



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาล
ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

พงศกร สีทิศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาล
ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม



พงศกร สีทิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING ROLE PERFORMANCE IN THE PALLIATIVE CARE FOR END OF
LIFE PATIENTS AMONG COMMUNITY NURSES, MAHA SARAKHAM PROVINCE



PONGSAGON SITIT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2025
COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พงศกร สีทิส ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.รักษนก คชไกร)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตา สุขภู ฑูลศิริ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64920440: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, พยาบาลชุมชน
 พงศกร สีทิส : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
 ประคับประคอง ของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. (FACTORS INFLUENCING ROLE
 PERFORMANCE IN THE PALLIATIVE CARE FOR END OF LIFE PATIENTS AMONG COMMUNITY
 NURSES, MAHA SARAKHAM PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณรัตน์ ลาวัง, ปร.ด.,
 พรนภา หอมสินธุ์, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2568.

พยาบาลชุมชนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
 ประคับประคอง การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 แบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง คือ
 พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการ
 ปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 240 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกกลุ่ม
 ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม
 พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาท ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติ
 บทบาท ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการ
 ปฏิบัติบทบาท โดยมีความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบราค อยู่ที่ 0.990, 0.779 (KR-20), 0.990, 0.977,
 0.990, 0.974 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบ
 ประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 73.53, SD = 9.68, M_{adj} = 2.44$) ปัจจัยที่สามารถร่วม
 ทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัด
 มหาสารคาม ได้แก่ ประสพการณ์การดูแล ($\beta = .481$) และทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($\beta = .281$)
 สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 50.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{adj} = .507, p < .001$)

ข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
 ประคับประคองของพยาบาลชุมชนด้วยการส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติบทบาทโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มี
 ประสพการณ์น้อย พร้อมจัดให้ผู้มีประสพการณ์มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
 ที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

64920440: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: TERMINAL PATIENT, PALLIATIVE CARE, COMMUNITY NURSE

PONGSAGON SITIT : FACTORS INFLUENCING ROLE PERFORMANCE IN THE PALLIATIVE CARE FOR END OF LIFE PATIENTS AMONG COMMUNITY NURSES, MAHA SARAKHAM PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG, Ph.D. PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 2025.

A community nurse is a significant resource in the palliative care system. This predictive correlational research aimed to describe the performing roles in palliative care for end-of-life patients among community nurses and to determine factors influencing their roles. The sample group is 240 community nurses responsible for palliative care for terminally ill patients who used to work in primary care units in Maha Sarakham Province. The sample group was selected by cluster sampling. Data was collected between May and August 2024 using a self-reported questionnaire including performing roles of caring, knowledge about care, skills to perform the role, resources to perform the role, motivation to perform the role, and access to information (reliability coefficients 0.990, 0.779 (KR-20), 0.990, 0.977, 0.990, 0.974, respectively). Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

The study revealed that the overall performance role in palliative care for end-of-life patients among community nurses was rated at a moderate level ($M = 73.53$, $SD = 9.68$, $M_{adj} = 2.44$). Experience ($\beta = .481$) and skills to perform the role ($\beta = .281$) could predict 50.7 % of the variance accounted ($R^2 = .511$, $R^2_{adj} = .507$, $p < .001$).

Suggestions for developing a program to promote the performing roles in palliative care for end-of-life patients among community nurses should promote skills to perform the role, especially among those with little experience, and also organize those with experience to participate in supporting the practice, in order to lead to effective palliative care in the community.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อบุญชื่น คุณแม่ลดาวัลย์ สีสิต เพื่อนร่วมชั้น ปี อาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนและเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบ ความสำเร็จในการศึกษา

พงศกร สีสิต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมุติฐาน.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัญหาและความต้องการการดูแล.....	11
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	14
กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ..	20
บทบาทพยาบาลชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน.....	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของ พยาบาลชุมชน.....	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย.....	40

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	55
ส่วนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	57
ส่วนที่ 3 ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา.....	60
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง	62
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
อภิปรายผล.....	65
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	72
ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้	72
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	81
ภาคผนวก ก	82
ภาคผนวก ข	84
ภาคผนวก ค	93
ภาคผนวก ง.....	98

ภาคผนวก จ 112

ภาคผนวก ฉ 122

ประวัติย่อของผู้วิจัย..... 124



สารบัญตาราง

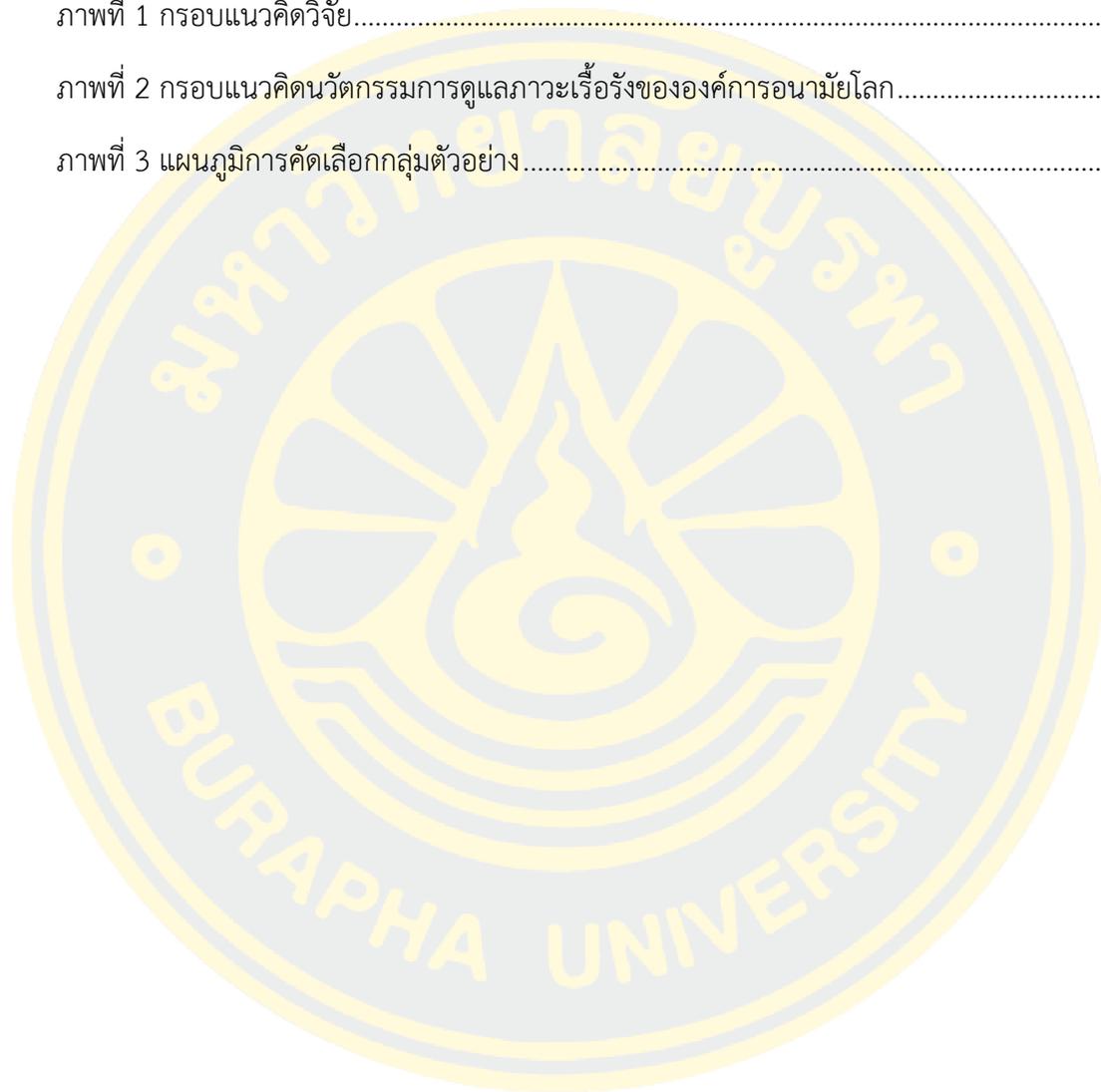
	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่.....	43
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย	50
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลตามส่วนบุคคล ($n = 240$).....	56
ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 240$).....	57
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล จำแนกตามการปฏิบัติบทบาทการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ แยกรายข้อ ($n = 240$)	58
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติบทบาทโดยรวม และรายด้าน ($n = 240$)	61
ตารางที่ 7 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปรผลตามตัวแปรตาม จำแนก ตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 240$)	61
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ($n = 240$)	63
ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของพยาบาลชุมชน ($n = 240$)	113
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($n =$ 240).....	115
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (n $= 240$).....	117
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท .	119
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติ บทบาท ($n = 240$).....	121

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาทผู้ป่วย ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท (n = 240) 123



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก.....	23
ภาพที่ 3 แผนภูมิการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	42



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วาระสุดท้ายของชีวิต (End of life) เป็นภาวะที่บุคคลเกิดการบาดเจ็บหรือป่วยเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาวินิจฉัยได้พยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้ รวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร ปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องมาจากภาวะชรา อุบัติเหตุ หรือโรคเรื้อรัง จากสถิติปี พ.ศ. 2554 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองจำนวน 54,591,143 ราย (Connor & Sepulveda, 2014) เพิ่มขึ้นเป็น 56,840,123 ราย ในปี พ.ศ. 2563 (Connor, 2020) ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่า จะมีเพียง 40 ล้านคน (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 มี 178,283 ราย (ความชุก 268.61 ต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นเป็น 193,555 ราย (ความชุก 292.47 ต่อแสนประชากร) ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนสูงสุดที่สุด คือ 70,269 ราย (ความชุกเท่ากับ 438.02 ต่อแสนประชากร) และ 80,991 ราย (ความชุก 507.74 รายต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับจังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 2,374 ราย (ความชุก 357.94 รายต่อแสนประชากร) เพิ่มขึ้นเป็น 2,462 ราย (ความชุก 369.17 รายต่อแสนประชากร) ในปี พ.ศ. 2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากสถานการณ์ข้างต้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสมจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในระบบบริการสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคต

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่มิภาวะคุกคามต่อชีวิต มีข้อจำกัดในการดำรงชีวิต และมีแนวโน้มเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้การเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (กรมการแพทย์, 2563) จากการศึกษาพบว่า มีเพียง 1 ใน

5 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลกที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2020; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) ซึ่งอาจเกิดจากการข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารการดูแลแบบประคับประคอง หรือปัญหาด้านวัฒนธรรมและความเชื่อที่ขัดแย้งต่อการดูแลแบบประคับประคอง (Hawley, 2017) ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาโดยเฉพาะการส่งเสริมให้ดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ซึ่งในประเทศไทยส่วนมากตัวผู้ป่วยเองมีความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่คุ้นเคย อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงยังสามารถช่วยแบ่งเบาภาระทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยได้อีกด้วย (พัชระกรพจน์ ศรีประสารและคณะ, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยเหลือตนเองลดลง ไม่สุขสบาย มีอารมณ์เศร้า เครียด หรือวิตกกังวล รวมทั้งข้อจำกัดด้านการเงินหรือแหล่งสนับสนุน จึงต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่หลากหลายและมีความซับซ้อน (ธารินี เพชรรัตน์ และคณะ, 2017; อุบล สุวรรณณิ, 2561) ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย (เช่น จัดการความเจ็บปวด ดูแลความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น) ความต้องการด้านจิตใจ (เช่น ลดความกลัว รับประทานอาหารทุกชนิด ให้กำลังใจ เป็นต้น) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (เช่น ดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น) และความต้องการด้านจิตวิญญาณ (เช่น ดูแลให้ชีวิตสงบ เสริมความหมายในชีวิต เป็นต้น) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านหรือในชุมชนที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักเท่าที่จะเป็นไปได้ และยังสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (กรมการแพทย์, 2563) ซึ่งหากดูแลไม่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และมีความทุกข์ทรมานก่อนการเสียชีวิต รวมไปถึงครอบครัวอาจมีปัญหาด้านจิตใจตามมา (พรทวิ ยอดมงคล, 2556)

องค์การอนามัยโลกจึงมีนโยบายให้ประเทศต่าง ๆ จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและกำหนดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) ระบุให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงบริการแบบประคับประคองในหน่วยบริการทุกระดับ โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นบริบทการดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นบริการต่อเนื่องเชื่อมต่อกับระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ทั้งนี้ การดูแลในชุมชนจำเป็นต้องมีเครือข่ายการดูแล ทั้งสมาชิกในครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน รวมทั้งบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเครือข่ายหลักที่ทำหน้าที่วางระบบการดูแล ให้การดูแลผู้ป่วย และประสานงานการดูแลต่าง ๆ คือ พยาบาลชุมชนที่

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) โดยพยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดประชาชนมากกว่าบุคลากรด้านอื่นๆ เป็นผู้ที่ประชาชนให้ความไว้วางใจ และรู้สึกเป็นที่พึ่งเมื่อเกิดความไม่สุขสบายขึ้น (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) ดังนั้นการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน จึงมีส่วนสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามที่ตั้งไว้

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีบทบาทตามขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวมและดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (กองการพยาบาล, 2559) เมื่อวิเคราะห์ตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล, 2559) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน 3 ด้าน ได้แก่ (1) บทบาทการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่วางแผนการดูแลแบบประคับประคองสร้างระบบการดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ จัดหาวัสดุ-อุปกรณ์ จัดหาแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สร้างกลุ่มคนหรือองค์กรเพื่อการดูแล (Hagan et al., 2018; Sekse et al., 2018; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; ภิญญา อุทธิยา, 2563) (2) บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ประเมินปัญหา/ความต้องการ ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการเจ็บป่วย ให้ความรู้ฝึกทักษะการดูแล อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน/สวัสดิการทางสังคม เตรียมความพร้อมในการสูญเสีย ติดตามเยี่ยมทั้งก่อน และหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Carmel & Sandra, 2019; Edy & Iwan, 2021; Engel et al., 2021; Johansen & Helgesen, 2021; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; จินตนา อัจฉินทีเยะและรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) และ (3) บทบาทการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ทั้งในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตเพื่อนำปัญหาและอุปสรรคมาแก้ไขอย่างทันที่ และภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อนำมาเป็นบทเรียนการพัฒนาในอนาคต (Carmel & Sandra, 2019; Hagan et al., 2018; ภิญญา ฤณมกล่อม, 2563; ภิญญา อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564) จากข้างต้นสะท้อนว่า พยาบาลชุมชนปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนที่หลากหลายและต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะทางในการดูแลให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาการปฏิบัติบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มุ่งเน้นในบริบทหน่วยบริการระดับตติยภูมิเป็นหลัก โดยพยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในหอผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และตรงตามความต้องการของญาติและตัวผู้ป่วยเอง (Engel et al., 2021; Johansen et al., 2022; ณิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564; นิตยา ทริพย์วงศ์เจริญและทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) ในขณะที่การศึกษาดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอแนะเชิงบทความวิชาการ ส่วนงานวิจัยจะเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่ยังไม่ได้หาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทเชิงสถิติ อาทิ การศึกษาเชิงคุณภาพที่อธิบายบทบาทพยาบาลชุมชนในการสนับสนุนความรู้และอำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Johansen & Helgesen, 2021) หรือการศึกษาเชิงเปรียบเทียบที่ระบุว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหออัครบครว (อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) จากข้างต้น การศึกษาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวจึงมีความจำเป็น

การทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแล ที่พบว่าหากพยาบาลมีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับสูง จะช่วยให้มีความสามารถ ศักยภาพในการให้การดูแลเป็นอย่างดี รวมถึงสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆที่ไม่คาดคิดได้ (Carmel & Sandra, 2019; Hickman et al., 2020) ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ที่พบว่าพยาบาลที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Engel et al., 2021; ณิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) ทักษะการสื่อสารและการดูแล เป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ครอบครัวหรือตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะความพร้อมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต (Hickman et al., 2020; Johansen et al., 2022; Sekse et al., 2018; ณิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) การสนับสนุนทรัพยากร การดูแลแบบประคับประคองจำเป็นจะต้องมีวัสดุอุปกรณ์ต่างๆในการสนับสนุนการดูแล หากมีทรัพยากรในส่วนนี้ไปจะส่งผลทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปด้วยสะดวกมากขึ้น (Sekse et al., 2018; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ,

2564) ทักษะคิดต่อการดูแล เป็นที่สามารถส่งผลให้พยาบาลเกิดความมุ่งมั่นและความเต็มใจที่จะให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มความสามารถ และอาจจะส่งผลให้พยาบาลให้การดูแลแบบประคับประคองไม่อย่างเต็มที่หรือมองว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นมาและไม่ได้ส่งผลดีต่อตัวพยาบาลเอง (Engel et al., 2021; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) ภาระงาน (Johansen et al., 2022; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) ความร่วมมือในองค์กร พยาบาลที่ได้รับความร่วมมือจากภายในองค์กรหรือหน่วยงานเป็นอย่างดี จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเต็มความสามารถและประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดในเท่าที่จะเป็นไปได้ (Johansen & Helgesen, 2021; นิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564) นโยบายและแนวปฏิบัติในพื้นที่ ความชัดเจนของนโยบายการดูแลในพื้นที่หรือการมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงไม่เกิดช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เกิดขึ้น (Johansen et al., 2022; Sekse et al., 2018; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564) และการรับรู้บทบาท เป็นสิ่งที่ทำให้พยาบาลตัดสินใจ วางแผนการดูแล ให้คำแนะนำหรือปฏิบัติการต่างๆได้อย่างชัดเจนและคล่องตัวมากขึ้น (Engel et al., 2021; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวพบว่า มีความสอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่ให้ความสำคัญกับเครือข่ายระบบเล็ก (Micro system) ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงและใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ในภาวะเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ ครอบครัว หุ่นส่วนชุมชน และพยาบาลชุมชนที่เป็นทีมสุขภาพเชิงรุก โดยสมาชิกเครือข่ายจะปฏิบัติบทบาทได้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการเตรียมการในการดูแล (Prepared) คือ เตรียมความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ได้รับการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดูแล (Motivated) และได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแล (Informed) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ประสบการณ์ทำงาน (2) ปัจจัยด้านการเตรียมการ ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจและแรงกระตุ้น คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และ (4) ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูล คือ การเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท

ในฐานะพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงศึกษาการปฏิบัติบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน รวมถึงปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวในบริบทจังหวัดมหาสารคามที่มีความหลากหลายของพื้นที่ ทั้งชุมชนเมือง ชนบท หรืออุตสาหกรรม ซึ่งมีนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ภายใต้เครือข่ายการดูแลของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 425 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ทั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่นำไปออกแบบกลวิธีส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชน เพื่อบรรลุความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเอื้ออำนวยและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และครอบครัวได้รับการดูแลครอบคลุมตามความต้องการ ช่วยลดอัตราการครองเตียงรวมไปถึงลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

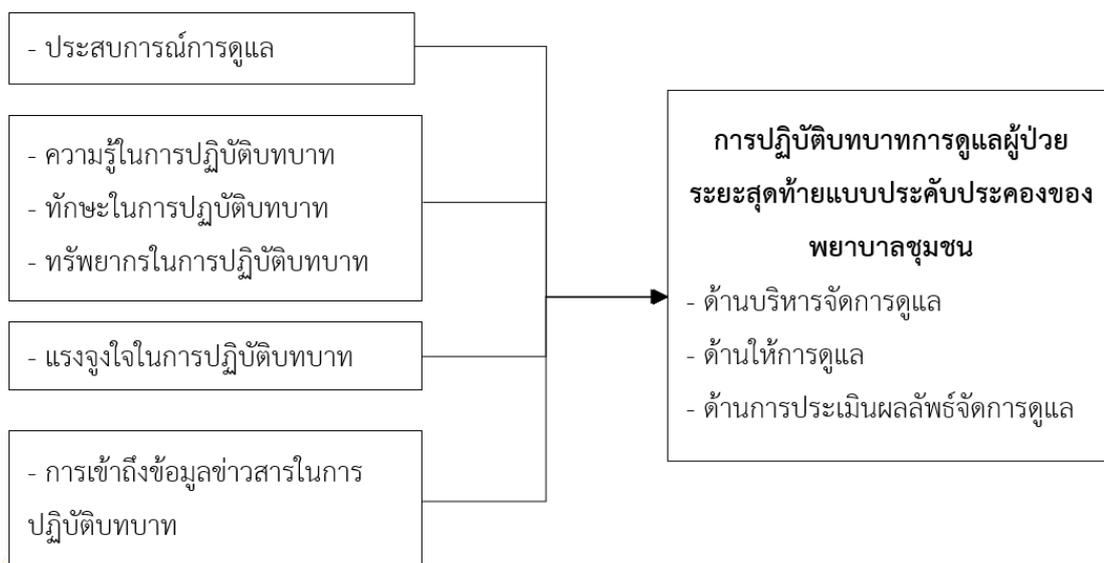
สมมุติฐาน

ประสบการณ์ทำงาน ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาทมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative care for chronic conditions : ICC) (World Health Organization, 2002) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบการดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีจุดศูนย์กลางการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ทีมดูแลสุขภาพ และหุ้นส่วนในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบใหญ่ (Macro system) ระบบกลาง (Meso system) และ ระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งแต่ละระบบมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป โดยระบบเล็กเป็นระบบที่สำคัญที่สุด เนื่องจากมีความใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด โดยการปฏิบัติหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการเตรียมสิ่งที่จำเป็นในการดูแล (Prepared) ต้องได้รับการสร้างแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) และได้รับข้อมูลที่เพียงพอในปฏิบัติการดูแล (Informed)

เมื่อนำแนวคิด ICC มาประยุกต์ พบว่า ศูนย์กลางของการดูแล คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนเครือข่ายในระบบเล็กเป็นสมาชิกในครอบครัว หุ้นส่วนชุมชน และทีมดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้เน้นพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติหน้าที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดในหน่วยบริการและเป็นตัวกลางที่ขับเคลื่อนการดูแลของทุกกลุ่ม ประกอบกับผลการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประสบการณ์การดูแล) ปัจจัยด้านการได้รับการเตรียม (ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท) และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูล (การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท) (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 240 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยมีตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ส่วนตัวแปรต้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการดูแล ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน และจะมีแนวโน้มที่มีชีวิตอยู่ได้นานหรือจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

2. พยาบาลชุมชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3. การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่รับผิดชอบตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ครอบคลุมบทบาท 3 บทบาท ได้แก่ (1) บทบาทการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2) บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (3) บทบาทการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล, 2559)

4. ประสบการณ์การดูแล หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่พยาบาลชุมชนได้มีโอกาสในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยนับประสบการณ์เต็มปีบริบูรณ์ หากเกิน 6 เดือนนับเต็มปี

5. ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง ความเข้าใจของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่รับผิดชอบตามมาตรฐานการพยาบาล ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (2) การดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

6. ทักษะในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความชำนาญของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุม 2 ทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะการสื่อสาร และ (2) ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

7. ทรรศนะในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความสามารถของตนเองในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือสิ่งที่จัดไว้ให้ เพื่อการปฏิบัติบทบาท การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ และ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

8. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับแรงจูงใจที่ช่วยสนับสนุนให้ตัดสินใจปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมแรงจูงใจ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าของพยาบาล และ (2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน ความมั่นคงของงาน ความร่วมมือภายในองค์กร นโยบายและการบริหารงาน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (Herzberg, 1959)

9. การเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความสามารถของตนเองในการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ (2) ด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัญหาและความต้องการการดูแล
 - 1.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 2.1 นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
3. กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
4. บทบาทพยาบาลชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 4.1 บทบาทพยาบาลชุมชน
 - 4.2 บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
5. ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัญหาและความต้องการการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้มีผู้ที่ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลากหลายท่าน ดังเช่น ฉันทชาย สิทธิพันธ์ (2559) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า เป็นผู้ป่วยที่การรักษาเฉพาะไม่สามารถหวังให้หายขาดได้และจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นานและยังรวมถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับ กรีน (Greene, 2022) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภาวะทางการแพทย์ไม่มีวิธีการรักษาและมีแนวโน้มส่งผลให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถหรือเสียชีวิตในอนาคต และ ยอดลักษณ์ สัยลังกาและคณะ (2564) ที่กล่าวว่า เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นระยะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การทำงานของร่างกายและอวัยวะสำคัญต่างๆในร่างกายที่ใช้ในการดำรงชีวิตทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด

และมีความคล้ายคลึงกับ สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society medical, 2019) ที่กล่าวไว้ว่า เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยในอนาคตอันใกล้นี้คาดว่าความเจ็บจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกตัวอย่างถาวรและไม่น่าจะฟื้นคืนสภาพกลับมาได้หรืออาจจะเสียชีวิตในที่สุด และสอดคล้องกับ กรมการแพทย์ (2559) ที่ระบุว่า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการดำเนินของโรคมะเร็งถึงจุดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมาก และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน

การศึกษานี้ ผู้วิจัยให้คำจำกัดความของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และจะมีแนวโน้มที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่นานหรือจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญในระยะสุดท้าย นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตรงด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อเนื่องไปถึงด้านจิตใจและครอบครัวญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยอีกด้วย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว 5 ด้านต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย เมื่อการเจ็บป่วยมาถึงระยะสุดท้ายทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ รวมไปถึงพยาธิสภาพของโรคทำให้มีปัญหาด้านต่างๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นอาการเจ็บปวด (Pain) ที่พบได้บ่อยจากโรคมะเร็ง (กรมการแพทย์, 2563) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) การหายใจติดขัดหรือรู้สึกหายใจไม่อิ่ม พบได้บ่อยในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพที่ปอด (วนิศา รัชชวีร์และคณะ, 2562) อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and Vomiting) ส่วนมากมักมีอาการหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดหรือได้รับการฉายแสง (ธีระชล สาทสิน, 2559) ท้องผูก (Constipation) พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Morphine ที่ทำให้ลำไส้บีบตัวช้าหรือน้อยลงกว่าปกติและอาจมาจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง จากการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (พรทวี ยอดมงคล, 2556) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย (Tiredness/Fatigue) เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกหมดแรง เหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดสภาวะถดถอยร่างกาย (ศศิวิมล ปานูราช et al., 2560)

ความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการลดอาการเจ็บป่วยด้วยการใช้ยาบรรเทาอาการปวดโดยทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแนวทางการใช้ยาตามความรุนแรงของอาการปวดแบบขั้นบันได ในกรณีที่มีอาการหายใจลำบากจะมุ่งเน้นไปที่สาเหตุที่ทำให้อาการ เช่น ภาวะหลอดลมหดตัวรักษาด้วยการพ่นยาขยายหลอดลม ในรายที่มีอาการมากอาจจะจำเป็นต้องให้

ออกซิเจนสนับสนุน (พรทวิ ยอดมงคล, 2556) อาการท้องผูกบางอาจมีความจำเป็นจะต้องใช้ยา
ระบาย เช่น มะขามแขก Bisacodyl หรือ เป็น Milk of Magnesia (กรมการแพทย์, 2563;
โรงพยาบาลราชวิถี, 2564) จากการไม่สุขสบายต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆลดลง หากผู้ป่วยรายใดที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างภาระใน
การดูแลของญาติก็จะลดลง แต่หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง จะเป็นการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
ทำให้ญาติมีภาวะสุขภาพร่างกายลดลง

2. ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่การเจ็บปวดระยะสุดท้าย จะ
ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว กลัวการที่ต้องอยู่คนเดียว กลัวที่จะไม่มีใครดูแลเมื่อตอนสิ้นใจหรือถูก
แยกออกจากครอบครัว (วนิศา รัชวัตรและคณะ, 2562) จากสภาพร่างกายที่แยลงจนทำให้ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีความต้องการพึ่งพิงคนรอบข้างหรือครอบครัวในการดูแล จนทำให้เกิด
ความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวหรือคนรอบข้าง (ธีระชล สาดสิน, 2559) ในส่วนของภาวะ
อารมณ์ จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางอารมณ์ตามมา ไม่ว่าจะเป็นภาวะ
เครียด วิดกกังวล ซึมเศร้า ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีภาวะสับสนร่วมด้วย ญาติจึงจำเป็นที่จะต้องดูแล
อย่างใกล้ชิดซึ่งมีภาวะเพิ่มขึ้นจากเดิม อาจจะทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ของญาติตามมาได้

ความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในเวลานี้ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว
จำเป็นจะต้องเป็นผู้ที่ตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย ให้เกิดความลึกลับหรือกลัวตัดสินใจพลาดจนทำ
ให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ต้องการอยากให้คุณคนอื่นที่เป็นรักคอยอยู่เคียงข้าง อยากให้มีคนคอยรับฟังความ
ทุกข์ใจหรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ต้องการความปลอดภัยและความอบอุ่นจากครอบครัว (ศศิวิมล
ปานุราชและคณะ, 2560; อุบล สุวรรณมณี, 2561)

3. ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีการรับรู้
ในไม่ช้าตนเองจะต้องพรากจากสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของที่ตนเองรักหรือชอบ ครอบครัว คนรัก
หรือญาติพี่น้อง ทำให้มีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อเข้ามาเติมเต็มสิ่งที่ยังติดค้างภายในจิตใจ
(ศศิวิมล ปานุราชและคณะ, 2560) ทำให้มีต้องการให้คุณคนรอบข้างให้คุณค่าในตนเอง

ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ความคิดและความเชื่อ เมื่อเข้าสู่ระยะการ
เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายผู้มักจะมีจิตทบทวนถึงช่วงชีวิตที่ผ่านมาทั้งความสำเร็จในชีวิต ความผิดพลาด
ต้องการกำลังกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว อยากที่จะประกอบพิธีทางศาสนาที่ตนนับถือ
(กรมการแพทย์, 2563; ศศิวิมล ปานุราชและคณะ, 2560; อุบล สุวรรณมณี, 2561)

4. ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายต่างๆเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการที่จำเป็นต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลาส่งผลให้ครอบครัวจำเป็นต้องหยุดงานมาดูแลหรือลาออกจากการงานเพื่อมาดูแลอย่างเต็มที่ ส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องของการเงินและการขาดรายได้ สัมพันธภาพทางสังคมในชุมชน ความต้องการกลับไปรักษาที่บ้านพร้อมครอบครัว

ความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์หรือวัสดุที่จำเป็นในการดูแลบางครั้งจึงจำเป็นที่จะต้องแหล่งสนับสนุนอื่นๆ จากข้างต้นการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายที่เกิดไม่เพียงแต่ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเองแต่ยังส่งผลไปถึงญาติผู้ดูแล (วนิศา รัชวัตรและคณะ, 2562; อนันต์ พวงคำและคณะ, 2563; อุบล สุวรรณมณี, 2561)

5. ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านข้อมูลการเจ็บป่วย ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่รวมถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ ความต้องการด้านข้อมูลการเจ็บป่วย ต้องการมีส่วนร่วมการวางแผนและตัดสินใจการรักษาร่วมกับครอบครัว ความต้องการในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (ธารินี เพชรรัตน์และคณะ, 2017; วนิศา รัชวัตรและคณะ, 2562; อุบล สุวรรณมณี, 2561)

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองนั้นลดลง รวมไปถึงความไม่มั่นคงของสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลจากภายนอกเพิ่มมากขึ้น ในการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหน้าที่ดังกล่าวจึงได้เป็นภาระของญาติผู้ดูแลเป็นหลัก ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ว่าทั้งในรูปแบบเฉียบพลันหรือระยะยาว ภาระดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบตามมา บางครั้งไม่ใช่แค่เพียงญาติผู้ดูแลเท่านั้นที่ได้ผลกระทบแต่ตัวผู้ป่วยเองก็ได้รับผลกระทบดังกล่าวด้วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่สภาวะของผู้ป่วยเอื้ออำนวย (พรทิวี ยอดมงคล, 2556) ซึ่งมีความต้องการดูแลแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากสถานการณ์ที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นและแนวโน้มยิ่งจะเพิ่มขึ้นในทุกๆปี องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เพิ่มมากขึ้น ในปี 2557 จึงได้กำหนดให้

ประเทศต่างๆจะต้องมีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นในระบบสาธารณสุขและได้มีการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆที่จำเป็นในระบบการดูแลเพิ่มเติมในปี 2562 ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนทางการดูแล การเข้าถึงยาบรรเทาอาการเจ็บปวด แนวทางการใช้ยาบรรเทาอาการปวดทั้งในผู้ใหญ่และผู้ป่วยเด็ก รวมไปถึงแนวทางการควบคุมการใช้ยา นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังระบุให้แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องมีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อจะใช้ในการนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2020)

ประเทศอังกฤษ ได้มีการบูรณาการระบบสุขภาพและการดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพและการดูแลสังคม พ.ศ. 2555 โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลระยะสุดท้าย (Hunter & Orlovic, 2018) คล้ายคลึงกับประเทศสิงคโปร์ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติเพื่อดูแลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2554 โดยจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในระดับท้องถิ่น (Meier et al., 2017) แตกต่างกับประเทศชูดาน ในปี พ.ศ. 2552 ได้เริ่มการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโซบา และมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับการจัดบริการดูแลในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีความต้องการเป็นอย่างมากทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนยา Opioids รวมไปถึงสถานที่ให้บริการยังมีเพียง 3 หน่วยงานเท่านั้น และในการดำเนินงานได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนพิเศษจากสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งแอฟริกา (Gafer & Elhaj, 2014) และประเทศมาเลเซีย ในปี พ.ศ. 2533 ได้เริ่มมีการดูแลแบบประคับประคองด้วยการพัฒนาองค์กรอาสาสมัครให้บริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อมาได้นำแนวคิดนี้มาให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ (Lim, 2017)

สรุป ในแต่ละประเทศได้มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเทศที่มีรายได้ต่อประชากรสูงมีนโยบายและระบบให้บริการอย่างทั่วถึงและมีความพร้อมในการดูแลอย่างเต็มที่ ส่วนประเทศที่มีรายได้ต่อประชากรต่ำงบประมาณในประเทศอาจจะไม่เพียงพอต่อการจัดให้บริการทำให้ต้องมีการสนับสนุนแหล่งเงินทุนจากต่างประเทศ แต่หลักสำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึง และมุ่งเน้นการดูแลระดับชุมชนหรือการดูแลที่บ้าน ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้น

ประเทศไทยมีแนวโน้มของสถานการณ์สุขภาพกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมไปถึงสถานการณ์เจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ใน

ฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก ได้บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในแผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จัดแยกเป็นสาขา Palliative Care โดยเฉพาะ บริการที่จัดขึ้นเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยได้รับการดูแลทั้งจากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน เน้นการดูแลโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นกิจกรรมที่ทำให้ได้ใช้เวลากับครอบครัวมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยได้จัดบริการให้มีความครอบคลุมผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด 8 กลุ่ม (กรมการแพทย์, 2559) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 2) ผู้ป่วยโรคระบบประสาทหรือหลอดเลือดสมอง
- 3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 4) ผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจ
- 5) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายอวัยวะ
- 6) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อจากไวรัส HIV/AIDS
- 7) ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย
- 8) ผู้ป่วยผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยมีอยู่ด้วยกัน 4 รูปแบบ ได้แก่ (นิตยาทรัพย์วงศ์เจริญและทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563)

1. ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-based organization) เป็นหน่วยงานต้นๆที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายหลักไม่อยู่ที่การรักษาให้หายขาด แต่เป็นการดูแลพัฒนาและยกระดับทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี บ้านกลาร่า ลำไทร จ.ปทุมธานี วัดคำประมง จ.สกลนคร

2. การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home base/Community-based care) การดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ตอบสนองต่อความต้องการและให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยจะมีทีมสหวิชาชีพจากสถานบริการที่รับผิดชอบออกติดตามลงดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็น สนับสนุนให้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งนำอาสาสมัครชุมชน (อสม.) เข้ามาร่วมเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย โดยทีมสหวิชาชีพจะประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นัก

กายภาพบำบัด เกสซ์กร แต่เนื่องจากการขาดแคลนแพทย์ที่จะลงให้บริการในพื้นที่ ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลในชุมชน

3. การดูแลโรงพยาบาล (Hospital-based service) จะประกอบด้วย ทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) ที่ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง อาจจะมีบุคลากรด้านอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เกสซ์กร นักจิตวิทยา จิตอาสา ผู้นำทางศาสนา และการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward) เป็นการดูแลที่อาจมีการจัดขึ้นในหอผู้ป่วยเฉพาะหรืออยู่ในพื้นที่ส่วนหนึ่งของผู้ป่วย ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีอาการที่อาการต้องการดูแลหรือควบคุมทำให้ต้องการการดูแลมากกว่าปกติหรือในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต

4. สถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice care) ให้บริการที่พำนักและดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยที่อยู่ได้ไม่นาน อาจจะเป็นหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล อาจจะมีการดูแลของรัฐหรือเอกชน

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขเน้นให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home base/Community-based care) โดยได้บรรจุในแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านบริการ (Service Excellence) อีกทั้งยังบูรณาการร่วมกับกระทรวงมหาดไทยในการจัดบริการสนับสนุนเพิ่มเติม โดยมีการจัดตั้งกองทุนการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Team Care : LTC) ขึ้นในพื้นที่โดยได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อให้เกิดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งเน้นการดูแลในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดบริการในชุมชน เพื่อที่จะส่งเสริมหรือขจัดปัจจัยที่ขัดขวางการดำเนินงานดังกล่าว

ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Team Care : LTC) ถูกจัดตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2559 โดยในช่วงแรกเริ่มจะมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นหลัก ในปีพ.ศ. 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ประกาศขยายชุดสิทธิพิเศษในการจัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) เพิ่มเติมโดยให้ครอบคลุมถึงประชาชนหรือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการดูแลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อลดอาการไม่สุขสบาย บรรเทาทุกข์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุขภาพ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังเป็นประโยชน์ในการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบ่งเป็น 3 ระดับ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) ได้แก่

1. การดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (Primary palliative care) เป็นการผสมผสานระหว่างการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เป็นการดูแลโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะลดความไม่สุขสบายจากโรค เช่น การดูแลบรรเทาอาการปวด อาการเหนื่อยเพลียจากระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หรืออาการอ่อนเพลียจากการรับประทานอาหารได้น้อย รวมถึงการดูแลสุขลักษณะทางร่างกายและการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
2. การดูแลแบบประคับประคองระดับทั่วไป (General palliative care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีความรู้และทักษะการดูแลแบบระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี แม้จะไม่มีผู้เชี่ยวชาญ รวมไปถึงบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น อาจจำเป็นต้องมีการใช้เวชภัณฑ์ยาเพิ่มเติมหรืออุปกรณ์ทางแพทย์ร่วมด้วย เพื่อช่วยให้อาการไม่สุขสบายต่างๆของผู้ป่วยบรรเทาลง เวชภัณฑ์ยาบางชนิดอาจจำเป็นต้องเป็นบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว จึงจะสามารถให้ได้
3. การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist palliative care) เป็นการดูแลในผู้ป่วยที่มีอาการสลับซับซ้อนและมีความยุ่งยากต่อการจัดการอาการ รวมไปถึงความต้องการดูแลเฉพาะ ซึ่งต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษโดยจะต้องเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะ ซึ่งการดูแลในระดับนี้จะเป็นการดูแลในระดับทุติยภูมิขึ้นไป แตกต่างจากการระดับทั่วไปและพื้นฐานที่เป็นการดูแลในชุมชนเป็นหลัก

ในการจัดบริการการดูแลระยะยาวในชุมชน จึงเป็นจะต้องได้รับการประเมินเบื้องต้น เพื่อที่จะระบุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเสียก่อน เพื่อประโยชน์ในการจัดสรรของงบประมาณสนับสนุนจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยใช้แบบประเมินความในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ร่วมกับการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale : PPS) ซึ่งมีการประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกรู้ตัว

เมื่อพิจารณาจากการประเมิน PPS ร่วมกับ ADL จะสามารถแบ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงของระบบการดูแลระยะยาว (LTC) เป็น 4 กลุ่มได้ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 คะแนน ADL = 5-11 คะแนน, PPS ร้อยละ 80-100 คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

2. กลุ่มที่ 2 คะแนน ADL = 5-11 คะแนน, PPS ร้อยละ 60-70 คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

3. กลุ่มที่ 3 คะแนน ADL = 0-4 คะแนน, PPS ร้อยละ 40-50 คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรง

4. กลุ่มที่ 4 คะแนน ADL = 0-4 คะแนน, PPS น้อยกว่าร้อยละ 30 คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย อาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ระยะท้ายของชีวิต
เกณฑ์ของผู้ป่วยที่จะถือว่าเข้าข่ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (กรมการแพทย์, 2559) มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการประเมินกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่า ร้อยละ 50 ของวันที่ต้องพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น

- การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS \leq ร้อยละ 50 หรือ

- การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS)

\leq ร้อยละ 50 หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) score \geq 3 เป็นต้น

2. มีโรคร่วมหลากหลายโรค (Multiple Co-morbidity) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ

3. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก

4. อาการเพ้อคลั่งในระยะสุดท้าย (Terminal Delirium)

5. ภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (Cachexia), น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum Albumin

น้อยกว่า 2.5 mg/dl ต่อเนื่อง

6. ภาวะแคลเซียมสูงอย่างต่อเนื่อง (Persistent Hypercalcemia)

7. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

8. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่

9. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง

10. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การหกล้มอย่างรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแล

ในสถานพยาบาล/บริบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน เป็นการดูแลแบบ

ประคับประคองในระดับทั่วไปและพื้นฐาน โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยา

และบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ไม่พยายามเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งการตาย โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย (ศศิธร ธนะภพและพิพร ขวัญเชื้อ, 2558) เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาด้วยกันให้มากที่สุด โดยมีเป้าหมายของการดูแลเพื่อมุ่งเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้การเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (กรมการแพทย์, 2563) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วโลกมีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2020; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง **กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง**

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ได้พัฒนาและต่อยอดจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner et al., 1998) ที่ได้ระบุว่าคนที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ หากอยู่ภายใต้การบริหารจัดการภายใต้ 6 องค์ประกอบ แต่ยังคงขาดด้านการป้องกันโรคที่มีความเชื่อมโยงกับการทำงานในชุมชน จึงได้บูรณาการแนวคิดของ Building blocks และได้ออกมาเป็นนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ซึ่งมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัวของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ชุมชนและองค์กรทางสุขภาพ เป็นการส่งเสริมและยกระดับบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังของครอบครัว ให้ตระหนักถึงสามารถของตนเองและให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลที่สูงที่สุด ซึ่งจะประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1. ระบบเล็ก (Micro-system) เป็นศูนย์กลางของแนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 3 ส่วน คือ ตัวผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว/ญาติผู้ดูแล ที่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการรักษาและสมาชิกในชุมชน เพื่อที่มีเป้าหมายในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เพียงพอ (Informed) กระบวนการทักษะที่จำเป็นในการดูแล (Prepared) ซึ่งจะทำให้เกิดแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว/ญาติผู้ดูแล มีเป้าหมายการสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวเพื่อการดูแลภาวะเรื้อรัง ดังนี้

(1) ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว/ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการปรับทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ไปในทิศทางที่ดีเพื่อเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพประจำวัน มีความมั่นใจ ยึดมั่นใจการรักษาต่อเนื่องที่ยาวนานและจัดการภาวะต่างๆด้วยตนเอง

(2) ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว/ญาติผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด การแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อนที่จะสามารถกระทำได้ตามบทบาท

(3) ผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว/ญาติผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับการเตรียมทักษะการปฏิบัติตัวเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ความรับผิดชอบและขอบเขตของวิชาชีพ เพื่อที่จะจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน รวมไปถึงแนวทางการรักษาด้วยยา อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ การติดตามอาการด้วยตนเองและทักษะการดูแลตนเอง

1.2 ทีมดูแลสุขภาพ หน้าทีหลักคือ การกระตุ้นแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับทีมดูแลสุขภาพ ทีมในการดูแลสุขภาพต้องประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ โดยสมาชิกในทีมต้องได้รับการเตรียมเรื่องบทบาท และความรับผิดชอบบนขอบเขตของวิชาชีพของแต่ละคน และยังทำการร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ ไม่แยกส่วนกันดูแลเฉพาะสาขาวิชาชีพ

1.3 ทีมหุ้นส่วนในชุมชน จำเป็นจะต้องได้รับการสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อมูล และการเตรียมการสำหรับสมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการจัดการภาวะเรื้อรังภายในชุมชน จำเป็นจะต้องมีการสร้างทีมเครือข่ายการดูแลในชุมชน มีการสรรหาอาสาสมัครเพื่อให้ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านทักษะ ข้อมูลและแรงจูงใจพร้อมกับเตรียมบทบาทในการดูแล หากทีมอาสาสมัครมีจำนวนเพียงพอรวมถึงทรัพยากรในชุมชนสำหรับให้บริการ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง จะนำไปสู่การดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแล และทรัพยากรในชุมชนเหล่านี้จะช่วยลดความต้องการบริการต่างๆ ในสถานบริการได้ ลดความแออัดในการรับบริการในสถานบริการอีกด้วย

2. ระบบกลาง (Meso-system) เป็นการบริหารจัดการภายในหน่วยบริการ และเชื่อมโยงไปยังทรัพยากรในชุมชน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบได้แก่

2.1 หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health care organization) เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หุ้นส่วนชุมชน ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้มีภาวะเรื้อรัง

2.2 ชุมชน (Community) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) การสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาปของผู้มีภาวะเรื้อรัง (raise awareness and reduced stigma) ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงการดำเนินการทางด้านการเมืองที่มีอยู่ เพื่อให้การสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน

(2) การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ (Encourage better outcomes through leadership and support) ผู้นำระดับท้องถิ่น ผู้นำหน่วยงานต่างรวมไปกลุ่มต่างๆที่ให้การสนับสนุนในชุมชน จะเป็นจุดที่เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังรวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังที่ดีขึ้น โดยการมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

(3) การระดมและประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน (Mobilize and coordinate resources) ผู้นำระดับท้องถิ่น ผู้นำหน่วยงานต่างรวมไปกลุ่มต่างๆที่ให้การสนับสนุนในชุมชน เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมหรือจัดหาเงินทุน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการคัดกรอง การป้องกัน และการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

(4) การเตรียมให้บริการที่ส่งเสริม สนับสนุนการดูแล (Provide complementary services) ผู้นำระดับท้องถิ่น ผู้นำหน่วยงานต่างรวมไปกลุ่มต่างๆที่ให้การสนับสนุนในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันและการบริหารการจัดการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการฝึกฝนทักษะ การให้บริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกัน เพื่อลดการดูแลรักษาและการติดตามที่ไม่มีความจำเป็นในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

3. ระบบใหญ่ (Macro-system) ระดับนี้จะเป็นการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ มีเป้าหมายคือ การจัดโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ตลอดจนสร้างเครือข่ายแบบหุ้นส่วนให้มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพ ซึ่งมีหน้าที่และบทบาทดังนี้

(1) การส่งเสริมและสนับสนุนของผู้นำ (Provide leadership and advocacy) ผู้นำจะต้องมีการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชน และองค์กรสุขภาพ ในการจัดการปัญหาเรื้อรัง โดยผู้ที่มีความสามารถและอำนาจในการสร้างการตระหนักรู้และการดูแลสุขภาพทั้งของชุมชน ผู้ป่วยและองค์กรสุขภาพ

(2) การผสมผสานนโยบาย (Integrate policies) นโยบายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังค่อนข้างมีน้อยและกระจัดกระจายในระบบสุขภาพ ซึ่งนโยบายมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อตัดการแยกเป็นรายโรคออกไปและให้ความสำคัญกับการจัดการเป็นกลุ่มแทนการจัดการผู้ป่วยแบบเฉพาะราย และจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมกลยุทธ์ และสร้างการเชื่อมโยงที่ชัดเจนไปสู่องค์กรอื่น ๆ ในภาครัฐ และในชุมชน

(3) ส่งเสริมการจัดหาเงินทุน (Promote consistent financing) การจัดหาเงินทุนในระบบสุขภาพเป็นกลไกสำคัญจากนโยบายและการวางแผนไปสู่การใช้จ่ายจริง การบริหารทางการเงิน

จำเป็นจะต้องอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาค สามารถเข้าถึงได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม รวมไปถึงการบริหารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ และสิ่งสำคัญคือการมีโครงสร้างหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนที่จะช่วยให้เงินทุนสามารถคงอยู่ได้เป็นเวลายาวนาน

(4) พัฒนาและจัดสรรทรัพยากร (Develop and allocate human resources)

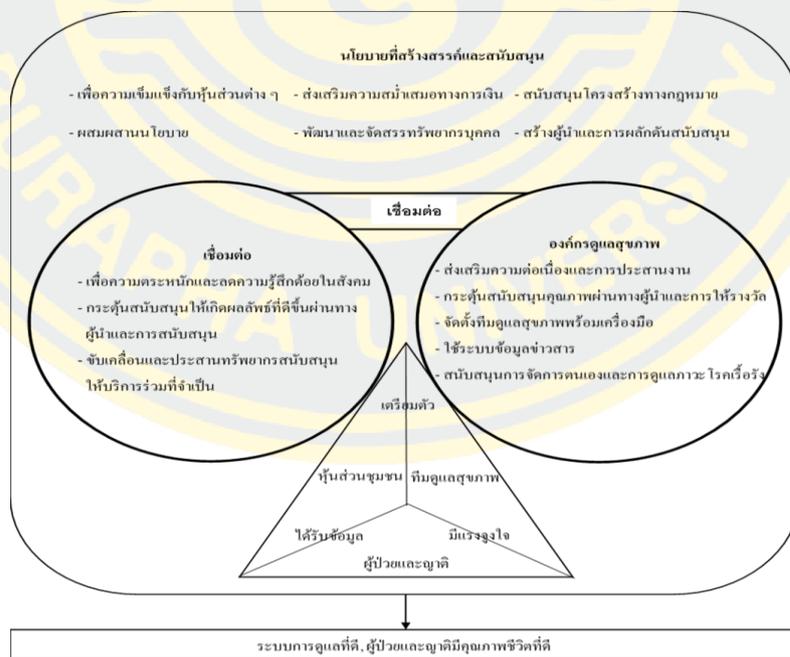
สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมผู้ที่ทำงานในการดูแลสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังได้ เช่น หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล สามารถปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง

(5) การสนับสนุนกรอบกฎหมาย (Support legislative framework) กฎหมาย

กฎระเบียบหรือข้อบังคับที่สามารถช่วยลดภาวะโรคเรื้อรังได้ และสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุก ลดข้อจำกัดในการทำงานขององค์กรสุขภาพ

(6) การเสริมสร้างความร่วมมือ (Strengthen partnerships) ภายใต้กรอบกฎหมาย

ความร่วมมือจากภาครัฐมีส่วนต่อภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเกษตร แรงงาน การศึกษา ขนส่ง เป็นส่วนสำคัญที่จะต้องพิจารณาเพราะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งควรมีการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก

การประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนจำเป็นจะต้องมีการสร้างเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งได้มีการประยุกต์กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition framework : ICC) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่ได้พัฒนาและต่อยอดมาจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner et al., 1998) และบูรณาการเข้ากับแนวคิดของ Building blocks โดยจะแบ่งระดับการดูแลออกเป็นทั้งหมด 3 ระดับ ดังนี้

1. ระบบเล็ก (Micro-system) เป็นศูนย์กลางของแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุกในที่นี้ได้แก่ พยาบาลชุมชน อสม.ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ รวมไปถึงภาคีเครือข่ายจากกลุ่มผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมาชิกผู้มีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน เพื่อเป้าหมายในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) ซึ่งประกอบด้วย การได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแล (Informed) ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ความรู้และแนวทางการดูแลที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมถึงการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆที่จะช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ครอบครัวผู้ป่วยยังขาดแคลน และกระบวนการทักษะที่จำเป็นในการดูแล (Prepared) ได้แก่ การดูแลเฉพาะโรคของผู้ป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

2. ระบบกลาง (Meso-system) ประกอบด้วยองค์การทางด้านสุขภาพหรือหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน กระบวนการหลักคือการดำเนินการและการบริหารจัดการภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเชื่อมโยงไปสู่ชุมชนในการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการดูแล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในระบบเล็ก โดยมีเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity) กระบวนการดูแล และการดำเนินการมีความถูกต้องตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน (Co-ordination) ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงที่สำคัญ

3. ระบบใหญ่ (Macro-system) เป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน โดยมีการจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งมีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแล ให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล (Caregiver) ของกรมอนามัย และมาเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการดูแล พร้อมทั้งนโยบายการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวในชุมชน ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้นำชุมชน ภาคประชาชน จิตอาสาและภาคีอื่นๆ มาร่วมกันเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในชุมชน

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังเป็นแนวคิดที่สามารถนำไปประยุกต์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ทุกกลุ่มวัยดังเช่นตามการศึกษาของ ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, เยาวณี จรุงศักดิ์และศิริรัตน์ โกศลวัฒน์ (2562) ได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ภาคเหนือ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ความร่วมมือของประชาชนในชุมชนในการจัดการปัญหาและการวางระบบบริการสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น และที่สำคัญระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิได้แสดงบทบาทในบทบาทผู้ให้ความรู้ บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทผู้ประสานงานและผู้พิทักษ์สิทธิ์ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การศึกษาของ อาคม โพธิ์สุวรรณและคณะ (2564) ที่ได้ประยุกต์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนของชุมชนและองค์สุขภาพ ปัจจัยการสนับสนุนนโยบายและปัจจัยแวดล้อม สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ที่ร้อยละ 22.10 หรือการศึกษาของ เสาวลักษณ์ หมื่นเพชรและคณะ (2564) ที่ได้ประยุกต์ในการมีส่วนร่วมการดูแลบุคคลออทิสติก ในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ครอบครัวและบุคคลออทิสติกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการจัดการแต่ยังไม่ครอบคลุม และยังไม่ได้รับฝึกทักษะเพื่อรับมือกับอารมณ์ และยังไม่มีระบบฐานข้อมูลร่วมกับของหน่วยงาน จากข้างต้นจะพบว่ากรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและวางระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต่างๆในชุมชนได้ ไม่เพียงแคโรคเรื้อรังเท่านั้น

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังของ องค์การอนามัยโลก (Innovative care for chronic conditions : ICC) (World Health Organization, 2002) ที่มุ่งเน้นศึกษาในระบบระบบเล็ก (Micro-system) ที่ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พยาบาลชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพเชิงรุก และสุดท้ายสมาชิกผู้มีส่วนร่วมของชุมชน ในการที่จะทำให้องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (1) การเตรียมให้พร้อมในการดูแล (Prepare) ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ในการดูแล ทักษะในการปฏิบัติบทบาท และมีทรัพยากรที่เพียงพอในการดูแล (2) การสร้างแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดมีทัศนคติที่ดีในการดูแล และมีแรงจูงใจในการดูแล รวมไปถึงการได้รับการความร่วมมือจาก

องค์กรและเครือข่าย และ (3) ให้ข้อมูลในการดูแล (Inform) ทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ/ทันสมัย และรับรู้บทบาทหน้าที่ นโยบายในพื้นที่และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

จากข้างต้นที่กล่าวมา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงสามารถสรุปปัจจัยที่มีแนวโน้มจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนได้เป็น 4 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1. ด้านส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล
2. ด้านความพร้อมในการดูแล (Prepare) ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะการดูแลและทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท
3. ด้านแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท
4. ด้านการให้ข้อมูลในการดูแล (Inform) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative Care for Chronic Conditions Framework : ICC Model) ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการดูแลในระดับระบบเล็ก (Micro-system) หรือการบริหารจัดการในหน่วยบริการรวมไปถึงการเชื่อมโยงกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระดับระบบกลาง (Meso-system) จำเป็นจะต้องมีเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน ซึ่งการทำดูแลอย่างครอบคลุมจำเป็นจะต้องมีภาคีเครือข่ายการดูแล ทั้งบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแล รวมญาติผู้ดูแล เพื่อนบ้าน และผู้นำในชุมชน โดยเครือข่ายหลักที่ทำหน้าที่วางระบบการดูแล ให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ คือ พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

บทบาทพยาบาลชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

พยาบาลชุมชน

พยาบาลชุมชนหรือพยาบาลอนามัยชุมชน ได้มีผู้ที่ให้คำจำกัดความไว้หลากหลายท่าน เช่น ศิวพร อึ้งวัฒนา (2560) ได้ให้คำจำกัดความของพยาบาลชุมชนไว้ว่า เป็นผู้ที่มีความรู้ประกอบกันหลายด้านทั้งความรู้พื้นฐานและทฤษฎีทางการพยาบาล มีความเข้าใจในเรื่องมานุษยวิทยา สังคมวิทยา เทคโนโลยี วิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงทักษะในการดูแลผู้ป่วย นำมาผสมผสานและประยุกต์ให้การดูแลให้เหมาะสมแต่ละกลุ่มวัย ครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ กัลยา โสภทอง (2559) ที่กล่าวว่าพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการนำความรู้ทางด้านกายวิภาคศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ สังคมศาสตร์และอื่นๆ นำมาใช้แก้ไขปัญหา

พยาบาลชุมชนจึงเป็นผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพในระดับบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน โดยใช้ความรู้การพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ มาบูรณาการการดูแลสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนมาดูแลสุขภาพของคน กลุ่มคน ครอบครัวในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ไร้ซึ่งภาวะเจ็บป่วย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าพยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรที่จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กันทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแล เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพเชิงรุกหรือแนวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับทีมสุขภาพระดับผู้เชี่ยวชาญในการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อขอการสนับสนุนจากทีม และยังเป็นส่วนหนึ่งของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ที่จะต้องแกนนำหลักในการสนับสนุนการดูแลของภาคีเครือข่ายในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลชุมชนจะปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) โรงพยาบาลชุมชนในส่วนงานกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ

บทบาทพยาบาลชุมชน

มีผู้ให้ความหมายของ “บทบาท” ไว้ว่า เป็น พฤติกรรมที่กระทำตามตำแหน่งและสถานภาพซึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งทางสังคม หากสถานภาพเปลี่ยนไปบทบาทจะเปลี่ยนตามไปด้วย (ชไมพร สมบัติยานุชิต, 2541) และ พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้ให้ความหมายของบทบาท คือ การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู ซึ่ง

สอดคล้องกับ ชูติมาพร เชาวน์ไว (2564) ที่กล่าวไว้ว่า บทบาท คือ การแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบตามสภาพนั้นๆ โดยเป็นการแสดงออกตามสิทธิและหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ

ในการดูแลสุขภาพของประชาชนรวมไปถึงการให้การพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานในการดูแลซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดของพยาบาล ซึ่งรวมไปถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนด้วย และจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานตามสถานการณ์สุขภาพและรูปแบบของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นไปตามข้อบังคับและขอบเขตของวิชาชีพที่ได้กำหนดและประกาศให้ทราบ เช่น ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ("ราชกิจจานุเบกษา," 10 มีนาคม 2564) ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ ("ราชกิจจานุเบกษา," 4 สิงหาคม 2548) มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 ("ราชกิจจานุเบกษา," 18 เมษายน 2562) และมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล, 2559) โดยสรุปสาระสำคัญสามารถแบ่งบทบาทพยาบาลชุมชนเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. บทบาทตามมาตรฐานการพยาบาล จากการสังเคราะห์ซึ่งประกอบด้วย 3 มาตรฐาน (กองการพยาบาล, 2559) ดังนี้

1.1 บทบาทตามมาตรฐานการบริหารจัดการพยาบาล ได้แก่ การจัดวางโครงสร้างการบริหาร กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายและแผนการพยาบาลที่ชัดเจน วางกรอบการจัดการทั้งทรัพยากรด้านกำลังคนและสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติหน้าที่ กำหนดบทบาทหน้าที่ คุณสมบัติของบุคลากรรวมถึงแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงาน บทบาทและหน้าที่ กำหนดแนวทางการประเมินติดตามและกำกับการทำงานให้ตรงกับตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ บทบาทการวางระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การจัดหาสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลของเครือข่าย การประสานงานส่งผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการจัดหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ รวมไปถึงการสร้างและสนับสนุนเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

1.2 บทบาทตามมาตรฐานการให้การพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้รับบริการ ไม่เพียงจบแค่ตัวบุคคลแต่จะรวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งเน้นตามหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีการดูแลให้การพยาบาลต่อเนื่องจนกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

รวมถึงการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อที่จะได้นำมาวิเคราะห์และทบทวนเมื่อมีข้อด้อยในการพยาบาลที่จะได้นำมาพัฒนาการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

1.3 บทบาทตามมาตรฐานการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ การกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการบริหารจัดการ การบริหารทรัพยากร การวางแผนงานระบบการให้บริการ โดยครอบคลุมทั้งด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านชุมชนและด้านองค์กร/การบริหารงาน ติดตามประเมินผลหลังการดูแลเกณฑ์และตัวชี้วัดทั้งในระดับพื้นที่และหน่วยงาน

2. บทบาทตามกิจกรรมในกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม (อรันันท์ หาญยุทธ, 2558) ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะสุขภาพ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เรียงลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา

2.3 การวางแผนการพยาบาล วางแนวทางการปฏิบัติและระบบในการดูแลแก้ไขปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาตามลำดับความสำคัญของปัญหา และครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2.4 การให้การพยาบาล ให้การดูแลตามแนวทางและระบบที่ได้มีการวางแผนไว้

2.5 การติดตามและประเมิน เพื่อประเมินการดูแลที่ได้ให้สามารถแก้ไขปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาได้มากน้อยเพียงใด ผลเป็นที่น่าพอใจหรือผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดหรือไม่

3. บทบาทตามระยะการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะ (พรทวิ ยอดมงคล, 2556) ดังนี้

3.1 การดูแลระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย ได้แก่ บทบาทการวางแผนและระบบการดูแลทั้งในหน่วยบริการต่อเนื่องไปจนถึงชุมชน การประสานงานต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ จัดหาแหล่งสนับสนุนตามความต้องการและขาดแคลนของครอบครัว

2. การดูแลระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ให้การดูแลโดยมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้รวมถึง การดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

3. การดูแลระยะภายหลังเสียชีวิต ได้แก่ การดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อให้ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น การปลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักไปตลอด เพื่อให้ก้าวผ่านความสูญเสียนี้ไปได้

บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านหรือในชุมชนเป็นหลัก เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเวลาร่วมกันมากที่สุด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดท้ายเท่าที่จะมีได้ โดยมีเป้าหมายหลักการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อหลักจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการแสดงออกและปฏิบัติตามขอบเขตของวิชาชีพ รวมไปถึงมาตรฐานการพยาบาล

เมื่อพิจารณาตามขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล, 2559) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนได้ 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน และบทบาทการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้

1. บทบาทการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการวางแผนการดูแลที่เกี่ยวข้องทั้งวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร กำลังคนและเงินทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองรวมถึงครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้

1.1 การประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชน (Engel et al., 2021; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

1.2 การบริหารและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ (Sekse et al., 2018; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

1.3 การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน (Sekse et al., 2018; นิชชา ชุนอินทร์และคณะ, 2564)

1.4 การสร้างกลุ่มคนหรือองค์กรเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน (กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

1.5 การประสานงานและข้อมูลร่วมกันภายในเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนทั้งในระดับชุมชน อำเภอหรือระหว่างหน่วยงานต่างๆ (Engel et al., 2021; Hagan et al., 2018; Johansen & Helgesen, 2021; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และ ทิปัทศน์ ชินดาปัญญากุล, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

1.6 การสนับสนุนความรู้และเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Johansen et al., 2022; Johansen & Helgesen, 2021; ชลลดา ตียะวิสุทธิ์ศรีและคณะ, 2562; ณิชา ชุนอินทร์และคณะ, 2564; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564)

1.7 การจัดหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (กนกพร จิวประสาท, 2558; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; จอนณะจาง เพ็งจาด, 2557; ภิญโญ อุทธิยา, 2563) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามที่สอดคล้องตามกระบวนการพยาบาลและระยะการเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

2.1 การประเมินภาวะสุขภาพค้นหาและความต้องการทั้งของญาติและผู้ป่วย (Edy & Iwan, 2021; กัณฑพร ยอดไชย, 2564; กิ่งกมล เพชรศรีและกัณฑพร ยอดไชย, 2563; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; ชลลดา ตียะวิสุทธิ์ศรีและคณะ, 2562; ณิชา ชุนอินทร์และคณะ, 2564; พุทธวรรณ ชูเชิดและคณะ, 2563; ภิญญดา ถนอมกล่อม, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เรียงลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา (Edy & Iwan, 2021; กัณฑพร ยอดไชย, 2564; กิ่งกมล เพชรศรีและกัณฑพร ยอดไชย, 2563; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; ชลลดา ตียะวิสุทธิ์ศรีและคณะ, 2562; ณิชา ชุนอินทร์และคณะ, 2564; พุทธวรรณ ชูเชิดและคณะ, 2563; ภิญญดา ถนอมกล่อม, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

2.3 การวางแผนการพยาบาล วางแนวทางการปฏิบัติและระบบการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กัณฑพร ยอดไชย, 2564; กิตติยาพร จันทร์ชมและ

คณะ, 2564; ชลลดา ตริยะวิสุทธิศรีและคณะ, 2562; นิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทีปัทศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

2.4 การให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการเจ็บป่วย ให้ความรู้ฝึกทักษะการดูแล อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เตรียมความพร้อมในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ดูแลสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสวัสดิการทางสังคมตามสิทธิพึงได้ การติดตามเยี่ยมทั้งก่อนและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (Carmel & Sandra, 2019; Edy & Iwan, 2021; Engel et al., 2021; Hagan et al., 2018; Hickman et al., 2020; Johansen & Helgesen, 2021; กันตพร ยอดไชย, 2564; กิ่งกมล เพชรศรีและคณะ, 2560; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; จินตนา อาจสันเทียะและรัชฉนิย์ ป้อมทอง, 2561; ชลลดา ตริยะวิสุทธิศรีและคณะ, 2562; นิชชา ขุนอินทร์และคณะ, 2564; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทีปัทศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563; ภิญญดา ถนอมกล่อม, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อรพรรณ คงศรีชายและคณะ, 2564)

2.5 การประเมินผลการพยาบาลหลังจากให้การพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ (Edy & Iwan, 2021; Hickman et al., 2020; Johansen & Helgesen, 2021; กันตพร ยอดไชย, 2564; กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564; ชลลดา ตริยะวิสุทธิศรีและคณะ, 2562; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญและทีปัทศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563)

3. บทบาทการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการประเมินผลลัพธ์การดูแลครอบคลุมตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยจนถึงหลังเสียชีวิตว่าดูแลมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด และมีอุปสรรคที่จะต้องแก้ไขระหว่างการดูแล (Carmel & Sandra, 2019; Hagan et al., 2018; ภิญญดา ถนอมกล่อม, 2563; ภิญโญ อุทธิยา, 2563; ราตรี ฉิมฉลอง, 2564)

ผู้วิจัยสรุปคำจำกัดความของ บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นการแสดงออกตามสิทธิและหน้าภายใต้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน

การศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่รับผิดชอบตามมาตรฐานการพยาบาล ครอบคลุมบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2) ด้านการให้การดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จากข้างต้นการที่พยาบาลชุมชนจะสามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมตามบทบาทที่ตั้งนี้ได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพจำเป็นจะต้องมีปัจจัยต่างๆที่มีความสำคัญที่จะส่งผลให้พยาบาลชุมชนนั้นปฏิบัติได้ตามบทบาทดังกล่าว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และทำการศึกษาในกลุ่มเฉพาะสามารถจำแนกปัจจัยที่มีแนวโน้มจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ได้ 4 กลุ่มปัจจัย ประกอบด้วย (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล (2) ปัจจัยด้านความพร้อมในการดูแล (Prepared) ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล (Motivated) ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และ (4) ด้านข้อมูลในการดูแล (Informed) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ประสบการณ์การดูแล

ประสบการณ์การดูแล เป็นสิ่งเกิดจากการได้ปฏิบัติหรือกระทำในเหตุการณ์เดิมซ้ำๆจนเกิดเป็นความชำนาญ ความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจและมีความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่หรือบทบาทนั้นได้อย่างเหมาะสม (ณชนชล ดาวฤกษ์และคณะ, 2566) ซึ่งหากพยาบาลชุมชนมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงตามความต้องการและครอบคลุมปัญหาที่ต้องการช่วยเหลือมากที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเมลและแซนด้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลมีผลอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) ที่พบว่า ประสบการณ์มีส่วนส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลได้และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิคแมนและคณะ (Hickman et al., 2020) ที่พบว่า เพื่อที่จะเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพยาบาลควรที่จะมีประสบการณ์ในการดูแลทางคลินิกอย่างน้อย 5 ปี

ดั่งการศึกษาของ ทรรคนันท์ ไทยอัฐวิถีสและอภิญญา จำปามูล (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 273 ราย พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .125$, $p = .008$) และสามารถร่วมทำนายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 59.2 ($R^2 = .592$, $p < .05$)

ปัจจัยด้านความพร้อมในการดูแล

ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท

ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท เป็นสิ่งที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า การเรียนรู้รวมถึงประสบการณ์ จนเกิดเป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งว่า สิ่งใดควรปฏิบัติ/ไม่ควรปฏิบัติ จนทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทได้ (วิชัย วงษ์ใหญ่, 2552) ซึ่งหากพยาบาลชุมชนมีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทที่เหมาะสมและครอบคลุมจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมปัญหาความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชา ขุนอินทร์และคณะ (2564) ที่พบว่า การที่กระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จได้ด้วยดีจำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้ในการดูแลรวมไปถึงการพัฒนาความรู้อยู่เสมอ และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่า พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคองหรือผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเท่านั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาเมลและแซนด้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองยังขาดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) ซึ่งพบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในบ้านคนชราที่มีความต้องการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเพื่อที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามบทบาท และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เซกเซ่และคณะ (Sekse et al., 2018) ที่พบว่า พยาบาลจะสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ จำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลขั้นพื้นฐานทั้งหมด

ดั่งการศึกษาของ นิศาพิชญากัก มีสมศักดิ์และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย จำนวน 97 ราย พบว่า ความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กให้ตายดี ($r = .61$,

$p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัฒน์ ภิญโญและอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 113 ราย พบว่า ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอิทธิพลต่อการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .178, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 41.6 ($R^2 = .416, p < .001$)

ทักษะในการปฏิบัติบทบาท

ทักษะในการปฏิบัติบทบาท เป็นสิ่งที่เกิดจากการฝึกการกระทำแบบเดิมซ้ำๆจนเป็นความสามารถความชำนาญของบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมีความพร้อมนำไปสู่การปฏิบัติบทบาท (สุรัสวดี ราชกุลชัย, 2543) ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งหากพยาบาลชุมชนมีทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดทักษะการดูแล รวมไปถึงขาดการสื่อสารระหว่างกันส่งผลให้การส่งข้อมูลล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนกลับไปรักษาในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิคแมนและคณะ (Hickman et al., 2020) ได้แนะนำว่าพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองควรมีทักษะการสื่อสารที่แข็งแกร่งเพื่อใช้ในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความซับซ้อนในการดูแลแบบประคับประคอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เซกเซและคณะ (Sekse et al., 2018) ที่พบว่า พยาบาลต้องการความรู้และการฝึกอบรมทักษะการดูแลเพื่อที่จะช่วยให้บรรลุบทบาทการดูแลแบบประคับประคอง

ด้การศึกษาของ ทรรคนันท์ ไทยอัฐวิถิและอภิญญา จำปามูล (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 273 ราย พบว่า การสื่อสารมีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .284, p < .001$) และสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 59.2 ($R^2 = .592, p < .05$)

ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท เป็นองค์ประกอบที่จะทำให้การดำเนินงานต่างๆเป็นไปด้วยความราบรื่น ประกอบด้วย กำลังคน (Men) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และงบประมาณ (Money) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งทิศทางบวกและลบ หากมีทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ที่พอเพียง จะทำให้พยาบาลชุมชนให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) พบว่า หากพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ รับรู้และเข้าถึงเกี่ยวกับทรัพยากร

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งจากโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ จะทำให้พยาบาลมีความพร้อมในแผนการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องบ้านครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเมลและแซนดร้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่พบว่า หากพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณในการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โยฮันเซนและคณะ (Johansen et al., 2022) ที่พบว่า การปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงและแก้ไขอยู่ตลอดรวมไปถึงการสนับสนุนทรัพยากร และสอดคล้องกับการศึกษาของ เซกเซและคณะ (Sekse et al., 2018) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลยังมีความต้องการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้บทบาทบรรลุสำเร็จ

ตั้งการศึกษาของ ชัญญา มณีวรรณและคณะ (2562) ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 195 คน พบว่า การได้รับสนับสนุนทรัพยากรทั้งทางบุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ($\beta = .262, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 58 ($R^2_{adj.} = .580, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณิน หนองหารพิทักษ์และประจักษ์ บัวผัน (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 120 ราย พบว่า ปัจจัยด้านกำลังคน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ($r = .451, p < .001$) ปัจจัยทางด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน ($r = .466, p < .001$) และปัจจัยทางด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเช่นกัน ($r = .523, p < .001$) และและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ($\beta = .158, p < .001$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปได้ ร้อยละ 44 ($R^2 = .44, p < .001$)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจและแรงกระตุ้นในการดูแล

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท เป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจในการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการหรือกำหนดขึ้น ซึ่งมีทั้งทิศทางบวกและลบ หากมีแรงจูงใจที่จะช่วยส่งเสริมในการปฏิบัติตัวจะทำให้บุคคลนั้นมีความเต็มใจที่ปฏิบัติ (สุชาติดา สุขบำรุงศิลป์, 2553) ซึ่งแรงจูงใจประกอบได้ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรงที่จะทำให้บุคคลมีความเต็มใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ภาระงานและการรับรู้บทบาทของพยาบาล

และ (2) ปัจจัยค้ำจุน เป็นสิ่งที่ช่วยให้คงอยู่ในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความร่วมมือภายในองค์กร และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพยาบาลชุมชนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทที่ดี จะทำให้พยาบาลชุมชนมองว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวเป็นการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มองว่าเป็นภาระ ซึ่งปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจและพร้อมให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชา ขุนอินทร์และคณะ (2564) พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่จะประสบความสำเร็จ ส่วนสำคัญหลักคือจะต้องมีการปฏิบัติงานร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและบุคลากรทุกคน ในทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่า พยาบาลมองว่าการดูแลแบบประคับประคองคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่เข้าใจว่าภาวะติดเตียงเป็นการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ขาดแรงจูงใจในการให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต่างจากการดูแลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อีเกิลและคณะ (Engel et al., 2021) ที่พบว่า พยาบาลมองว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นเพียงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเท่านั้น ซึ่งการดูแลในโรงพยาบาลมีความสำคัญน้อยกว่าการดูแลที่บ้านและความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ราบรื่น ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้การดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) พบว่า พยาบาลบางคนยังมีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เซกเซและคณะ (Sekse et al., 2018) พบว่า ทัศนคติของพยาบาลทำให้วิธีเพิกเฉยต่อผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต และต้องการที่จะให้งานเสร็จจุล่งเพียงเท่านั้น และความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับทีมสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรู้สึกว่าการดูแลเป็นไปด้วยความอย่างยากลำบาก

ด้งการศึกษาของ ชัญญา มณีวรรณ, วันเพ็ญ แก้วปานและสุทธิพร มูลศาสตร์ (2562) ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 195 คน พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ ($\beta = .364, p < .01$) และสามารถร่วมทำร่วมทำนาย ร้อยละ 58 ($R^2_{adj.} = .580, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิดและอนิสา อรัญศิริ (2559) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้น

ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 181 คน พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้น ($r = .672, p < .001$) และมีอิทธิพลต่อบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้น ($\beta = .627, p < .001$) สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 59.6 ($R^2 = .596, p < .001$)

ปัจจัยด้านการให้ข้อมูลในการดูแล

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท การที่บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นตัวช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจว่าการปฏิบัติสิ่งใดจะเป็นการปฏิบัติที่ส่งผลดีตามมาหรือส่งผลเสียตามมา และยังจะเป็นการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรสนับสนุนต่างๆ ข้อมูลข่าวสารในที่นี้ครอบคลุมไปถึงนโยบายต่างๆในพื้นที่รวมถึงแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อพยาบาลชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆในพื้นที่จะทำให้พยาบาลชุมชนสามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่า อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติงานพยาบาลในงานดูแลแบบประคับประคองส่วนหนึ่งคือการที่ไม่สามารถเข้าถึงนโยบายสาธารณสุขในพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเมลและแซนดร้า (Carmel & Sandra, 2019) พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลเวชปฏิบัติคือการเข้าถึงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) ที่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองพยาบาลมีความต้องการที่จะเข้าถึงแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

ดั่งการศึกษาของ สุรียา ฟองเกิดและอนิสรา อรัญศิริ (2559) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 181 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายบริหารด้านการปฏิบัติเวชทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ($r = .698, p < .001$) และมีอิทธิพลต่อบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ($\beta = .689, p < .001$) สามารถร่วมทำนายบทบาทได้ สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 59.6 ($R^2 = .596, p < .001$)

สรุป ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในระยะอันใกล้ ซึ่งไม่มีแต่เพียงผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่านั้น ยังรวมถึงผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยภาวะเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะเสื่อมจากอายุที่มากขึ้น

ด้วย เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ความมั่นคงทางจิตใจลดลง จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติและครอบครัวทั้งในการดูแล ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจและข้อมูลการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งตัวผู้ป่วยเองครอบคลุมถึงครอบครัว ซึ่งในประเทศไทยนั้นการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนั้นได้มีการกำหนดเป็นนโยบายแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ในสาขา Palliative care โดยบูรณาการดูแลร่วมกันกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) โดยมุ่งเน้นการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home base/Community-based care) เป็นหลัก เพื่อที่จะความแออัดที่เกิดภายในโรงพยาบาลรวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและคนที่รัก มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยการดูแลจำเป็นจะต้องมีการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยได้นำแนวคิดนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative care for chronic conditions : ICC) มาประยุกต์ใช้ในการดูแล ซึ่งเป็นการดูแลในระบบระบบเล็ก (Micro-system) ที่ประกอบด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก และ สมาชิกผู้มีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การดูแลเกิดขึ้นและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่จึงเป็นตัวหลักที่สำคัญในการเชื่อมโยงทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ให้เข้ากันได้

สรุป พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด 3 บทบาท ได้แก่

- (1) บทบาทการบริหารจัดการ (2) บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (3) บทบาทการประเมินผลลัพธ์จัดการดูแล โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ทั้งหมด 4 กลุ่มปัจจัยได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล (2) ปัจจัยด้านการได้รับเตรียม ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาทและทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (3) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจและแรงกระตุ้น ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และ (4) ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูล ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 425 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 240 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) คือ มีประสบการณ์เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ปี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) จากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1 (Faul et al., 2009) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 แต่เนื่องจากยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชนมาก่อน และจากข้อเสนอแนะในการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .06 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลาง (Polit & Beck, 2012) เมื่อนำมาคำนวณที่จำนวนตัวแปรอิสระ 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 234 ราย เพื่อป้องกันความไม่

สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร, 2555) การศึกษานี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 260 ราย ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวม พบว่า มีความสมบูรณ์ 240 ราย (ร้อยละ 92.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรที่ดี ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

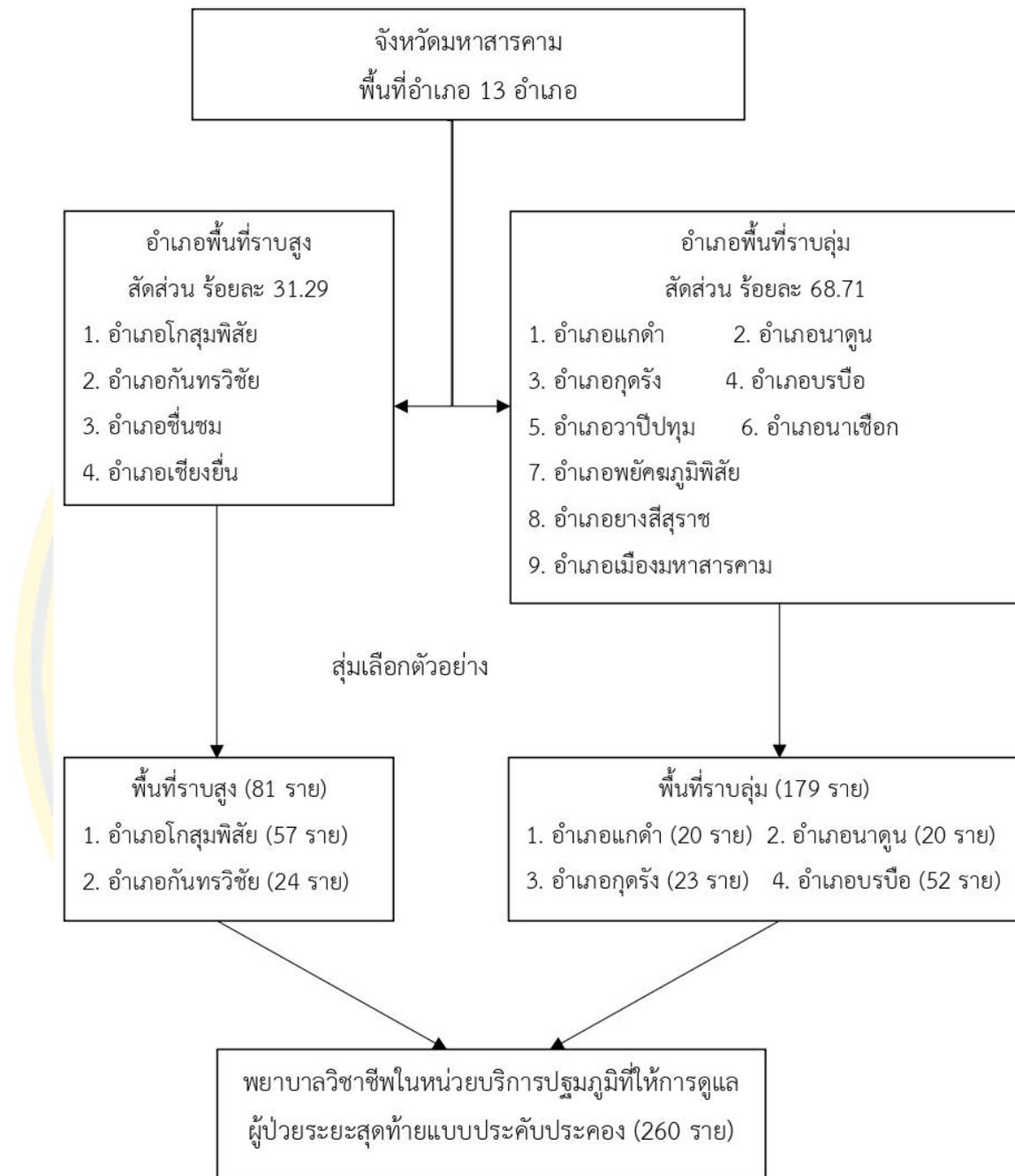
1. จังหวัดมหาสารคาม มีอำเภอทั้งสิ้น 13 อำเภอ เมื่อพิจารณาตามลักษณะภูมิศาสตร์ทางกายภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่มอำเภอ ได้แก่

1.1 อำเภอพื้นที่ราบสูง มีจำนวน 4 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอชื่นชม อำเภอเชียงยืน อำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอกันทรวิชัย

1.2 อำเภอพื้นที่ราบลุ่ม มีจำนวน 9 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอกุดรัง อำเภอบรบือ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอแกลง อำเภอวาปีปทุม อำเภอนาดูน อำเภอนาเชือก อำเภอยางสีสุราชและอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม, 2564)

เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันทั้งทางกาย ภาวะเศรษฐกิจรวมไปถึงด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ผู้วิจัยจึงได้จึงทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการจับฉลากตามสัดส่วนประชากร ซึ่งสุ่มได้ทั้งหมด 8 อำเภอ ประกอบด้วย (1) อำเภอพื้นที่ราบสูง ได้แก่ อำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอกันทรวิชัย (2) อำเภอพื้นที่ราบลุ่ม ได้แก่ อำเภอแกลง อำเภอนาดูน อำเภอกุดรัง อำเภอบรบือ อำเภอนาเชือกและอำเภอเมืองมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยสุ่มพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอจากกว่าจะครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภูมิการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่

พื้นที่อำเภอ	ประชากร (ราย)	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)
กลุ่มตัวอย่างพื้นที่ราบสูง		
อำเภอโกสุมพิสัย	57	57
อำเภอกันทรวิชัย	38	24
กลุ่มตัวอย่างพื้นที่ราบลุ่ม		
อำเภอแกดำ	20	20
อำเภอนาคู	20	20
อำเภอกุดรัง	23	23
อำเภอบรบือ	52	52
อำเภอนาเชือก	26	26
อำเภอเมือง	43	38
รวม	279	260

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมข้อความและแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่รับผิดชอบตามมาตรฐานการพยาบาลในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมบทบาท 3 บทบาท ได้แก่ (1) บทบาทการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 1-6) (2) บทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 18 ข้อ (ข้อที่ 7-24) และ (3) บทบาทการประเมินผลลัพธ์

จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 25-30) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์จากมาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (กองการพยาบาล, 2559) การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมดังข้อความเกือบทุกครั้ง

บ่อยครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมดังข้อความเป็นส่วนใหญ่

บางครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมดังข้อความบ้างเป็นบางครั้ง

นานครั้ง (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมดังข้อความบ้างนาน ๆ ครั้ง

ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้กระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมดังข้อความเลย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง

มีการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับสูง ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

2.71-4.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง

1.41-2.70 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

0.00-1.40 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามตัวแปรต้น

3.1 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินความเข้าใจของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ (ข้อที่ 1-10) และ (2) ด้านการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 11-15) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด ดังนี้

- ถูก (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความเข้าใจว่าข้อความที่กล่าวมา กล่าวได้ ถูกต้อง
- ผิด (0 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความเข้าใจว่าข้อความที่กล่าวมา กล่าวไม่ ถูกต้อง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับสูง ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามร้อยละ แบ่งเป็นทั้งหมด 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

- ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง
- ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง
- น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับต่ำ

3.2 แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความชำนาญของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 2 ทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) และ (2) ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 9-15) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังข้อความ ได้ครบถ้วน ทุกประเด็น เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80)
- มาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังข้อความ ได้ครบถ้วน เป็นส่วนใหญ่ เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพดี (ร้อยละ 60-79)
- ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังข้อความ ได้ครบถ้วน เป็นส่วนมาก เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพปานกลาง (ร้อยละ 40-59)

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังข้อความ
ได้ครบถ้วน เป็นส่วนน้อย ไม่เป็นขั้นตอน ผิดพลาด
และมีคุณภาพต่ำ (ร้อยละ 20-39)

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว
ได้ ครบถ้วน ไม่เป็นขั้นตอน สับสน และไม่มีคุณภาพ
(น้อยกว่าร้อยละ 20)

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่ม
ตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับสูง ส่วน
เกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn,
2006) ดังนี้

3.71-5.00 คะแนน หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง

2.41-3.70 คะแนน หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.40 คะแนน หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับต่ำ

3.3 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความสามารถของ
ตนเองในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือสิ่งที่จัดไว้ให้ เพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร จำนวน 4 ข้อ
(ข้อที่ 1-4) (2) ด้านงบประมาณ จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 5-8) และ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ
(ข้อที่ 9-12) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตอบ
แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบ
เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
(มากกว่าร้อยละ 80)

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
(ร้อยละ 60-79)

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
(ร้อยละ 40-59)

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวเล็กน้อย
(ร้อยละ 20-39)

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมาก
หรือไม่เลย (น้อยกว่าร้อยละ 20)

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับสูง ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

3.71-5.00 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้/ได้รับทรัพยากรอยู่ในระดับสูง

2.41-3.70 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้/ได้รับทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.40 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้/ได้รับทรัพยากรอยู่ในระดับต่ำ

3.4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับแรงขับที่ช่วยสนับสนุนให้ตัดสินใจปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมแรงจูงใจ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบ การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 1-6) และ (2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ค่าตอบแทน สภาพการทำงาน ความมั่นคงของงาน ความร่วมมือภายในองค์กร นโยบายและการบริหารงาน จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 7-13) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (Herzberg, 1959) การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
(มากกว่าร้อยละ 80)

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก (ร้อยละ 60-79)

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
(ร้อยละ 40-59)

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย (ร้อยละ
20-39)

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมาก
หรือไม่เลย (น้อยกว่าร้อยละ 20)

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่ม
ตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับสูง
ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best &
Kahn, 2006) ดังนี้

3.71-5.00 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง

2.41-3.70 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.40 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับต่ำ

3.5 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท

เป็นแบบประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนถึงความสามารถของ
ตนเองในการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ
บทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูล
ข่าวสาร 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 1-3) และ
(2) ด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 4-5) ซึ่งประเมินโดยใช้
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือก
เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating
scale) มี 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
(มากกว่าร้อยละ 80)

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
(ร้อยละ 60-79)

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
(ร้อยละ 40-59)

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย
(ร้อยละ 20-39)

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบรับรู้/เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมาก
หรือไม่เลย (น้อยกว่าร้อยละ 20)

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับสูง ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาพิจารณาตามค่าเฉลี่ยรายข้อแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

3.71-5.00 คะแนน หมายถึง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง

2.41-3.70 คะแนน หมายถึง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.40 คะแนน หมายถึง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดจะถูกนำไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไข และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาชุมชนวิชาการพยาบาล 2 ท่าน แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ซึ่งการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินระดับความสอดคล้องมีอยู่ทั้งหมด

เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้คะแนนมา ผู้วิจัยนำมาทำการนับข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้นับเฉพาะ 3-4 คะแนนเท่านั้น แล้วนำมาคำนวณหาค่า CVI (Content Validity Index) ในส่วนข้อคำถามที่ได้ 1-2 คะแนน ทางผู้วิจัยจะนำข้อคำถามนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) รวมทั้งฉบับที่ 0.90 และมีค่า CVI แต่ละแบบสอบถามตามตารางที่ 2

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

หลังจากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ส่วนแบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาทหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหา (CVI)	ค่าความเชื่อมั่น (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบราค)
แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท	0.92	0.990
แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท	0.92	0.779*
แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท	0.81	0.990
แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	0.95	0.977
แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	0.91	0.990
แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติ บทบาท	0.92	0.974

หมายเหตุ * KR-20

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน QR-Code ระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 และลงพื้นที่แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ ระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำส่งหนังสือขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานสารบรรณ เพื่อขอรับทราบผลการขออนุมัติในการเก็บรวบรวมวิจัย

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้ากองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการหลังจากผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลรูปแบบแรกผ่านทาง Google Form ได้ส่งหนังสือชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์และเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งแนบ QR-Code แบบสอบถาม Google Form ไปพร้อมกับหนังสือ ซึ่งแบบสอบถาม Google Form กำหนดเวลาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ เมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดแล้วจะไม่สามารถเข้าไปตอบแบบสอบถามได้ เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามเสร็จ และกดปุ่ม “ส่งคำตอบ” ระบบทำการส่งข้อมูลและแจ้งมายังผู้วิจัยผ่านทาง E-mail โดยระบบจะทำการตรวจสอบการตอบข้อมูลให้สมบูรณ์ครบถ้วนก่อนทำการส่งข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามผ่านทาง Google Form ทางผู้วิจัยในลงไปในพื้นที่เพื่อพบกับพยาบาลชุมชนในแต่ละพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง และได้แนะนำตัวเอง

มอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยรวมถึงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดให้สอบถามข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยใน ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของพยาบาลชุมชนในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับเรียนเชิญให้ เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อพยาบาลชุมชนมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้พยาบาลชุมชนลง นามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย เพื่อเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมอบเอกสารให้แก่กลุ่มอย่างทั้งหมด 3 ชุด โดย เรียงลำดับดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน 2) แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท และ 3) แบบสอบถามตัวแปรต้น ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติ บทบาท แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติ บทบาท และ แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำ การตอบแบบสอบถามตามสะดวก ระหว่างนี้ทางผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ๆ กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา หาก กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะได้ตอบข้อสงสัยในทันที

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 ชุด ก่อนทำการเก็บรวบรวม แบบสอบถามจะทำการตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนก่อน หากมีแบบสอบถามชุดใดมีข้อมูลไม่ครบถ้วน จะขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน หลังจากเก็บแบบสอบถาม เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึก

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ ข้อมูลทั้งหมด ถูกจัดเก็บเป็นความลับด้วยการใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และก่อนที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไป วิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ IRB3-026/2567 ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 และได้เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เมื่อได้รับการอนุมัติก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าไปชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการเคารพสิทธิ์ส่วนบุคคลในการเข้า ร่วมหรือถอดตัวระหว่างทำการวิจัยซึ่งจะไม่เกิดผลเสียใดๆกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ การเก็บข้อมูลผ่านทาง Google Form ได้ตั้งระบบรักษาความปลอดภัยการเข้าถึง E-mail และเข้าถึงโดยการยืนยันตัวตน 2 ขั้นตอนและรหัสผ่าน Google Authenticator ที่ได้รับการโทรศัพท์มือถือ และการเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม จะจัดเก็บในตู้เอกสารที่มีกุญแจปิดผนึก 2 ชุด การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหน่วยงาน ชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจและข้อมูลทั้งหมดจะนำมาใช้เพื่อศึกษาเท่านั้น และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บและรวบรวมโดยผู้วิจัย จัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์เครื่องเดียว และการทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อน แล้วจึงมากำหนดรหัสการลงข้อมูลในแต่ละข้อคำถาม และจึงมาวิเคราะห์ตามแนวทางระเบียบวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณนาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานการดูแลแบบประคับประคอง ประวัติการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และตัวแปรตาม และตัวแปรต้น ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Number), ช่วงคะแนน (Range) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และค่าเฉลี่ยรายข้อ (Adjusted mean, M_{adj})

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาท ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบวิธีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนทำการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการถดถอยพหุคูณ ดังนี้

2.1 ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นข้อมูลเชิงปริมาณอยู่ในระดับการวัดอันตรภาคชั้น (Interval scale) และมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2.2 ตัวแปรต้น ทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการปฏิบัติบทบาทเป็นข้อมูลเชิงปริมาณอยู่ในระดับการวัดอัตราส่วน (ratio scale) ทักษะในการปฏิบัติบทบาทผู้ป่วย ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทเป็นข้อมูลเชิงปริมาณอยู่ในระดับการวัดอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งตัวแปรต้นทุกมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากอัตราส่วนของ Skewness อยู่ระหว่าง ± 1.69

2.3 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย Scatterplot ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (Regression standardized residual) กับค่าที่ทำนายได้ (Regression standardized predicted value) พบว่าการกระจายของจุดมีความสมมาตร และทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3

2.4 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และไม่มีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) ซึ่งทดสอบโดยวิเคราะห์สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 2.088 (ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 1.5-2.5)

2.5 ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ซึ่งทดสอบโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่าไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดมีความสัมพันธ์มากกว่า .85 (ตารางที่ 9 ในภาคผนวก)

2.6 ตัวแปรต้นและตัวแปรมีความสัมพันธ์กันแบบเส้นตรง (Liner Relationship)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ในช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567 ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ มีความสมบูรณ์จำนวน 240 ราย (ร้อยละ 92.31 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลเป็นแบบบรรยายประกอบตาราง 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25-56 ปี ($M = 40.40$, $SD = 7.97$) เป็นกลุ่มวัยทำงานตอนกลางมากที่สุด (ร้อยละ 48.3) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย (ร้อยละ 40.0) และกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.4) ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น (ร้อยละ 83.8) และส่วนมากได้รับการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 67.9) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่าง 1 - 25 ปี ($M = 12.49$, $SD = 6.30$) เป็นช่วง 11-15 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) รองลงมาเป็นช่วง 16-20 ปี (ร้อยละ 22.5) และกลุ่มช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 21.3) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลตามส่วนบุคคล ($n = 240$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ($n = 240$)	ร้อยละ
อายุ		
23 – 29 ปี	28	11.7
30 - 44 ปี	116	48.3
45 – 59 ปี	96	40.0
(Min = 25, Max = 56, M = 40.40, SD = 7.97)		
เพศ		
หญิง	220	91.7
ชาย	20	8.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	226	94.2
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	14	5.8
การอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น (4 เดือน)		
ผ่านการอบรมระยะสั้น	201	83.8
ไม่ได้ผ่านการอบรมระยะสั้น	39	16.2
ประวัติการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง		
ได้รับการอบรม	163	67.9
ไม่ได้รับการอบรม	77	32.1
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
1 – 5 ปี	37	15.4
6 – 10 ปี	51	21.3
11 – 15 ปี	71	29.6
16 – 20 ปี	54	22.5
ตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป	27	11.3
(Min = 1, Max = 25, M = 12.65, SD = 6.12)		

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 73.53, SD = 9.68, M_{adj} = 2.44$) ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 14.13, SD = 3.33, M_{adj} = 2.37$) ด้านการให้การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.54, SD = 5.48, M_{adj} = 2.48$) และด้านการประเมินผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 14.67, SD = 3.16, M_{adj} = 2.45$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การปฏิบัติบทบาทฯ ด้านการบริหารจัดการที่มีคะแนนสูงสุด คือ การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ ($M = 3.37, SD = 0.69$) ในขณะที่การปฏิบัติร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ กับเครือข่ายการดูแลมีคะแนนต่ำสุด ($M = 1.25, SD = 1.27$) ด้านให้การดูแลการปฏิบัติบทบาทฯ ที่มีคะแนนสูงสุด คือ การดูแลบรรเทาอาการปวด อาการไม่สบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากโรคแก่ผู้ป่วย ($M = 3.70, SD = 0.47$) ส่วนการติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 1 เดือนมีคะแนนต่ำที่สุด ($M = 1.04, SD = 0.20$) และการปฏิบัติบทบาทฯ ด้านการประเมินผลลัพธ์ที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ร่วมปรับปรุง/แก้ไขปัญหาและอุปสรรคระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($M = 3.68, SD = 0.47$) และการปฏิบัติบทบาทฯ ที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ร่วมประเมินผลการบริหารเครือข่ายการดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($M = 0.75, SD = 1.09$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 240$)

การปฏิบัติบทบาท	คะแนนเต็ม	คะแนนจริง	คะแนนรวมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยรายข้อ	การแปลผล
การปฏิบัติบทบาทโดยรวม	0 – 120	54-99	73.34	8.97	2.44	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ	0 – 24	8-19	14.13	3.33	2.37	ปานกลาง
ด้านการให้การดูแล	0 – 72	33-58	44.54	5.48	2.48	ปานกลาง
ด้านการประเมินผลลัพธ์	0 – 24	7-22	14.67	3.16	2.45	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล จำแนกตามการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ แยกรายข้อ ($n = 240$)

การปฏิบัติบทบาทการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปรผล
ด้านการบริหารการจัดการ			
1. บริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแล	3.37	0.69	สูง
2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ	3.34	0.62	สูง
3. บริหารจัดการงบประมาณหรือทรัพยากรต่าง ๆ	3.30	0.71	สูง
4. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดูแล	1.52	0.59	ปานกลาง
5. ร่วมพัฒนาเครือข่ายการดูแล	1.35	0.90	ต่ำ
6. ร่วมพัฒนาระบบการดูแลกับเครือข่ายการดูแล	1.25	1.27	ต่ำ
บทบาทการให้การดูแล			
1. ดูแลบรรเทาอาการปวด อาการไม่สุขสบาย	3.70	0.47	สูง
2. ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	3.26	0.85	สูง
3. จัดหาสิ่งสนับสนุนและอำนวยความสะดวกตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	3.18	0.76	สูง
4. ดูแลประคับประคองจิตใจครอบครัว	3.17	0.79	สูง
5. ดูแลให้ทำกิจกรรมทางจิตวิญญาณ	3.08	0.65	สูง
6. ติดตามอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต	2.99	0.18	สูง
7. ดูแลประคับประคองจิตใจผู้ป่วย	2.84	0.53	สูง
8. ประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว	2.78	0.51	สูง
9. พัฒนาศักยภาพแก่ครอบครัวผู้ป่วย	2.74	0.44	สูง
10. ร่วมวางแผนการดูแลกับภาคีเครือข่าย	2.73	0.45	สูง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การปฏิบัติบทบาทการดูแล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล
11. เตรียมความพร้อมของครอบครัว	2.53	0.77	ปานกลาง
12. สนับสนุนให้ครอบครัวทำกิจกรรมทางจิต วิญญาณ	2.32	1.18	ปานกลาง
13. สนับสนุนให้ครอบครัวทำกิจกรรมทางสังคม	1.79	0.43	ปานกลาง
14. สนับสนุนให้ครอบครัวได้ดูแลสุขภาพกาย	1.78	0.52	ปานกลาง
15. วินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วยและ ครอบครัว	1.73	0.46	ปานกลาง
16. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางสังคมตามความ ต้องการและความเหมาะสม	1.55	0.77	ปานกลาง
17. ประสานความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับสวัสดิการทางสังคมตามสิทธิพึงได้	1.33	1.33	ต่ำ
18. ติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ภายใน 1 เดือน	1.04	0.20	ต่ำ
บทบาทการประเมินผลลัพธ์			
1. ร่วมปรับปรุง/แก้ไขปัญหาและอุปสรรค	3.68	0.47	สูง
2. ร่วมประเมินผลการบริหารวัตถุประสงค์	2.91	0.93	สูง
3. ร่วมประเมินศักยภาพทีมภาควิชาในการดูแล	2.58	0.49	ปานกลาง
4. ร่วมประเมินผลการบริหารงบประมาณและ ทรัพยากร ตามแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัว	2.49	0.59	ปานกลาง
5. ร่วมประเมินผลการให้บริการการดูแลตาม แผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	2.26	0.54	ปานกลาง
6. ร่วมประเมินผลการบริหารเครือข่ายการดูแลใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	0.75	1.09	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา

ปัจจัยตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท มีรายละเอียดข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมในระดับสูง ($M = 12.52, SD = 2.02$) เพื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ระดับสูง ($M = 8.45, SD = 1.71$) และด้านความรู้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($M = 4.06, SD = 0.53$) (ตารางที่ 6)

3. ทักษะในการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 60.61, SD = 5.74, M_{adj} = 4.04$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับสูง ($M = 30.34, SD = 4.26, M_{adj} = 3.79$) และทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูง ($M = 30.26, SD = 2.14, M_{adj} = 4.32$) (ตารางที่ 7)

4. ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.43, SD = 4.16, M_{adj} = 3.70$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.70, SD = 2.38, M_{adj} = 2.92$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับสูง ($M = 16.97, SD = 1.61, M_{adj} = 4.24$) และด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง ($M = 15.77, SD = 1.11, M_{adj} = 3.94$) (ตารางที่ 7)

5. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.14, SD = 7.62, M_{adj} = 3.09$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 16.84, SD = 3.64, M_{adj} = 2.8$) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.30, SD = 4.36, M_{adj} = 3.33$) (ตารางที่ 7)

6. การเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 15.96, SD = 3.35, M_{adj} = 3.19$) โดยด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.05, SD = 2.18, M_{adj} = 3.35$) และด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.92, SD = 1.44, M_{adj} = 2.96$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการปฏิบัติบทบาทโดยรวม และรายด้าน ($n = 240$)

ความรู้	คะแนน		คะแนน รวม เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปล ผล ภาพรวม
	เต็ม	จริง			
ความรู้โดยรวม	0-15	9-15	12.52	2.07	สูง
ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0-10	6-10	8.45	1.71	สูง
ด้านการดูแลครอบครัว/ผู้ดูแล	0-5	3-5	4.06	0.53	สูง

ตารางที่ 7 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลผลตามตัวแปรตาม จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($n = 240$)

ตัวแปรต้น	คะแนน		คะแนน รวม เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย รายข้อ	การแปล ผล
	เต็ม	จริง				
ทักษะในการปฏิบัติ บทบาทโดยรวม	15 – 75	47-74	60.61	5.74	4.04	สูง
ด้านการสื่อสาร	8 – 40	19-40	30.34	4.26	3.80	สูง
ด้านการดูแล	7 – 35	26-35	30.27	2.14	4.32	สูง
ทรัพยากรในการปฏิบัติ บทบาทโดยรวม	12 – 60	35-53	44.43	4.16	3.70	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	4 – 20	8-17	11.70	2.38	2.93	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	4 – 20	13-19	16.97	1.60	4.24	สูง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	4 – 20	13-17	15.77	1.12	3.94	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติ บทบาทโดยรวม	13 – 65	23-58	40.14	7.62	3.08	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	6 – 30	9-26	16.84	3.64	2.81	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	7 – 35	14-32	23.30	4.36	3.33	ปานกลาง

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปรต้น	คะแนน เต็ม	คะแนน จริง	คะแนน รวม เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย รายข้อ	การแปล ผล
การเข้าถึงข้อมูล	5 – 25	9-23	15.96	3.54	3.19	ปานกลาง
ข่าวสารในการปฏิบัติ บทบาทโดยรวม						
ด้านนโยบายและแนว ทางการดำเนินงาน	3 – 15	6-14	10.05	2.18	3.35	ปานกลาง
ด้านแหล่งบริการและ หน่วยงานที่สนับสนุน	2 – 10	3-9	5.92	1.44	2.96	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง

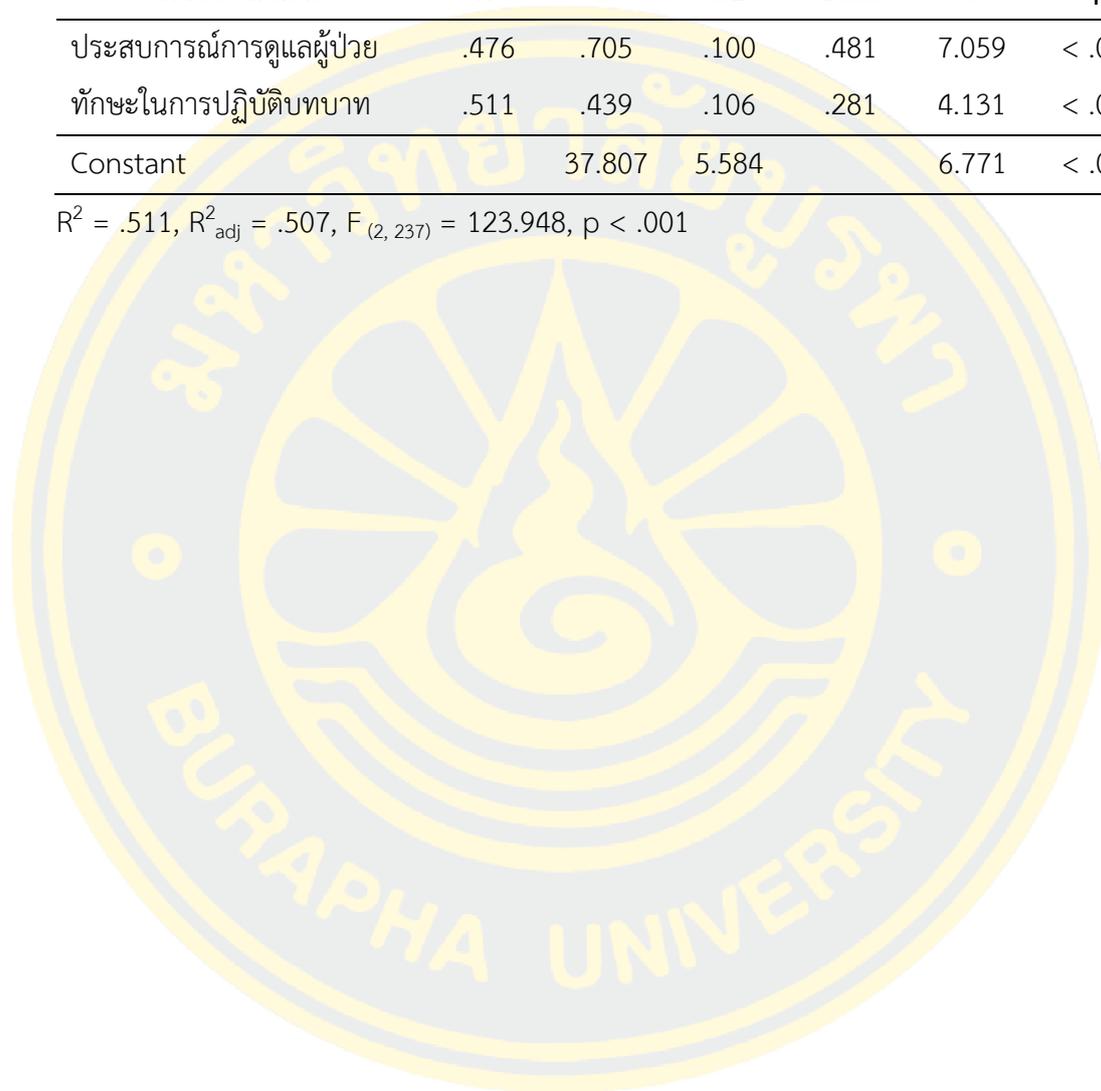
การวิเคราะห์ทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแล
จังหวัดฉะเชิงเทราด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple
regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย
($\beta = .481, p < .001$) และ ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($\beta = .281, p < .001$) โดยสามารถร่วม
ทำนายการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ
50.7 ($R^2 = .511, R^2_{adj} = .507, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 123.948, p < .001$)
ตามตารางที่ 8 และสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

บทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง = $37.807 + 0.481$
(ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย) + 0.281 (ทักษะในการปฏิบัติบทบาท)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ($n = 240$)

ตัวแปรทำนาย	R ²	b	SE	Beta	t	p
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย	.476	.705	.100	.481	7.059	< .001
ทักษะในการปฏิบัติบทบาท	.511	.439	.106	.281	4.131	< .001
Constant		37.807	5.584		6.771	< .001

R² = .511, R²_{adj} = .507, F_(2, 237) = 123.948, p < .001



บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Correlation Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคามที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 240 คน (ร้อยละ 92.31 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และแบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) อยู่ที่ 0.92, 0.92, 0.81, 0.95, 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อมั่นอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ที่ 0.990, 0.779 (KR-20), 0.990, 0.977, 0.990, 0.974 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน QR-Code ระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2567 และลงพื้นที่แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ ระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25-56 ปี ($M = 40.40$, $SD = 7.97$) อยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลางมากที่สุด (ร้อยละ 48.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.4) และได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น (ร้อยละ 83.8) ส่วนมากได้การอบรมการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 67.9) โดยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่าง 1 - 25 ปี ($M = 12.49$, $SD = 6.30$) อยู่ในช่วง 11-15 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.6) มีความรู้ในการปฏิบัติบทบาทอยู่ในระดับสูง ($M = 12.52$, $SD = 2.02$) มีทักษะในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 60.61$, $SD = 5.74$, $M_{adj} = 4.04$) มีทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.43$, $SD = 4.16$, $M_{adj} = 3.70$) มีแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.14$,

$SD = 7.62$, $M_{adj} = 3.09$) และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 15.96$, $SD = 3.35$, $M_{adj} = 3.19$)

2. พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 73.53$, $SD = 9.68$, $M_{adj} = 2.44$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติบทบาทด้านการให้การดูแลสูงที่สุด ($M = 44.54$, $SD = 5.48$, $M_{adj} = 2.48$) รองลงมาคือ ด้านการประเมินผลลัพธ์ ($M = 14.67$, $SD = 3.16$, $M_{adj} = 2.45$) และด้านการบริหารจัดการ ($M = 14.13$, $SD = 3.33$, $M_{adj} = 2.37$) ตามลำดับ

3. ประสพการณ์ดูแลผู้ป่วย ($\beta = .481$, $p < .001$) และทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($\beta = .281$, $p < .001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม โดยสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว ร้อยละ 50.7 ($R^2 = .511$, $R^2_{adj} = .507$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 23.948$, $p < .001$) ซึ่งสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned} & \text{การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน} \\ & = 37.807 + 0.481(\text{ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย}) + 0.281(\text{ทักษะในการปฏิบัติบทบาท}) \end{aligned}$$

อภิปรายผล

การอภิปรายผลนี้ผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม และ (2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทที่บ้าน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2018) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามมีการปฏิบัติบทบาทโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากบริบทของระบบสุขภาพและการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่มีนโยบายสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในระดับชุมชนของประเทศไทยที่ให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านหรือในชุมชน ตามหลักการของ Primary Health Care (PHC) (World Health Organization,

2020) ทำให้พยาบาลชุมชนที่มีความใกล้ชิด เป็นบุคลากรด้านหน้าเข้ามามีบทบาทการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวมากกว่าทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การบูรณาการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในระบบปฐมภูมินั้นต้องมีความชัดเจนร่วมกับต้องเชื่อมโยงทรัพยากรหลายภาคส่วนจึงจะทำให้การผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นความท้าทายของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นพื้นที่ชนบทและชุมชนในภาคอีสานที่มักประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพโดยเฉลี่ยจะอยู่ที่ 1.47 – 2.37 ต่อพันประชากร ซึ่งน้อยกว่าภาคอื่นๆเป็นอย่างมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ร่วมกับการเข้าถึงบริการที่ไม่ทั่วถึงของประชาชน ทำให้พยาบาลชุมชนต้องรับภาระงานจำนวนมาก ต้องแบ่งเวลาระหว่างงานดูแลปกติกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ไม่สามารถให้บริการแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ (WHO, 2020) ซึ่งสะท้อนในผลการศึกษาที่พบว่า ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.70, SD = 2.38, M_{adj} = 2.92$) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.14, SD = 7.62, M_{adj} = 3.09$) ในบางพื้นที่พบว่ายังขาดการสนับสนุนทางในเรื่องของแนวทางการดูแลที่ชัดเจนจากหน่วยงาน นโยบายการดูแลในพื้นที่ที่เกิดช่องว่างเนื่องจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงเมื่อมีการเปลี่ยนผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนก็จะมีปรับเปลี่ยนไปด้วย การเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยในพื้นที่มีช่องว่างเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาที่จะต้องมีการประสานงานหลายขั้นตอน รวมไปถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลระหว่างกระทรวง จากบริบทข้างต้นจึง ทำให้พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามมีการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติบทบาททางด้านพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบทบาทที่พยาบาลชุมชนปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการประเมินผลลัพธ์ และด้านการบริหารจัดการ ตามลำดับ อาจสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะงานของพยาบาลชุมชนที่ยังคงมุ่งเน้นการดูแลทางตรง (Direct care) มากกว่าการประเมินผลลัพธ์และการบริหารจัดการ ซึ่งบทบาทการดูแลของพยาบาลชุมชนเป็นผลมาจากการที่พยาบาลเป็นบุคลากรแนวหน้าที่ต้องลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน และดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การปฏิบัติดูแลบรรเทาอาการปวด อาการไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากโรคแก่ผู้ป่วย (Symptom management) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสได้พูดระบายความรู้สึก และการดูแลเชิงจิตวิญญาณ โดยที่ไม่ขัดกับหลักความเชื่อและศาสนา การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการบรรเทาอาการ เช่น การจัดการ

ความปวด การดูแลแผลกดทับ และการให้คำปรึกษา (Kongsuwan & Matchim, 2020) ตามแนวคิด "Good Death" (การตายดี) นอกจากนี้ การดูแลแบบองค์รวมยังรวมถึงการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมตัวรับมือกับความสูญเสีย การค้นหาขอบเขตการรับยอมการเจ็บป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลครอบคลุมการพยากรณ์ของโรคและแผนการรักษา การเสนอทางเลือกในการรักษาตามสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมไปถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการรักษา

การประเมินผลลัพธ์เป็นบทบาทที่พยาบาลชุมชนปฏิบัติรองลงมา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตามอาการของผู้ป่วย ประเมินคุณภาพชีวิต และดูแลให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปตามมาตรฐาน ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่เป็นพื้นที่ชนบทของประเทศไทยอาจเผชิญกับอุปสรรค เช่น การขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นระบบ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ของผู้ป่วยเป็นหลัก (กรมการแพทย์, 2563) การใช้ระยะเวลาในการประเมินค่อนข้างนาน เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์และคณะ, 2554) และภาระงานที่หนัก (Pairojkul et al., 2019) รวมไปถึงส่วนบทบาทด้านการบริหารจัดการเป็นด้านที่พยาบาลชุมชนปฏิบัติได้น้อยที่สุด อาจเนื่องมาจาก การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลายภาคส่วน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ปัจจุบันมีนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) ทำให้ช่องว่างของการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เป็นแผนที่วางไว้ จากเดิมที่สามารถประสานงานส่งต่อผู้ป่วยลงไปยังพื้นที่ได้โดยตรง จำเป็นจะต้องมีการประสานงานหลายขั้นตอนเพิ่มมากขึ้นจากเดิม และการเข้าถึงบริการแบบประคับประคองยังมีข้อจำกัด ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ การเข้าถึงข้อมูลที่เป็น จึงยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนอย่างเต็มที่

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ระดับประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

การจากศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ได้แก่ ประสบการณ์การดูแล ($\beta = .481$) และทักษะในการปฏิบัติบทบาท ($\beta = .281$) สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 50.7 ($R^2 = .511$, $R^2_{adj} = .507$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สามารถอธิบายได้จากหลายแง่มุม ดังนี้

ประสบการณ์การดูแล ประสบการณ์ของพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก พยาบาลที่มีประสบการณ์ในงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะสามารับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า และมีความมั่นใจในการตัดสินใจ รวมถึงการจัดการกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวด หรือปัญหาทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการสิ้นสุดชีวิต ด้วยความคุ้นเคยกับกระบวนการและวิธีการดูแล จึงสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้มากกว่า ทั้งนี้ ประสบการณ์ทำให้พยาบาลสามารถเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาจึงพัฒนาและปรับตัวให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะในระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลมากขึ้นเท่าใดจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมากขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับ คาเมลและแซนดร้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่ศึกษาบทบาทผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการปฏิบัติงานดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะศึกษาประเทศสวีเดนแต่อยู่ในการศึกษาบริบทของบริการปฐมภูมิเหมือนกันทั้งในเขตพื้นที่ในเมืองและพื้นที่ชนบท ที่พบว่า ประสบการณ์การดูแลของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และสอดคล้องกับ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) ที่ศึกษาบทบาททรัพยากรพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ถึงแม้ว่าจะเป็นการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ แต่เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชนเหมือนกัน ที่พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลมีผลอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมการดูแลประคับประคองของพยาบาล และสอดคล้องกับ ทรศนันท์ ไทยอัฐวิณีและอภิญญา จำปามูล (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 273 ราย พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .125$, $p = .008$) และสามารถร่วมทำนายการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 59.2 ($R^2 = .592$, $p < .05$)

ทักษะในการปฏิบัติบทบาท ทักษะการดูแลของพยาบาลในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ การมีทักษะทั้งด้านการประเมินอาการ การจัดการกับความเจ็บปวด การให้การดูแลด้านจิตใจ รวมไปถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมี

ประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาลในการปฏิบัติงาน การที่พยาบาลมีทักษะที่ดีในด้านต่าง ๆ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้สามารถจัดการกับภาระงานที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารและทักษะการดูแลมากเท่าไรจะช่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดกรอบนวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition framework : ICC) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ที่ระบุว่า การที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเครือข่ายจำเป็นจะต้องได้รับการเตรียมให้พร้อมในการดูแล (Prepare) โดยการฝึกทักษะในการดูแล ทั้งทักษะการดูแลและทักษะการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับ ฮิคแมนและคณะ (Hickman et al., 2020) ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ถึงแม้ว่าจะศึกษาในบริบทของสถานพยาบาลและพื้นที่ประเทศของอินเดีย แต่เป็นการศึกษาในบทบาทการดูแลแบบประคับประคองเหมือนกัน ที่แนะนำว่าทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อช่วยให้สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในรายที่มีความซับซ้อน สอดคล้องกับ เซกเซและคณะ (Sekse et al., 2018) ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะศึกษาในต่างประเทศ แต่เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองเหมือนกัน ที่พบว่าในการบรรลุบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลนั้น พยาบาลจำเป็นที่จะมีการฝึกอบรมทักษะการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนันท์ ไทยอัฐวิถิและอภิญา จำปา มูล (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 273 ราย พบว่า การสื่อสารมีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ($\beta = .284, p < .001$) และสามารถทำนายได้ร้อยละ 59.2 ($R^2 = .592, p < .05$)

เมื่อพยาบาลมีทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสิทธิภาพในการปฏิบัติบทบาทจะสูงขึ้น การผสมผสานระหว่างประสบการณ์และทักษะช่วยให้พยาบาลชุมชน (1) สามารถเรียนรู้และพัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ผ่านการอบรม การศึกษาดด้วยตนเอง หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งส่งผลให้พยาบาลสามารถนำแนวทางการดูแลที่ทันสมัยไปพัฒนาทักษะตนเองและใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม (2) สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน และ (3) สามารถจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการบรรเทาอาการและการให้การดูแลด้านจิตใจและสังคม การผสมผสานระหว่างประสบการณ์และทักษะจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition [ICCC] Framework) (WHO, 2002) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เครือข่ายจำเป็นที่ต้องได้รับการ

เตรียมให้พร้อมในการดูแล (Prepare) ได้แก่ การฝึกทักษะในการดูแล รวมไปถึงการเก็บรวบรวม ประสพการณ์จากการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านการได้รับการเตรียม คือ ความรู้ ในการปฏิบัติบทบาท, ทักษะในการปฏิบัติบทบาท และทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท (2) ปัจจัยด้าน การสร้างแรงจูงใจและแรงกระตุ้น คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท และ (3) ปัจจัยด้านการได้รับ ข้อมูล คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ดังนี้

1. ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท เป็นสิ่งที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า เรียนรู้ตลอดจนไปถึง ประสพการณ์ที่ผ่านมา และนำไปสู่การปฏิบัติบทบาท พบว่าพยาบาลชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ร้อยละ 68.42 และความรู้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหรือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.04 ความรู้ที่พยาบาลชุมชนมีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีลักษณะ เฉพาะที่ต้องใช้ความรู้ที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพยาบาลจะมีความรู้ที่ดี แต่การนำความรู้ นั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงอาจมีข้อจำกัด และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาระงานหรือความ คาดหวังจากผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทได้ ซึ่งขัดแย้งกับ การศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชาย (2564) ที่ศึกษาบทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.และคลินิกหมอ ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และขัดแย้งกับการศึกษาของ คาเมลและแซนดร้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติที่เหมาะสมใน การให้การดูแลแบบประคับประคอง พบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง

2. ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท เป็นองค์ประกอบที่จะช่วยให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นไปด้วยความราบรื่น พบว่าพยาบาลชุมชนมีการรับรู้ทรัพยากรด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.62, SD = 2.457$) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับสูง ($M = 17.01, SD = 1.604$) และด้านวัสดุ อุปกรณ์อยู่ในระดับสูง ($M = 15.76, SD = 1.157$) ทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนไม่ว่าจะเป็น เตียงลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เครื่องผลิตออกซิเจน ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลชุมชนมีความมุ่งมั่นใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในบางกรณีอาจจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากร ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณที่ไม่สามารถทำการเบิกจ่ายตามรอบ วัสดุอุปกรณ์ที่มีความล่าช้าในการ จัดหาหรือบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน ซึ่งทำให้การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลไม่

สามารถทำได้ตามมาตรฐานหรือการคาดหวัง จึงทำให้ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่ระบุว่าหากพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิรับรู้ถึงทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จะช่วยให้มีความพร้อมในการดูแลแบบประคับประคอง และไม่สอดคล้องกับ เซกเซและคณะ (Sekse et al., 2018) ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ถึงว่าจะศึกษาในต่างประเทศ แต่เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองเหมือนกัน ที่ระบุว่าการศึกษาที่พยาบาลจะปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบประคับประคองสำเร็จ จำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนในด้านทรัพยากรต่างๆ

3. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการปฏิบัติหรือพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งมีทั้งทิศทางบวกและลบ พบว่าพยาบาลชุมชนมีระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจในระดับปานกลาง ($M = 16.87, SD = 3.737$) และด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.23, SD = 4.478$) แรงจูงใจในการทำงาน เช่น การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การเป็นบุคคลแรกที่ประชาชนนึกถึง ความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพ หรือความรู้สึกว่าได้ทำประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผลักดันให้พยาบาลมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจเหล่านี้อาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอก เช่น การขาดการรับรู้หรือการสนับสนุนจากองค์กรหรือครอบครัว รวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเครียดสูง ภาระงานที่มีปริมาณมาก ทำให้ไม่สามารถร่วมทำนายนการปฏิบัติบทบาทได้อย่างแม่นยำ ซึ่งขัดแย้งการศึกษาของ นิชชา ชุนอินทร์และคณะ (2564) ที่พบว่าความร่วมมือภายในของทีมสุขภาพสามารถช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปได้ด้วยดี และขัดแย้งกับ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่าพยาบาลขาดแรงจูงใจในการให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย ทำให้การดูแลไม่ต่างจากผู้ป่วยติดเตียง ขัดแย้งกับ โยฮันเซนและเฮลเกเซน (Johansen & Helgesen, 2021) ที่พบว่าพยาบาลยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

4. ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจว่าการปฏิบัติสิ่งนั้นจะส่งผลดีหรือผลเสียตามมา พบว่าพยาบาลชุมชนมีระดับการรับรู้การเข้าถึงข้อมูลด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.04, SD = 2.299$) และด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.97, SD = 1.546$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดูแลได้ แต่ในบางกรณี การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอาจไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีและเวลา แนวทางการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะในพยาบาลที่ทำงานในชุมชนหรือในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งอาจทำให้การ

ปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อรพรรณ คงศรีชายและคณะ (2564) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และขัดแย้งกับ คาเมลและแซนดร้า (Carmel & Sandra, 2019) ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่สามารถเข้าถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคองได้ ทำให้ไม่สามารถที่จะตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

การที่ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทของพยาบาล แต่ไม่สามารถร่วมทำนายได้อย่างชัดเจนอาจเป็นผลจากความซับซ้อนของบริบทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งรวมถึงปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลมากมาย เช่น สถานการณ์ในชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว และข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างครบถ้วนในงานวิจัยนี้ ซึ่งสามารถอธิบายถึงความแตกต่างในการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. จังหวัดมหาสารคามอยู่ในช่วงการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และและสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การประสานงานมีช่องว่างเกิดขึ้น ส่งผลให้ความต่อเนื่องของนโยบายการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเกิดความชะงัก

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบ นำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองให้แก่พยาบาลชุมชน โดยดำเนินการ

1. เพิ่มพัฒนาทักษะพยาบาลชุมชนในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมฝึกจริง โดยเก็บประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน

เสริมสร้างทักษะผ่านการอบรม ควรมีหลักสูตรเฉพาะสำหรับพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับ Palliative Care ที่ครอบคลุมทั้งด้านคลินิก การประเมินผลลัพธ์ และการบริหารจัดการ

2. พัฒนาระบบพยาบาลที่เลี้ยงที่ส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทพยาบาลชุมชน โดยพิจารณาจัดกลุ่มพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำ และดลใจแก่พยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์น้อย

3. พัฒนาระบบสนับสนุนและเครือข่าย ควรมีการสร้างเครือข่าย Palliative Care ในระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับ รพ.สต. และองค์กรชุมชน รวมไปถึงมีการประเมินระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทในบริบทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการมีการปรับเปลี่ยนสายบังคับบัญชา รวมไปถึงนโยบายการดูแลในชุมชน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อค้นหาตัวแปรที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน เช่น ระดับความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
3. ควรพัฒนานวัตกรรมเพิ่มสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลของพยาบาลชุมชน เช่น การจัดโปรแกรมหลักสูตรเพิ่มพูนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลชุมชน โดยปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละพื้นที่

บรรณานุกรม

กนกพร จิวประสาท. (2558). บทบาทพยาบาลและการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกการรักษา ในระยะสุดท้ายในผู้ป่วยวิกฤต : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 15-24.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/49488>

กรมการแพทย์. (2559). *List disease of Palliative care and Functional unit*. อาร์ต ควอลิไฟท์.

กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

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%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

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข Retrieved from

http://data.ptho.moph.go.th/inspec/inspec2559/mophplan_2559_final.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC)*.

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ*.

<http://gishealth.moph.go.th/>

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. (2564).

แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564).

กองการพยาบาล. (2559). *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. กระทรวงสาธารณสุข.

- กันตพร ยอดไชย. (2564). เพศวิถีในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: บทบาทของพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 27(3), 124-133.
- กัลยา โสณทอง. (2559). *บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน*.
<http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html>
- กึ่งกมล เพชรศรี, และกันตพร ยอดไชย. (2563). อาการคัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการอาการคัน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย: บทบาทพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(3), 122-131.
- กึ่งกมล เพชรศรี, กันตพร ยอดไชย, และทิพมาส ชิมวงศ์. (2560). การนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(4), 130-136.
- กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณี แสงสาย, และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(2), 12-24.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/249870>
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง (Nurse's Role in Palliative Care). *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 30(1), 100-109. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29280>
- จินตนา อางสันเทียะ, & รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-8. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/121641>
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2559). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. หมอชวนรู้ โดย แพทสภา.
https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf
- ชไมพร สมบัติยานุชิต. (2541). *บทบาทการดำเนินงานวัฒนธรรมของบุคลากรศูนย์วัฒนธรรมจังหวัดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยทักษิณ*. มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ชลลดา ดิยะวิสุทธิ์ศรี, ภาวดี เหมทานนท์, และสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 35(2), 1-12. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/215141>

- ชัยญา มณีวรรณ, วันเพ็ญ แก้วปาน, & สุทธิพร มูลศาสตร์. (2562). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 9. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33*(1), 138-151.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/241767>
- ชุติมาพร เขาวนัไว. (2564). บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษาในการบริหารแหล่งเรียนรู้ภายในสถานศึกษา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี. *วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย, 3*(1), 19-28.
- ณชนชล ดาวฤกษ์, ปานดา อภิรักษ์นภานนท์, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 9*(1), 238-248. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/257824>
- ณิชชา ขุนอินทร์, นิตยา ปรีชาบุษย์, อัญชลี ซาทิกิตติสาร, และธิราภรณ์ จันทร์ดา. (2564). การสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคองในโรงพยาบาลรามธิบดี: การวิจัยเอกสาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 22*(42), 60-74. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/248993>
- ทรงศนันท์ ไทยอัฐวิณี, และอภิญญา จำปามูล. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(2), 198-204. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/181366>
- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5714032066_5923_5671.pdf
- นันท์วัฒน์ ภิญโญ, & อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยความเอื้ออาทร ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 51*(3), 110-125. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/267877>
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, & ทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21*(1), 26-34.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/203234>

- พรทวี ยอดมงคล. (2556). *คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)*. บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- พัชระกรพจน์ ศรีประสาร, วรธิดา มาศเกษม, และอนงค์ ดิษฐสังข์. (2559). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน: ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข (Home palliative care: The challenging of home health care nurse's roles). *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 98-109. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48563>
- พุทธวรรณ ชูเชิด, เพ็ญสุข ไพศาลกอบฤทธิ์, และนิสาพร สलगสิงห์. (2563). บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 69-81. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/234649>
- ภิญญา ถนอมกลุ่ม. (2563). บทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางวิถีพุทธ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 233-243.
- ภิญญา อุทธิยา. (2563). บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 18-25. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/202336>
- ยอดลักษ์ สัยลังกา, บุญมา สุนทราวีรัตน์, รัตติกรณ์ มูลเครือคำ, และจิระนันท์ สาวียะ. (2564). ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ความจริงกับความหวัง” มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนอีสานตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(2), 99-117. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/245832>
- ราชกิจจานุเบกษา, ๘ ตอนที่ 62 ง (4 สิงหาคม 2548).
- ราชกิจจานุเบกษา, 28-38 (10 มีนาคม 2564).
- ราชกิจจานุเบกษา, ๘ ตอนพิเศษ 97 ง (18 เมษายน 2562).
- ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). สมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3), 233-239.
- โรงพยาบาลราชวิถี. (2564). *คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย*.
โรงพยาบาลราชวิถี.
- วนิศา รัชวัตร์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และวารีย์ กังใจ. (2562). ความต้องการการดูแลและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 35(1), 153-162. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/191015>

- ศศิวิมล ปานุราช, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, และ เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5814032057_8091_9246.pdf
- ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2560). *การพยาบาลชุมชน : กระบวนการพยาบาล*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข : กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉบับปรับปรุง*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563*. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข
<https://www.samatcha.org/file/1ce6f216-b7ed-49f8-86f1-6777c82e45bb/preview>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
<https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, และรุ่งอรุณ โทวันนัง. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(2), 303-316. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063>
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2558). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 137-143.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30350>
- อรพรรณ คงศรีชาย, นัยนา หนูนิล, และอุไร จเรประพาฬ. (2564). บทบาทการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 26(3), 310-324. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241753>

- อาคม โพธิ์สุวรรณ, สุภาภรณ์ วรอรุณ, และรัตนา แสงสว่างโชติ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(2)*, 125-138. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/250136>
- อุบล สุวรรณมณี. (2561). ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตอบสนองต่อความต้องการแผนกผู้ป่วยในหญิงโรงพยาบาลสันทรายจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรง, 34(3)*, 227-239.
- American Cancer Society medical. (2019). *What Is Palliative Care?* <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/what-is-palliative-care.html>
- Carmel, M. C., & Sandra, P. S. (2019). The nurse practitioner role is ideally suited for palliative care practice: A qualitative descriptive study [article]. *Canadian Oncology Nursing Journal, 29(1)*, 4-9. <https://doi.org/10.5737/2368807629149>
- Connor, S. (2020). *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*.
- Connor, S., & Sepulveda, C. (2014). *The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*.
- Edy, S., & Iwan, S. (2021). Nurses' roles in palliative care: An Islamic perspective [article]. *Belitung Nursing Journal, 7(1)*, 50-54. <https://doi.org/10.33546/bnj.1254>
- Engel, M., van Zuylen, L., van der Ark, A., & van der Heide, A. (2021). Palliative care nurse champions' views on their role and impact: a qualitative interview study among hospital and home care nurses. *BMC Palliative Care, 20(1)*, 34. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00726-1>
- Gafer, N., & Elhaj, A. (2014). Palliative care for cancer patients in Sudan: an overview. *Ecancermedicalscience, 8*, 491. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2014.491>
- Greene, J. M. F. A. (2022). Terminal illness. In *Salem Press Encyclopedia of Health*: Salem Press.
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today, 61*, 216-219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
- Hawley, P. (2017). Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care, 10*, 1178224216688887. <https://doi.org/10.1177/1178224216688887>

- Herzberg, F. (1959). Herzberg's Two-factor Theory. In *Gale Encyclopedia of Psychology*: Gale.
- Hickman, S. E., Parks, M., Unroe, K. T., Ott, M., & Ersek, M. (2020). The Role of the Palliative Care Registered Nurse in the Nursing Facility Setting. *J Hosp Palliat Nurs*, 22(2), 152-158. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000634>
- Hunter, J., & Orlovic, M. (2018). End of life care in England. *Institute for Public Policy Research. A Briefing Paper*.
- Johansen, H., Grøndahl, V., & Helgesen, A. (2022). Palliative care in home health care services and hospitals – the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00956-x>
- Johansen, H., & Helgesen, A. K. (2021). Palliative care in the community – the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 20(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00860-w>
- Lim, R. (2017). ED02.04 Palliative Care in South-East Asia. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(1), S24. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2016.11.024>
- Meier, D. E., Back, A. L., Berman, A., Block, S. D., Corrigan, J. M., & Morrison, R. S. (2017). A national strategy for palliative care. *Health Affairs*, 36(7), 1265-1273.
- Phetcharat, T., Kongpatee, K., Sansuktawee, D., Duangmun, S., Phromlounsri, R., Supanpasuch, S., & Piyawattanapong, S. (2017). Needs in End of Life care of Surgical and Orthopedic patients. *Srinagarind Medical Journal*, 32(3), 269-275. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/90599>
- Sekse, R. J. T., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e21-e38. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions : building blocks for actions : global report*. In. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020, 5 August 2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. แพทย์หญิงชยานันท์ สายเชื้อ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. นางสาวสิริลักษณ์ แผงสมศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
ดงยางน้อย จังหวัดมหาสารคาม |
| 5. นายธนัญฐ์ ภูมินา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
หนองหัวเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม |



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หนังสือขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-026/2567



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS125/2566
โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
หัวหน้าโครงการวิจัย : นายพงศกร สีทิต
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์
หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566
 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

วันที่หมดอายุ : วันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

สำเนา

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

****หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง ****





ที่ อว ๘๑๓๗/๙๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายพงศกร สีทิต รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๔๔๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างน้อย ๑ ปี จำนวน ๗๕ ราย ในระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยกลุ่มตัวอย่างที่นิสิตขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่ต่าง ๆ ปรากฏดังเอกสารแนบ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๔๖๔-๔๔๗๒ หรือที่ E-mail: 64920440@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)



เอกสารแนบขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามสถานที่ต่าง ๆ และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่อำเภอ	สถานที่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
พื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย	รพ.สต.บ้านดอนกลาง	4
	รพ.สต.บ้านแพง	3
	รพ.สต.บ้านยางสินไชย	3
	รพ.สต.บ้านวังยาว	3
	รพ.สต.บ้านโพนงาม	3
	รพ.สต.บ้านเลิงใต้	3
	รพ.สต.บ้านท่าเดื่อ	2
	รพ.สต.บ้านดอนจำปา	1
	โรงพยาบาลโกสุมพิสัย	5
พื้นที่อำเภอกันทรวิชัย	โรงพยาบาลกันทรวิชัย	2
พื้นที่อำเภอแกดำ	โรงพยาบาลแกดำ	3
พื้นที่อำเภอนาคู	โรงพยาบาลนาคู	5
พื้นที่อำเภอภูคัง	โรงพยาบาลภูคัง	2
พื้นที่อำเภอบรบือ	โรงพยาบาลบรบือ	5
พื้นที่อำเภอนาเชือก	โรงพยาบาลนาเชือก	5
พื้นที่อำเภอเมือง	รพ.สต.บ้านแก้ง	3
	รพ.สต.บ้านโนนแต้	2
	รพ.สต.บ้านหนองโน	2
	รพ.สต.บ้านโคกบัวค้อ	2
	รพ.สต.บ้านหัวนาคำ	2
	รพ.สต.บ้านโคกก่อ	2
	รพ.สต.บ้านดอนหว่าน	1
	รพ.สต.บ้านท่าตูม	1
	รพ.สต.บ้านโนนเพ็ก	1
	รพ.สต.บ้านหนองแวง	1
	รพ.สต.บ้านอุปราษ	1
	โรงพยาบาลมหาสารคาม	8





ที่ อว ๘๑๓๗/๙๗๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลพบุรี ๒๐๑๓๑
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายพงศกร สีทิต รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๔๔๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างน้อย ๑ ปี จำนวน ๑๘๕ ราย ในระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยกลุ่มตัวอย่างที่นิสิตขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานที่ต่าง ๆ ปรากฏดังเอกสารแนบ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๔๖๔-๔๔๗๒ หรือที่ E-mail: 64920440@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

สีทันหา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันทนา รังสิโยภาส)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)



เอกสารแนบขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามสถานที่ต่าง ๆ และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่อำเภอ	สถานที่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
พื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย	รพ.สต.บ้านคูเหนือ	3
	รพ.สต.บ้านเขื่อน	4
	รพ.สต.บ้านแห่ใต้	2
	รพ.สต.บ้านหนองสระพัง	3
	รพ.สต.บ้านโนนพยอม	4
	รพ.สต.บ้านหนองผือ	3
	รพ.สต.บ้านยางใหญ่	4
	รพ.สต.บ้านโนนเมืองน้อย	2
	รพ.สต.บ้านชิงแคง	2
	รพ.สต.บ้านยางท่าแจ้ง	1
	รพ.สต.บ้านโพนทอง	1
	รพ.สต.บ้านหนองกุง	1
พื้นที่อำเภอกันทรวิชัย	รพ.สต.บ้านนาสีนวน	3
	รพ.สต.บ้านมะค่า	2
	รพ.สต.บ้านชี	2
	รพ.สต.บ้านเปลือยน้ำ	2
	รพ.สต.บ้านยาง	1
	รพ.สต.บ้านบึงเบา	1
	รพ.สต.บ้านหัวขัว	3
	รพ.สต.บ้านไส้จ่อ	2
	รพ.สต.บ้านท่าขอนยาง	1
	รพ.สต.บ้านขามเรียง	1
	รพ.สต.บ้านศรีสุข	1
	รพ.สต.บ้านมะกอก	1
	รพ.สต.บ้านหนองอุ่ม	1
	รพ.สต.บ้านสระ	1
พื้นที่อำเภอแกดำ	รพ.สต.บ้านวังแสง	3
	รพ.สต.บ้านตาหลุง	3
	รพ.สต.บ้านหนองบัว	3
	รพ.สต.บ้านโนนภิบาล	3
	รพ.สต.บ้านนาฏ	2
	รพ.สต.บ้านโคกไร่	1
	รพ.สต.บ้านป่าข้าง	2

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (<https://e-sign.buu.ac.th/verify>)

พื้นที่อำเภอนาดูน	รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง	2
	รพ.สต.บ้านหนองไผ่	1
	รพ.สต.บ้านดงยาง	1
	รพ.สต.บ้านหนองแต่น้อย	2
	รพ.สต.บ้านกุโนเมือง	2
	รพ.สต.บ้านนาฝาย	1
	รพ.สต.บ้านเหล่าจั่น	2
	รพ.สต.บ้านหนองผง	2
	รพ.สต.บ้านห้วยดง	1
	รพ.สต.บ้านดงบัง	2
	รพ.สต.บ้านคอนตู	2
	รพ.สต.บ้านแดงโพรง	1
พื้นที่อำเภอกุดรัง	รพ.สต.บ้านเลิงแฝก	3
	รพ.สต.บ้านกุดรัง	4
	รพ.สต.บ้านนาโพธิ์	4
	รพ.สต.บ้านหนองแสง	2
	รพ.สต.บ้านหัวนา	3
	รพ.สต.บ้านหนองแวง	2
	รพ.สต.บ้านห้วยแคน	1
	รพ.สต.บ้านหนองแหน	2
พื้นที่อำเภอบรบือ	รพ.สต.บ้านบ่อใหญ่	5
	รพ.สต.บ้านหนองขาม	5
	รพ.สต.บ้านโนนราชสี	4
	รพ.สต.บ้านบัวมาศ	3
	รพ.สต.บ้านบกพร้าว	4
	รพ.สต.บ้านโสกภารา	3
	รพ.สต.บ้านวังปลาโต	2
	รพ.สต.บ้านเหล่าตามา	4
	รพ.สต.บ้านเหล่ายาว	2
	รพ.สต.บ้านหนองโก	4
	รพ.สต.บ้านเปลือย	2
	รพ.สต.บ้านคอนบม	2
	รพ.สต.บ้านหัว	1
	รพ.สต.บ้านดงมัน	2
	รพ.สต.บ้านโนนทอง	2
	รพ.สต.บ้านหนองคูขาด	1
	รพ.สต.บ้านหนอง	1



พื้นที่อำเภอนาเชือก	รพ.สต.บ้านสำโรง	3
	รพ.สต.บ้านหัวเข้าแตก	2
	รพ.สต.บ้านหนองโพธิ์	2
	รพ.สต.บ้านหนองแดง	2
	รพ.สต.บ้านปอพาน	1
	รพ.สต.บ้านหนองบัวแดง	1
	รพ.สต.บ้านหนองม่วง	1
	รพ.สต.บ้านปลาขาว	3
	รพ.สต.บ้านหัวหนองคู	3
	รพ.สต.บ้านหนองเม็ก	1
	รพ.สต.บ้านหนองกุง	1
	รพ.สต.บ้านหนองสระ	1
	พื้นที่อำเภอเมือง	รพ.สต.บ้านเขวา
รพ.สต.บ้านหนองจิก		2
รพ.สต.บ้านห้วยแอ่ง		1
รพ.สต.บ้านลาด		1
รพ.สต.บ้านท่างาม		1
รพ.สต.บ้านเชียงเหียน		1





ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS125/2566(E1)

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดมหาสารคาม

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นายพงศกร สีทิศ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Correlation Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลผ่านทาง Google Form URL :

<https://forms.gle/Vhc715e3eX2x1Pd29>

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแต่ละแห่ง กรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในสังกัดขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่งเอกสารประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเชิญชวนให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมและขออนุญาตหัวหน้าแต่ละหน่วยงานเพื่อลงไปพื้นที่ในการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม รวมไปถึงอธิบายผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการลงชื่อให้ความยินยอมภายในแบบสอบถามผ่าน Google Form หากผู้เข้าร่วมเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการเมื่อทำการปฏิเสธในแบบสอบถาม Google Form ระบบจะทำการปิดแบบสอบถามในทันที

เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ให้ตอบแบบสอบถามอย่างตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริงและตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้จะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีเพียงข้อมูลบางส่วนที่ใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ ชื่อเสียง เสรีภาพ หรือทรัพย์สินของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความไม่สะดวกในการเข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ทันที และจะไม่มีผลกระทบอื่นๆตามมา

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับทางอ้อม สามารถนำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการวางนโยบายและแนวทางในการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลชุมชน สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นกรอบการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหน่วยงาน ชื่อและนามสกุลของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในระบบคลาวด์ที่มีการเข้ารหัส 2 ชั้น หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมด

เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ทางผู้วิจัยมีของที่ระลึกขอบคุณในการให้ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ของที่ระลึกคือ ยาตมสมุนไพรรี ยี่ห้อ Dumble Inhaler จากบริษัท ดับเบิลเฮิร์บ จำกัด มูลค่าชิ้นละ 21 บาท จำนวน 260 ชิ้น มูลค่ารวม 5,460 บาท โดยใช้งบประมาณส่วนตัวของผู้วิจัย

หากผู้เข้าร่วมวิจัยหากมีข้อสงสัย ต้องการสอบถามเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่ นายพงศกร สีทิศ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เบอร์โทร 085-464-4472 E-mail :
64920440@my.buu.ac.th และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
บูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล
buuethics@buu.ac.th





เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: G-HS125/2566(E1)

โครงการวิจัยเรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล
ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน ผลการประเมินการทำงานหรือการปฏิบัติราชการ และการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแลประคับประคองในชุมชน ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มีการพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดมหาสารคาม

เอกสารชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อทำการค้นคว้าตามการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามนี้ การตอบคำถามในแบบสอบถามครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งจะนำไปเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามอย่างตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริงและตามความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็นทั้งหมด 7 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน 6 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 30 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 5 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 6 แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 13 ข้อ
ตอนที่ 7 แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท	จำนวน 5 ข้อ

ขอขอบคุณในการความร่วมมือของท่าน

นายพงศกร สีทิศ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

ID □□□

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

1. SEX □□

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. AGE □□

3. ระดับการศึกษาของท่าน

1. ปริญญาตรี

2. ปริญญาโทหรือสูงกว่า

3. EDU □□

4. ท่านได้ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น (4 เดือน) หรือไม่

0. ไม่ได้ผ่านการอบรมระยะสั้น

1. ผ่านการอบรมระยะสั้น หลักสูตร.....

4. SPE □□

5. ท่านได้ผ่านการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

0. ไม่ได้รับการอบรม

1. ได้รับการอบรม

5. PAL □□

6. ท่านมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง.....ปี

6. TIME □□

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินการกระทำหรือพฤติกรรมของท่านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ครอบคลุมบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการบริหารจัดการดูแล (2) ด้านการให้การดูแล และ (3) ด้านการประเมินผลลัพธ์การดูแล ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น/การรับรู้ของท่านมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ประจำ (4 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประจำ/มากที่สุด
 บ่อยครั้ง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบ่อยครั้ง/มาก
 บางครั้ง (2 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบางครั้ง/ปานกลาง
 นานครั้ง (1 คะแนน) หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง/น้อย
 ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติบทบาทเหล่านี้มากน้อย เพียงใด	ระดับการปฏิบัติบทบาท				
	ประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ครั้ง (1)	ไม่ ปฏิบัติ (0)
บทบาทการบริหารจัดการ					
1. ร่วมพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายฯ (ทีมสหวิชาชีพและทีมภาคีชุมชน)					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. บริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายฯ (เช่น เตียง ที่นอนลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)					
บทบาทการให้การดูแล					
7. ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อ ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว					

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติบทบาทเหล่านี้มากน้อย เพียงใด	ระดับการปฏิบัติบทบาท				
	ประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ครั้ง (1)	ไม่ ปฏิบัติ (0)
8.					
9.					
10. คุณแลบรรเทาอาการปวด อาการไม่สุข สบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจาก โรคแก่ ผู้ป่วย					
11.					
12.					
13.					
14.					
15. พัฒนาศักยภาพ (ให้ความรู้การดูแลเฉพาะ โรค ฝึกทักษะการดูแล เช่น การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การจัดท่านอน) แก่ ครอบครัวผู้ป่วย					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. เตรียมความพร้อมของครอบครัวในการ รับมือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของ ครอบครัว					
21.					
22.					
23.					
24. ติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังจากผู้ป่วย เสียชีวิตภายใน 1 เดือน					

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติบทบาทเหล่านี้มากน้อย เพียงใด	ระดับการปฏิบัติบทบาท				
	ประจำ (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ครั้ง (1)	ไม่ ปฏิบัติ (0)
บทบาทการประเมินผลลัพธ์					
25. ร่วมประเมินผลการบริหารเครือข่ายการ ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัว					
26.					
27.					
28.					
29.					
30. ร่วมปรับปรุง/แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ระหว่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ ครอบครัว					

ตอนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินความเข้าใจของท่านในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และด้านการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านตามคำอธิบายต่อไปนี้

ถูก หมายถึง ข้อความข้างต้นกล่าวได้ถูกต้อง

ผิด หมายถึง ข้อความข้างต้นกล่าวไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
1. การใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ร่วมกับ Barthel ADL เพียงพอสำหรับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
2.		
3.		
4.		
5. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการท้องผูก จำเป็นต้องให้ยาระบายทุกรายและไม่มีวิธีอื่นที่เหมาะสม		
6.		
7.		
8.		
9.		
10. การพูดเรื่องความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างยิ่ง		
ความรู้ในการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแล		
11. การประเมินความพร้อมของครอบครัว ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรค/การรักษา และทักษะการดูแลเท่านั้น		
12.		
13.		
14.		
15. การดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลสิ้นสุดลงทันทีเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตลง		

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามทักษะในการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของท่านว่า มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งความถูกต้องและครบถ้วน ครอบคลุมทักษะ 2 ด้าน ได้แก่ (1) ทักษะการสื่อสาร และ (2) ทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น/การรับรู้ของท่านมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยความได้ครบถ้วน ทุกประเด็น เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพดีมาก
- มาก (4 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยความได้ครบถ้วน เป็นส่วนใหญ่ เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพดี
- ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยความได้ครบถ้วน เป็นส่วนมาก เป็นขั้นตอน ถูกต้อง และมีคุณภาพปานกลาง
- น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยความได้ครบถ้วน เป็นส่วนน้อย ไม่เป็นขั้นตอน ผิดพลาด และมีคุณภาพต่ำ
- น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวด้วยความได้ครบถ้วน ไม่เป็นขั้นตอน สับสน และไม่มีคุณภาพ

ข้อคำถาม	การปฏิบัติทักษะของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ทักษะการสื่อสาร					
1. พุดคุยเปิดประเด็นเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย					
2.					
3.					

ข้อคำถาม	การปฏิบัติทักษะของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
4.					
5. ให้ข้อมูลครอบคลุมการพยากรณ์ของโรคและแผนการรักษา					
6.					
7.					
8. ทบทวนและสรุปใจความสำคัญเป็นระยะๆ					
ทักษะการปฏิบัติกิจกรรม					
9. ตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15. สอนและให้ความรู้ในส่วนที่ครอบครัวขาดได้ตรงตามต้องการและเติมในส่วนที่ยังขาด					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของท่านว่า มีความสามารถการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือสิ่งที่จัดไว้ให้ เพื่อการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ และ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น/การรับรