นร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344, p = .001$) ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg et al., 1959) กล่าวไว้เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นในการทำงาน (Motivation Factors or Motivators) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง และเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ทัศนคติทางบวกและการจูงใจที่แท้จริง โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของ วารินา หนูพินิจ และคณะ (2560) ที่พบว่า ทักษะคิดของพยาบาลต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตายและผู้ป่วยใกล้ตายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.221, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p = .004$) ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p = .00$) และการศึกษาของ ณัฐรดา แฮคำ และคณะ (2563) ที่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแล ($r = .344, p < .001$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ มีดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพ ไม่สามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสิทธิภาพ

มาแล้วไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ร่วม เนื่องมีการออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพทุกปี จึงไม่สามารถทำนายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษาคำว่ารู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่ต่างกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.2 ความรู้ ไม่สามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้เกิดการกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย อาทิเช่น การรับรู้บทบาทและทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากการรับรู้บทบาทที่เหมาะสมและการมีทัศนคติทางบวกจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระทำกิจกรรมนั้นอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริยา รักเสนาะ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหารสังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4 ($p < .05$)

3.3 ความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ ไม่สามารถร่วมทำนายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ อาจเกิดเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจหน้าที่ของตนเองพร้อมทั้งปฏิบัติหน้าที่โดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับมุ่งเน้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และการสร้างพลังแห่งชีวิต (สภากาชาดแห่งประเทศไทย, 2556) ถึงแม้ว่าผลการศึกษาของ จริญญาภรณ์ ป็องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2561) ที่ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยคำตอบแทนและสวัสดิการ ($r = .69$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอสม. พบว่า คำตอบแทนและสวัสดิการ ($b = .220$) สามารถทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนวยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ และทัศนคติ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การรับรู้บทบาท ควรมีกิจกรรมที่เพิ่มการรับรู้บทบาทของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามสิทธิและหน้าที่ของตนตามสถานภาพในสังคม อาทิ เช่น การแลกเปลี่ยนการทำหน้าที่บทบาทต่างๆระหว่างสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยในความดูแลรับผิดชอบกับผู้ที่ยังไม่มีผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนการทำบทบาทหน้าที่กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านอื่น เป็นต้น โดยกระตุ้นให้เกิดการสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
2. การได้รับการยอมรับนับถือ ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสนับสนุนการได้รับการยอมรับในด้านความรู้ ความสามารถจากชุมชน เพื่อร่วมงาน หรือบุคลากรสุขภาพ อาทิเช่น การมอบรางวัล การเป็นตัวแทนในการเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว เป็นต้น ก่อให้เกิดความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จของงานเพิ่มมากขึ้น
3. ทัศนคติ โดยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ยอมรับ เข้าใจ เห็นคุณค่าของผู้ป่วยระยะท้าย เช่น การดูงานเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่ประสบผลสำเร็จ การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะสามารถสร้างประโยชน์และเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขท่านอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ โดยเน้นเรื่องการรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ และทัศนคติ
2. ควรมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่สังคมเขตเมือง เขตชนบท เขตอุตสาหกรรม เนื่องจากแต่ละสังคมมีบริบทการใช้ชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและเคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมาแล้ว

4. ควรมีการวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คู่มือหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นต่อไป



บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. (2557). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25621124013609AM_17.pdf

กรมการแพทย์. (2559). รายชื่อโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองและหน่วยงานที่ดูแล

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf

กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87_5.pdf

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ.

<https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/download/3895-dl0046.html>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย.

https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-22--579.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย.

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย.

https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM

คมคาย สิริปัญญาสิงห์ทอง, สุชาติ เชื้อรุ่ง, และไพฑูริย์ นิवास. (2565). การตายในมุมมอง 4 ศาสนา.

วารสารปรัชญาปริทรรศน์, 27(2), 208-302. [https://so05.tci-](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/phiv/article/view/258936/177443)

[thaijo.org/index.php/phiv/article/view/258936/177443](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/phiv/article/view/258936/177443)

- จรูญลักษณ์ ป็องเจริญ, และยุคนธ์ เมืองช้าง. (2561). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1),
60-70.
- จักรี ปัดพี, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บ่อพลอย จังหวัด กาญจนบุรี. *วารสารฉบับ
ภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 9(3), 1190-
1250. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/75662/60932>
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS
(พิมพ์ครั้งที่ 2). บางแสนการพิมพ์.
- ณัฐรดา แสคำ, วรรณรัตน์ ลาวัง, และสมสมัย รัตนกรिताกุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
พร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสาร
การพยาบาลและการศึกษา*, 13(4), 1-17.
- บวรลักษณ์ ทองทวี, เขาวรัตน์ มัชฌิม, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2561). พฤติกรรมการดูแลแบบ
เอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4).
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ
อินเตอร์มีเดีย.
- ปฐมวงศ์ สีหาเสนา. (2557). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลค่ายเนินวง ตำบล
บางกะจะ อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี*. ปรินยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัย
บูรพา. <https://www.slideshare.net/slideshow/t3-98876797/98876797>
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. <https://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=134334>
- ปรานค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวเรช ช้างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี.
วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 16-28. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/97087/75604>
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2559). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 40-51.
- พรภัทรา แสนเหล่า. (2561). บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

- หมู่บ้าน และพระสงฆ์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 150-156. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111870/87272>
- เพ็ญพิชชา ล้วนดี, และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. (2559). แรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 48-59. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/46838/38822>
- ไพบุลย์ อินทมาศ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. ปรินิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กิริญา จำปาศรี, สมสมัย รัตนกริฑากุล, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 76-88. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101429/78624>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2563, 18 มิถุนายน). *ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตอนที่ 4: ซ้ำแหวะปัญหา-เดินหน้ากระดาษ “ตายดี”*. <https://thaitgri.org/?p=39042>
- โรงพยาบาลจุฬารัตน์. (2565). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต*. <https://www.chulabhornchannel.com/Online.pdf>
- วริศรา ลูวิระ, เดือนเพ็ญ ศรีชา, และศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 199-204. <https://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10899720.pdf>
- วารินา หนูพินิจ, กิตติกร นิลพัทธ์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 94-106.
- ศศิวิมล ปานูราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ปรินิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5814032057_8091_9246.pdf
- สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2556). *หลักสูตรสำหรับฝึกอบรมอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่มือการใช้*.

- <https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/VolunteerLivingWill/book.html#p=2>
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *หลักการมาตรา 12 ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติคือ สิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ*. <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/26906>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติ. (2563). *สถิติด้านสุขภาพ*.
https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3511
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานภาวะสังคม*.
https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=socialoutlook_report
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2561). *เอกสารการตรวจเยี่ยมราชการและนิเทศงานปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2661*. https://brm.moph.go.th/strategy/page/inspection_page.php
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2563). *ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*.
https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
- แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สุปริญญา สัมพันธ์รัตน์, และจุลจราพร สิ้นสิริ. (2560). ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(1), 77-89. https://tcithailand.org/wp-content/themes/magazine-style/tci_search/article.html?b3B1bkFydGljbGUmaWQ9MzAwMDgx
- อิสริยา รักเสนาะ, สุชัชชา ชัยวิบูลย์ธรรม, และปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2561). ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของนักเรียนพยาบาลทหาร สังกัดกระทรวงกลาโหม ชั้นปีที่ 4. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 242-250.
- Academy, w. (2021). *A guide to experiential learning and why it's important*.
<https://www.xwa.edu.sg/th/blog/students/guide-to-experiential-learning-and-why-it-matters/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://docs.opendeved.net/lib/9UDZ3UVQ>
- Guirguis-Younger, M., & Grafanaki, S. (2008). Narrative Accounts of Volunteers in Palliative Care Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(1), 16-23.
- Heangkul, N., & Yaebka, Y. (2020). Factors Predicting Urban Area Role Performance among Village Health Volunteers in Sukhothai Province. *Journal of Health Scienc*, 22(2), 314-322. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8813/8110>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work* Wiley New York.
<https://books.google.co.th/books?id=KYhB->

- B6kfSMC&pg=PA81&hl=th&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*.
Prentice-Hall.
https://www.fullerton.edu/cice/_resources/pdfs/sl_documents/Experiential%20Learning%20-%20Experience%20As%20The%20Source%20Of%20Learning%20and%20Development.pdf
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119013563>
- Luijckx, K. G., & Schols, J. M. G. A. (2009). Volunteers in Palliative Care Make A Difference. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 9-30. <https://doi.org/10.1177/082585970902500104>
- Msc, K. W., Hasselaar, J., Beek, K. v., Radbruch, L., Engels, B. J. Y., & Vissers, K. (2014). Volunteers in Palliative Care – A Comparison of Seven European Countries: A Descriptive Study. *Pain Practice*, 15(6), 572-579. <https://doi.org/doi.org/10.1111/papr.12209>
- Pokpalagon, P. (2012). *Knowledge, attitude, and caring behavior for end of life patients among professional nurses in governmental hospitals*. [Master's thesis, Mahidol University].
- Vanderstichelen, S., Cohen, J., Wesemael, Y. V., Deliens, L., & Chambaere, K. (2019). Perspectives on Volunteer-Professional Collaboration in Palliative Care: A Qualitative Study Among Volunteers, Patients, Family Carers, and Health Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(2), 198-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.016>
- WHO. (2002). *Innovative care for chronic condition: Building block for action*.
<http://apps.who.int/diabetes/publication/iccreport/en/>
- WHO. (2012). *Palliative care*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- WHO. (2019, AUGUST 15). *Global atlas of palliative care at the end of life*.
<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative-care-atlas/en/>
- WHO. (2020, AUGUST 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา รองคณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงหะหล้า กลุ่มวิชาการพยาบาล มรดา ทารก และผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวะดี กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. นายแพทย์รัศมีศักดิ์ อัมไพพันธ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลบุรีรัมย์
5. นางสาวอมรรัตน์ กุลถวายนพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไม้งาม



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา

สำเนา

ที่ IRB3-004/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS102/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพจนา ไกรศรี

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรรม แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรรม แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)





ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS102/2565(E1).....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวพจนนา ไกรสร หน่วยงาน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอำนาจการทำนายของปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ทัศนคติและการรับรู้บทบาท 2) ปัจจัยจิตใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ และ 3) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความพึงพอใจของคำตอบและสวัสดิการ ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาครั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือนและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์จะเป็นการชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัยและมีคำถาม 1 ข้อ ถามว่า “ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการและขอแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ” ซึ่งมีข้อความให้เลือก ยินยอม หรือ ไม่ยินยอม หากเลือกคำตอบ “ยินยอม” จะเข้าสู่ระบบตอบแบบสอบถามในส่วนถัดไป คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ แบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบและสวัสดิการ และแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนั้นเลือกคำตอบ “ไม่ยินยอม” จะมีข้อความในระบบแจ้งว่า “การปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลต่อการรับบริการ การรักษาโรคและการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ท่านพึงได้รับ”

การวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่มีประโยชน์ทางตรงต่ออาสาสมัคร แต่ประโยชน์ทางอ้อมที่จะได้จากผลการวิจัยคือ สามารถเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขอท่านไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของท่านไม่มี

Version 1.2/ July 1, 2021

- 1 -

เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



BUU-IRB Approved

20 Jan 2023

AF 06-02

ผลกระทบต่อสิทธิประการใดๆ ที่ท่านพึงได้รับและไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวม โดยไม่ได้วิเคราะห์แยกตามตำบลที่ท่านอาศัยอยู่และจะนำผลที่ได้มาใช้ในการศึกษาเท่านั้นและข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของ คณะผู้วิจัย การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของท่านสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่างๆจะถูกเก็บในตู้เอกสารที่มิดชิดใส่กุญแจไว้ หลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวพจนา ไกรศร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 082-1480735 หรือที่รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-3852835 e-mail: stoonsiri@hotmail.com ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยและขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

พจนา ไกรศร
ผู้วิจัย



BUU-IRB Approved
20 Jan 2023



ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงความยินยอมและแผนภาพการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS102/2565(E1).....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าและสิทธิที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

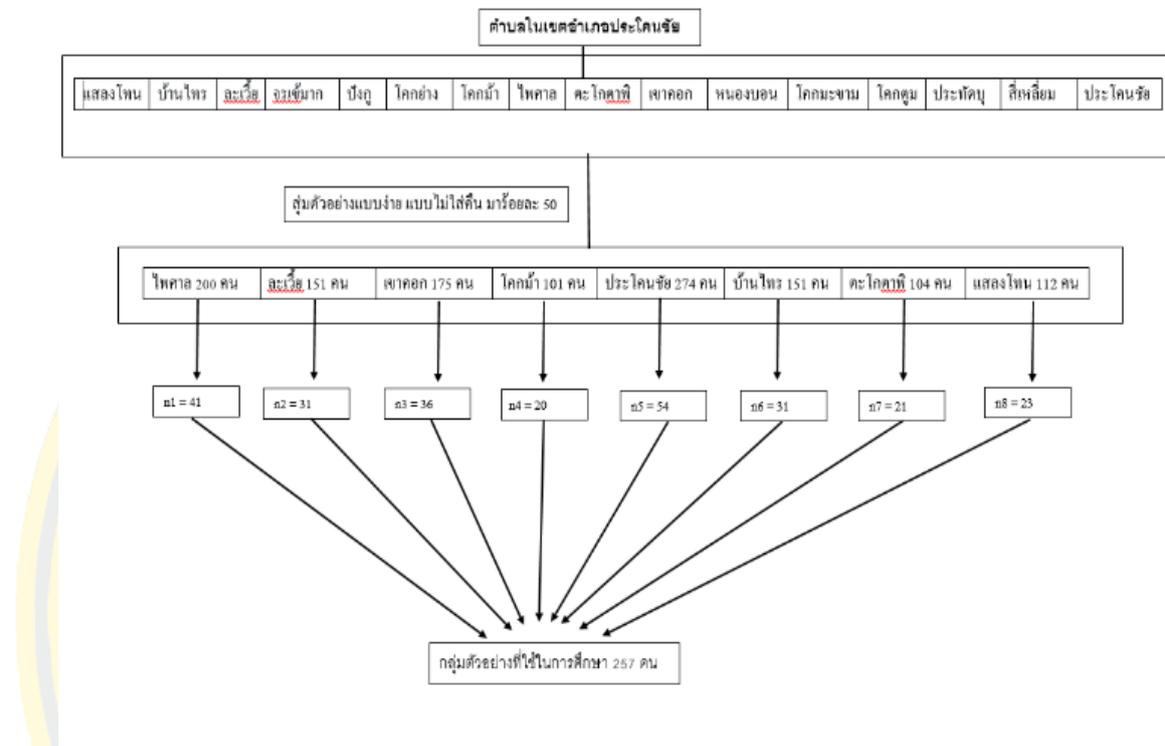
(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



BUU-IRB Approved
20 Jan 2023



ภาพที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นตอน



ภาคผนวก จ

แบบสอบถามงานวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 20 ข้อ
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตอบแบบสอบถาม โดยไม่ระบุชื่อ นามสกุล ในการตอบ และข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวพจนา ไกรสร

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามแล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

4. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม

5. ระดับการศึกษาสูงสุด สำเร็จการศึกษาชั้น

- () 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. ระยะเวลาปฏิบัติงานในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปี.....เดือน

7. ชื่อชุมชนที่รับผิดชอบในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ปัจจุบัน

.....

8. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่

- () เคย
() ไม่เคย

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน หรือไม่

- () เคยระบุนาน.....ปี.....เดือน
() ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
|-----|---|-----|--------|---------|
| 1 | “บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน คือ การเยี่ยมให้กำลังใจและซื้อของเยี่ยมตามมารยาท | | | |
| 2 | . | | | |
| 3 | การดูแลแบบประคับประคองต้องเข้าใจและเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว | | | |
| 4 | . | | | |
| 5 | ไม่ควรใช้ยาแก้ปวดบ่อยๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วย ตึดยาได้ | | | |
| 6 | . | | | |
| 7 | . | | | |
| 8 | . | | | |
| 9 | อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แสดงให้ทราบว่า “ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต” | | | |
| 10 | . | | | |
| 11 | . | | | |
| 12 | . | | | |

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
|-----|--|-----|--------|---------|
| 13 | . | | | |
| 14 | . | | | |
| 15 | . | | | |
| 16 | การจัดพื้นที่อยู่อาศัยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง รบกวนให้น้อยที่สุดเพื่อการพักผ่อนนอนหลับ | | | |
| 17 | . | | | |
| 18 | . | | | |
| 19 | สิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำตามความปรารถนา เช่น ได้ทำบุญ หรือได้ขออโหสิกรรม | | | |
| 20 | . | | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5) | เห็น ด้วย (4) | เห็นด้วย ปานกลาง (3) | ไม่เห็น ด้วย (2) | ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1) |
|-----|---|------------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 1 | ฉันคิดว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย | | | | | |
| 2 | . | | | | | |
| 3 | . | | | | | |
| 4 | . | | | | | |
| 5 | ฉันคิดว่า ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพราะเป็นบุคคลสำคัญและผูกพันกับผู้ป่วย | | | | | |
| 6 | . | | | | | |
| 7 | . | | | | | |
| 8 | . | | | | | |
| 9 | . | | | | | |
| 10 | . | | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วยมากที่สุด (5) | เห็นด้วย (4) | เห็นด้วยปานกลาง (3) | เห็นด้วยน้อย (2) | ไม่เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) |
|-----|---|--------------------------|-----------------|------------------------|---------------------|------------------------------|
| 1 | . | | | | | |
| 2 | การบริหารงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่ายให้สอดคล้องกับความสามารถ | | | | | |
| 3 | . | | | | | |
| 4 | . | | | | | |
| 5 | . | | | | | |
| 6 | . | | | | | |
| 7 | . | | | | | |
| 8 | . | | | | | |
| 9 | . | | | | | |
| 10 | ท่านร่วมมือกับครอบครัวจัดหาสิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความสุขด้านจิตวิญญาณ ตามความเชื่อและนับถือของแต่ละบุคคลในวาระท้ายของชีวิต | | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการยอมรับนับถือ

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วยมากที่สุด (5) | เห็นด้วย (4) | เห็นด้วยปานกลาง (3) | ไม่เห็นด้วย (2) | ไม่เห็นด้วยที่สุด (1) |
|-----|--|--------------------------|-----------------|------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1 | ท่านได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | | | |
| 2 | . | | | | | |
| 3 | . | | | | | |

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการ

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วยมากที่สุด (5) | เห็นด้วย (4) | เห็นด้วยปานกลาง (3) | ไม่เห็นด้วย (2) | ไม่เห็นด้วยที่สุด (1) |
|-----|--|--------------------------|-----------------|------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1 | . | | | | | |
| 2 | . | | | | | |
| 3 | ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจที่คำตอบแทนรายเดือนเท่ากับทุกคน โดยไม่คำนึงถึงภาระงานหรือผลงาน | | | | | |
| 4 | . | | | | | |

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง ท่านอ่านข้อความ และตอบแบบสอบถามตามการปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของท่าน ตามเกณฑ์ดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำ/สม่ำเสมอ/ตลอดเวลา หรือมากที่สุด

4 หมายถึง ปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้ง หรือมาก

3 หมายถึง ปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือปานกลาง

2 หมายถึง ปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามข้อความนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือน้อย

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตามข้อความนั้น ๆ เลย หรือปฏิบัติน้อยที่สุด

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ ประจำ (5) | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4) | ปฏิบัติ บางครั้ง (3) | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2) | ไม่ปฏิบัติ เลย (1) |
|-----|---|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 | ท่านช่วยค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | | | | | |
| 2 | . | | | | | |
| 3 | ท่านได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อประเมินความต้องการดูแลด้านกาย จิต สังคม อารมณ์ | | | | | |
| 4 | ท่านพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย | | | | | |
| 5 | . | | | | | |
| 6 | . | | | | | |
| 7 | . | | | | | |
| 8 | . | | | | | |
| 9 | . | | | | | |
| 10 | . | | | | | |
| 11 | . | | | | | |
| 12 | . | | | | | |

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ ประจำ (5) | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (4) | ปฏิบัติ บางครั้ง (3) | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2) | ไม่ปฏิบัติ เลย (1) |
|-----|--|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 13 | . | | | | | |
| 14 | . | | | | | |
| 15 | . | | | | | |
| 16 | . | | | | | |
| 17 | . | | | | | |
| 18 | ท่านอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วย ระยะท้าย กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว | | | | | |
| 19 | . | | | | | |
| 20 | ท่านเข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย | | | | | |



ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ ทักษะคิด การรับรู้บทบาท การได้รับการยอมรับนับถือ ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายด้าน ($n = 251$)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | ระดับ |
|-------------------------------------|-------|--------|---------|
| ความรู้ | 6 | 2.4 | ไม่ดี |
| | 33 | 13.1 | ปานกลาง |
| | 212 | 84.5 | ดี |
| ทักษะคิด | 0 | 0 | ไม่ดี |
| | 95 | 37.8 | ปานกลาง |
| | 156 | 62.2 | ดี |
| การรับรู้บทบาท | 1 | 0.4 | ต่ำ |
| | 24 | 9.6 | ปานกลาง |
| | 226 | 90.0 | สูง |
| การได้รับการยอมรับนับถือ | 1 | 0.4 | ต่ำ |
| | 34 | 13.5 | ปานกลาง |
| | 216 | 86.1 | สูง |
| ความพึงพอใจของค่าตอบแทนและสวัสดิการ | 7 | 2.8 | น้อย |
| | 222 | 88.4 | ปานกลาง |
| | 21 | 8.4 | มาก |
| กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 3 | 1.2 | ไม่ดี |
| | 58 | 23.1 | ปานกลาง |
| | 190 | 75.7 | ดี |

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ตรง (n=141)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่ทราบ | |
|-----|---|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | บทบาท ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน คือ การเยี่ยมให้กำลังใจ..... | 124 | 87.9 | 17 | 12.1 | 0 | 0 |
| 2 | อสม.ต้องประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน..... | 136 | 96.5 | 4 | 2.8 | 1 | .7 |
| 3 | การดูแลแบบประคับประคองต้องเข้าใจและเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึก..... | 139 | 98.6 | 1 | .7 | 1 | .7 |
| 4 | การดูแลแบบประคับประคอง.....ผู้ป่วยระยะท้าย..... | 108 | 76.6 | 31 | 22 | 2 | 1.4 |
| 5 | ไม่ควรใช้ยาแก้ปวดบ่อยๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย | 96 | 68.1 | 42 | 29.8 | 3 | 2.1 |
| 6 | การใช้ยาแก้ปวด.....ช่วยทำให้ผู้ป่วยนอนหลับ | 114 | 80.9 | 25 | 17.7 | 2 | 1.4 |
| 7 | ความอดทนต่อความปวดของผู้ป่วยระยะท้ายจะลดลง เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล.. | 109 | 77.3 | 29 | 20.9 | 3 | 2.1 |
| 8 | ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการเหนื่อยหอบ....หายใจช้าๆ... | 135 | 95.7 | 6 | 4.3 | 0 | 0 |
| 9 | อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แสดงให้ทราบว่า “ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าสู่..... | 99 | 70.2 | 30 | 21.3 | 12 | 8.5 |
| 10 | การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง...ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ | 136 | 96.5 | 5 | 3.5 | 0 | 0 |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่ทราบ | |
|-----|---|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 11 | อสม.ที่มีความจริงใจ หน้าตายิ้มแย้ม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้าย.... เกิดความรู้สึกยอมรับและไว้วางใจ | 137 | 97.2 | 4 | 2.8 | 0 | 0 |
| 12 | การรับฟังอย่างตั้งใจเป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่ง่ายที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วย..... รู้สึกสบายใจ | 136 | 96.5 | 5 | 3.5 | 0 | 0 |
| 13 | การดูแลจิตใจของผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังอยู่ในระยะ โกรธควรถกั้นหาสาเหตุให้ได้ | 123 | 87.2 | 17 | 12.1 | 1 | .7 |
| 14 | การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย สามารถทำได้โดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย..... | 139 | 98.6 | 0 | 0 | 2 | 1.4 |
| 15 | ผู้ป่วยระยะท้าย ควรพักอาศัยอยู่ในชุมชนใหญ่กลางเมือง..... | 82 | 58.2 | 56 | 39.7 | 3 | 2.1 |
| 16 | การจัดพื้นที่อยู่อาศัยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ควร..... ครอบคลุมให้น้อยที่สุด..... | 91 | 64.5 | 48 | 34.0 | 2 | 1.4 |
| 17 | การที่สมาชิกในครอบครัวอยู่เคียงข้าง.... จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ | 134 | 95.0 | 5 | 3.2 | 2 | 1.4 |
| 18 | การจัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยระยะท้ายให้สำเร็จจุดลง....เผชิญความตายด้วยความสงบ | 127 | 90.1 | 13 | 9.2 | 1 | .7 |
| 19 | การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำตามความปรารถนา | 132 | 93.6 | 7 | 5.0 | 2 | 1.4 |
| 20 | การสวดมนต์ การฟังธรรมะ การอธิษฐาน....ยึดเหยี่ยวจิตใจ.. | 137 | 97.2 | 3 | 2.1 | 1 | .7 |

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
รายข้อ (n=141)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|---------|-------------|-----|-----|
| | | อย่างยิ่ง | ด้วย | ปานกลาง | ด้วย | อย่างยิ่ง | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายช่วยให้สามารถ ดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทาง กาย..... | 52.5 | 41.1 | 5.7 | .7 | 0 | 4.4 | .64 |
| 2 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้าน..... | 33.3 | 50.4 | 12.1 | 4.3 | 0 | 4.1 | .78 |
| 3 | อสม.ถือเป็นบุคคล สำคัญในการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายใน ชุมชน | 34.8 | 55.3 | 9.9 | 0 | 0 | 4.2 | .62 |
| 4 | อสม.ที่ผ่านการอบรม การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้าย..... | 44.0 | 49.6 | 5.7 | .7 | 0 | 4.4 | .64 |
| 5 | ผู้ป่วยระยะท้าย ต้องการการดูแลจาก สมาชิกในครอบครัว | 58.9 | 37.6 | 2.8 | .7 | 0 | 4.5 | .59 |
| 6 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้านไม่สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุข สบาย..... | 27.0 | 38.3 | 18.4 | 15.6 | .7 | 2.2 | 1.0 |
| 7 | การให้ยาแก้ปวด ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ | 32.6 | 48.2 | 14.9 | 4.3 | 0 | 4.0 | .80 |

ตารางที่ 10 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|---------|-------------|-----|-----|
| | | อย่างยิ่ง | ด้วย | ปานกลาง | ด้วย | อย่างยิ่ง | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 8 | ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการเหนื่อยหอบ | 28.4 | 46.8 | 19.9 | 5.0 | 0 | 2.0 | .82 |
| 9 | ไม่ควรพูดคุยเรื่องความตายให้ผู้ป่วยได้ยิน | 29.8 | 54.6 | 12.1 | 3.5 | 0 | 4.1 | .74 |
| 10 | ความเชื่อ/ ศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย.... | 41.8 | 48.2 | 7.8 | 2.1 | 0 | 4.2 | .70 |

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้บทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | (4) | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (3) | (2) | (1) | | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย..... | 38.3 | 59.6 | 1.4 | .7 | 0 | 4.3 | .55 |
| 2 | การบริหารงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย..... | 44.0 | 47.5 | 7.8 | .7 | 0 | 4.3 | .65 |
| 3 | การดำเนินงาน.....แบบหุ้นส่วนต้องอาศัย... อสม.เป็นคู่ดูแลสุขภาพ.... | 27.0 | 63.8 | 7.1 | 1.4 | .7 | 4.1 | .66 |

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|---|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | (4) | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 4 | การบริหารเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายในชุมชน จำเป็นต้องมี อสม. เข้าร่วม..... | 37.6 | 53.9 | 7.8 | .7 | 0 | 4.2 | .63 |
| 5 | อสม. สามารถเป็น แกนนำภาค ประชาชน..... | 39.0 | 52.5 | 7.1 | 1.4 | 0 | 4.2 | .66 |
| 6 | อสม.มีส่วนร่วมใน การเสนอความ คิดเห็น..... | 38.3 | 59.6 | .7 | 1.4 | 0 | 4.3 | .57 |
| 7 | อสม.ชักชวนเพื่อน บ้านเข้าร่วมกิจกรรม พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยระยะท้าย | 44.7 | 49.6 | 4.3 | .7 | .7 | 4.3 | .66 |
| 8 | อสม.ประสานงานกับ กลุ่มผู้นำชุมชน และ องค์การบริหารส่วน ตำบล (อบต.) | 47.5 | 46.8 | 4.3 | .7 | .7 | 4.3 | .67 |
| 9 | การเตรียมความ พร้อมเครือข่าย | 42.6 | 51.8 | 2.1 | 3.5 | 0 | 4.3 | .69 |
| 10 | อสม. ร่วมมือกับ ครอบครัว..... | 41.1 | 53.2 | 2.1 | 3.5 | 0 | 4.3 | .68 |

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการยอมรับนับถือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)

| ข้อ | ข้อคำถาม | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็น | M | SD |
|-----|--|-----------|----------|----------|----------|-----------------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | (4) | ปานกลาง | ด้วยน้อย | ไม่เห็นด้วยน้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (3) | (2) | (1) | | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้นำชุมชน..... | 36.9 | 53.9 | 9.2 | 0 | 0 | 4.2 | .62 |
| 2 | เพื่อนร่วมทีม อสม.ให้การยอมรับในความรู้..... | 36.2 | 59.6 | 4.3 | 0 | 0 | 4.3 | .55 |
| 3 | การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของท่านได้รับการยอมรับและชื่นชมจากชุมชน | 36.9 | 58.2 | 4.3 | .7 | 0 | 4.3 | .58 |

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของคำตอบแทนและสวัสดิการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=141)

| ข้อ | ข้อคำถาม | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|---|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | ด้วย | ปานกลาง | ด้วยน้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | รู้สึกพึงพอใจต่อสวัสดิการ..... | 28.4 | 46.1 | 23.4 | 2.1 | 0 | 4.0 | .78 |
| 2 | รู้สึกพึงพอใจที่ได้.....การดูแลรักษาพยาบาล..... | 34.8 | 48.2 | 16.3 | .7 | 0 | 4.1 | .72 |

ตารางที่ 13 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | ด้วย | ปานกลาง | ด้วยน้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 3 | รู้สึกไม่พึงพอใจที่ คำตอบแทนรายเดือน เท่ากับทุกคน..... | 24.1 | 41.8 | 29.1 | 5.0 | 0 | 2.1 | .97 |
| 4 | รู้สึกไม่พึงพอใจต่อเงิน เบี้ยเลี้ยง..... | 26.2 | 41.1 | 29.1 | 3.5 | 0 | 2.1 | .93 |

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
รายชื่อ (n=141)

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|-----|--|---------|-----------|----------|------------|------------|
| | | ประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นานๆ ครั้ง | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ |
| 1 | ค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | 58.9 | 23.4 | 16.3 | 1.4 | 0 |
| 2 | ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เคยได้รับ การประเมิน..... | 53.2 | 24.1 | 21.3 | 1.4 | 0 |
| 3 | เข้าเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย..... | 58.2 | 24.8 | 14.9 | 1.4 | .7 |
| 4 | พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย | 58.9 | 29.8 | 10.6 | .7 | 0 |
| 5 | เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชนทุก คน | 55.3 | 33.3 | 10.6 | .7 | 0 |
| 6 | เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน | 55.3 | 28.4 | 14.9 | 1.4 | 0 |
| 7 | ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับ สมาชิกใน ครอบครัวที่บ้าน | 50.4 | 36.9 | 11.3 | 1.4 | 0 |
| 8 | ขอความช่วยเหลือจากแหล่ง สนับสนุน อื่น ๆ..... | 44.7 | 30.5 | 20.6 | 2.8 | 1.4 |
| 9 | ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ/ ความศรัทธา..... | 45.4 | 41.1 | 9.9 | 2.8 | .7 |

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|-----|--|---------|-----------|----------|------------|------------|
| | | ประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นานๆ ครั้ง | เลย |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ |
| 10 | สอบถามความต้องการความช่วยเหลือ จากครอบครัว..... | 56.7 | 30.5 | 8.5 | 4.3 | 0 |
| 11 | ประเมินความทุกข์ทรมาน..... | 48.9 | 37.6 | 9.9 | 2.8 | .7 |
| 12 | ทำนวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายกับครอบครัว | 48.2 | 36.2 | 12.8 | 2.1 | .7 |
| 13 | ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในชุมชน..... | 57.4 | 28.4 | 11.3 | 2.1 | .7 |
| 14 | ติดต่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์.... | 53.2 | 37.6 | 7.8 | 1.4 | 0 |
| 15 | สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลใจของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว | 51.1 | 36.9 | 9.2 | 1.4 | 1.4 |
| 16 | ช่วยเหลือครอบครัว หากมีปัญหาฉุกเฉิน..... | 45.4 | 41.8 | 9.9 | 2.1 | .7 |
| 17 | พูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล..... | 57.4 | 33.3 | 7.8 | .7 | .7 |
| 18 | อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย..... | 50.4 | 36.2 | 11.3 | 2.1 | 0 |
| 19 | ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 52.5 | 31.9 | 13.5 | 2.1 | 0 |
| 20 | เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 54.6 | 31.2 | 12.1 | 1.4 | .7 |

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ร่วม (n=110)

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่ทราบ | |
|-----|--|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | บทบาท ในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน คือ การเยี่ยมให้กำลังใจ | 83 | 75.5 | 21 | 19.1 | 6 | 5.5 |
| 2 | อสม.ต้องประเมิน ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยระยะท้าย | 101 | 91.8 | 6 | 6.5 | 3 | 2.7 |
| 3 | การดูแลแบบ ประคับประคองต้องเข้าใจ และเข้าถึงอารมณ์และ ความรู้สึก..... | 104 | 94.5 | 4 | 3.6 | 2 | 1.8 |
| 4 | การดูแลแบบ ประคับประคอง มีความ เหมาะสมเฉพาะในผู้ป่วย ระยะท้าย | 74 | 67.3 | 26 | 23.6 | 10 | 9.1 |
| 5 | ไม่ควร ใช้จ่ายแก้ปวดบ่อยๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย เพราะ อาจจะทำให้ผู้ป่วย คิดยา ได้ | 58 | 52.7 | 35 | 31.8 | 17 | 15.5 |
| 6 | การ ใช้จ่ายแก้ปวด ช่วยลด ความทุกข์ทรมานและช่วย ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับ | 69 | 62.7 | 35 | 31.8 | 6 | 5.5 |
| 7 | ความอดทนต่อความปวด ของผู้ป่วย.....ลดลง.... | 63 | 57.3 | 37 | 33.6 | 10 | 9.1 |

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่ทราบ | |
|-----|---|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 8 | ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการ เหนื่อยหอบ สามารถ ช่วยเหลือได้ โดยให้หายใจ เข้าออกช้าๆ | 93 | 84.5 | 13 | 11.8 | 4 | 3.6 |
| 9 | อาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อ อาหาร แสดงให้ ทราบว่า..... | 56 | 50.9 | 29 | 26.4 | 25 | 22.7 |
| 10 | การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง.....สามารถ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้ | 101 | 91.8 | 7 | 6.4 | 2 | 1.8 |
| 11 | อสม.ที่มีความจริงใจ หน้าตายิ้มแย้ม สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้าย.... เกิดความรู้สึกยอมรับและ ไว้วางใจ | 107 | 97.3 | 2 | 1.8 | 1 | .9 |
| 12 | การรับฟังอย่างตั้งใจเป็น วิธีการให้คำปรึกษาที่ง่าย ที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ | 107 | 97.3 | 3 | 2.7 | 0 | 0 |
| 13 | การดูแลจิตใจ.....อยู่ใน ระยะ โกรธควรค้นหา สาเหตุให้ได้..... | 88 | 80.0 | 17 | 15.5 | 5 | 4.5 |
| 14 | การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยระยะท้าย สามารถ ทำได้โดยการอยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วย | 98 | 89.1 | 10 | 9.1 | 2 | 1.8 |
| 15 | ผู้ป่วยระยะท้าย ควรพัก อาศัยอยู่ในชุมชนใหญ่ กลางเมือง | 57 | 51.8 | 47 | 42.7 | 6 | 5.5 |

ตารางที่ 15 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | ใช่ | | ไม่ใช่ | | ไม่ทราบ | |
|-----|--|-------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 16 | การจัดพื้นที่อยู่อาศัยใน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ บ้าน ควร..... ครอบคลุมให้ น้อยที่สุดเพื่อการพักผ่อน นอนหลับ | 59 | 53.6 | 46 | 41.8 | 5 | 4.5 |
| 17 | การที่สมาชิกในครอบครัว อยู่เคียงข้างผู้ป่วยระยะท้าย | 106 | 96.4 | 4 | 3.6 | 0 | 0 |
| 18 | การจัดการกับสิ่งที่ค้างคา ใจของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นวิธีการช่วยให้ ผู้ป่วยระยะท้ายเผชิญความ ตายด้วยความสงบ | 95 | 86.4 | 11 | 10.0 | 4 | 3.6 |
| 19 | การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำ ตามความปรารถนา | 94 | 85.5 | 16 | 14.5 | 0 | 0 |
| 20 | การสวดมนต์..... สามารถช่วยยึดเหนี่ยว จิตใจผู้ป่วยได้ | 105 | 95.5 | 3 | 2.7 | 2 | 1.8 |

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
รายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|---------|-------------|-----|-----|
| | | อย่างยิ่ง | ด้วย | ปานกลาง | ด้วย | อย่างยิ่ง | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้าย..... | 39.1 | 53.6 | 6.4 | .9 | 0 | 4.3 | .63 |
| 2 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้านทำให้..... เข้าถึงการบริการ สุขภาพ..... | 22.7 | 53.6 | 15.5 | 8.2 | 0 | 3.9 | .84 |
| 3 | อสม.ถือเป็นบุคคล สำคัญ... | 26.4 | 53.6 | 16.4 | 3.6 | 0 | 4.0 | .76 |
| 4 | อสม.ที่ผ่านการอบรม การ.....สามารถดูแล ผู้ป่วย... | 30.9 | 58.2 | 8.2 | 2.7 | 0 | 4.2 | .69 |
| 5 | ผู้ป่วยระยะท้าย ต้องการการดูแลจาก สมาชิกในครอบครัว | 60.9 | 35.5 | 3.6 | 0 | 0 | 4.6 | .57 |
| 6 | การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้านไม่สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุข สบาย..... | 13.6 | 44.5 | 26.4 | 13.6 | 1.8 | 2.6 | .95 |
| 7 | การให้ยาแก้ปวด ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ | 20.9 | 48.2 | 24.5 | 5.5 | .9 | 3.8 | .86 |
| 8 | ผู้ป่วยระยะท้ายมักมี อาการเหนื่อยหอบ | 27.3 | 45.5 | 22.7 | 4.5 | 0 | 2.0 | .83 |

ตารางที่ 16 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|---------|-------------|-----|-----|
| | | อย่างยิ่ง | ด้วย | ปานกลาง | ด้วย | อย่างยิ่ง | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 9 | ไม่ควรพูดคุยเรื่อง ความตายให้ผู้ป่วยได้ ยิน | 22.7 | 54.5 | 19.1 | 3.6 | 0 | 3.9 | .75 |
| 10 | ความเชื่อ/ ศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจของผู้ป่วย | 23.6 | 61.8 | 12.7 | 1.8 | 0 | 4.1 | .66 |

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้บทบาทในการดูแลผู้ป่วย
ระยะท้ายรายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | (4) | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (3) | (2) | (1) | | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การสร้างเครือข่ายใน การดูแลผู้ป่วยระยะ ท้าย..... | 26.4 | 59.1 | 12.7 | 1.8 | 0 | 4.1 | .68 |
| 2 | การบริหารงาน เครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย..... | 29.1 | 52.7 | 16.4 | 1.8 | 0 | 4.1 | .72 |
| 3 | การดำเนินงาน....แบบ หุ้นส่วนต้องอาศัย ความร่วมมือจาก อสม. เป็นผู้ดูแลสุขภาพ.... | 13.6 | 62.7 | 21.8 | 1.8 | 0 | 3.9 | .64 |
| 4 | การบริหารเครือข่าย.. จำเป็นต้องมี อสม. เข้า ร่วม..... | 20.9 | 64.5 | 13.6 | .9 | 0 | 4.1 | .62 |

ตารางที่ 17 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|---|-----------|----------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | (4) | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (3) | (2) | (1) | | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 5 | อสม.สามารถเป็นแกนนำภาคประชาชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้าย | 21.8 | 60.0 | 18.2 | 0 | 0 | 4.0 | .63 |
| 6 | อสม.มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น..... | 16.4 | 65.5 | 18.2 | 0 | 0 | 3.9 | .59 |
| 7 | อสม.ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย | 22.7 | 63.6 | 12.7 | .9 | 0 | 4.0 | .62 |
| 8 | อสม.ประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) | 32.7 | 54.5 | 12.7 | 0 | 0 | 4.2 | .65 |
| 9 | การเตรียมความพร้อมเครือข่ายก่อนการรับผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแล..... | 26.4 | 56.4 | 11.8 | 4.5 | .9 | 4.0 | .81 |
| 10 | อสม.ร่วมมือกับครอบครัวจัดหาสิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วย..... | 25.5 | 60.0 | 10.0 | 3.6 | .9 | 4.1 | .81 |

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการยอมรับนับถือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|-----------|--------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด | ด้วย | ปานกลาง | ด้วยน้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | การได้รับความร่วมมือ อย่างดีจากผู้นำ ชุมชน..... | 13.6 | 72.7 | 12.7 | .9 | 0 | 3.9 | .55 |
| 2 | เพื่อนร่วมทีม อสม.ให้ การยอมรับในความรู้ | 26.4 | 62.7 | 10.9 | 0 | 0 | 4.1 | .59 |
| 3 | การให้บริการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายของ ท่านได้รับการยอมรับ และชื่นชมจากชุมชน | 20.9 | 67. | 10.9 | .9 | 0 | 4.0 | .59 |

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของคำตอบแทนและ
สวัสดิการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|---|----------|--------|----------|----------|-------------|-----|-----|
| | | มาก | ด้วย | ปานกลาง | ด้วยน้อย | น้อยที่สุด | | |
| | | ที่สุด | (4) | (3) | (2) | (1) | | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | | |
| 1 | รู้สึกพึงพอใจต่อ สวัสดิการต่างๆ..... | 15.5 | 59.1 | 22.7 | 1.8 | .9 | 3.9 | .72 |
| 2 | รู้สึกพึงพอใจที่ได้..... การดูแลรักษาพยาบาล | 20.0 | 67.3 | 11.8 | .9 | 0 | 4.1 | .59 |

ตารางที่ 19 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | เห็นด้วย | เห็น | เห็นด้วย | ไม่เห็น | ไม่เห็นด้วย | M | SD |
|-----|--|---------------|----------|-------------|--------------|----------------|-----|-----|
| | | มากที่สุด (5) | ด้วย (4) | ปานกลาง (3) | ด้วยน้อย (2) | น้อยที่สุด (1) | | |
| 3 | รู้สึกไม่พึงพอใจที่ คำตอบแทนรายเดือน เท่ากับทุกคน..... | 9.1 | 57.3 | 26.4 | .9 | 6.4 | 2.4 | .91 |
| 4 | รู้สึกไม่พึงพอใจ..เงินเบี้ย เลี้ยง.. | 7.3 | 58.2 | 27.3 | .9 | .64 | 2.4 | .89 |

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รายข้อ (n=110)

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |
|-----|---|-----------|---------------|--------------|----------------|------------|
| | | ประจำ (5) | บ่อยครั้ง (4) | บางครั้ง (3) | นานๆ ครั้ง (2) | |
| 1 | ค้นหาผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน | 39.1 | 26.4 | 32.7 | 1.8 | 0 |
| 2 | ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่เคยได้รับ การประเมิน..... | 37.3 | 24.5 | 33.6 | 4.5 | 0 |
| 3 | เข้าเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้าย..... | 30.0 | 30.9 | 34.5 | 3.6 | .9 |
| 4 | พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะท้าย | 40.0 | 31.8 | 25.5 | 2.7 | 0 |
| 5 | เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายรายใหม่ในชุมชนทุก คน | 37.3 | 26.4 | 33.6 | 2.7 | 0 |
| 6 | เยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน | 32.7 | 31.8 | 29.1 | 6.4 | 0 |
| 7 | ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับ สมาชิกใน ครอบครัวที่บ้าน | 31.8 | 30.0 | 31.8 | 6.4 | 0 |
| 8 | ขอความช่วยเหลือจากแหล่ง สนับสนุน อื่น ๆ..... | 18.2 | 34.5 | 39.1 | 8.2 | 0 |
| 9 | ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางศาสนา .. | 25.5 | 42.7 | 28.2 | 3.6 | 0 |

| ข้อ | ข้อความ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ เลย |
|-----|---|---------|-----------|----------|------------|-------------------|
| | | ประจำ | บ่อยครั้ง | บางครั้ง | นานๆ ครั้ง | |
| | | (5) | (4) | (3) | (2) | |
| | | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ | ร้อยละ |
| 10 | สอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 32.7 | 31.8 | 31.8 | 3.6 | 0 |
| 11 | ประเมินความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะท้าย | 29.1 | 34.5 | 30.9 | 5.5 | 0 |
| 12 | ทำแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายกับครอบครัว | 26.4 | 35.5 | 31.8 | 5.5 | .9 |
| 13 | ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในชุมชน..... | 33.6 | 29.1 | 32.7 | 4.5 | 0 |
| 14 | ติดต่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 30.9 | 30.0 | 36.4 | 2.7 | 0 |
| 15 | สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลใจ..... | 30.9 | 39.1 | 24.5 | 4.5 | .9 |
| 16 | ช่วยเหลือครอบครัว หากมีปัญหาการเงิน..... | 25.5 | 42.7 | 25.5 | 6.4 | 0 |
| 17 | พูดคุยให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งดีงามหรือสิ่งที่เป็นกุศล..... | 33.6 | 36.4 | 23.6 | 5.5 | .9 |
| 18 | อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย..... | 23.6 | 46.4 | 25.5 | 3.6 | .9 |
| 19 | ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 33.6 | 30.6 | 30.9 | 3.6 | .9 |
| 20 | เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย | 30.0 | 29.1 | 33.6 | 5.5 | 1.8 |

ประวัติย่อของผู้วิจัย

| | |
|---------------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | นางสาวพจนาน ไกรสร |
| วัน เดือน ปี เกิด | 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดบุรีรัมย์ |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | 148 หมู่ 3 ตำบลแสงโตน อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ |
| ตำแหน่งและประวัติการทำงาน | พ.ศ. 2559-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2555-2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา |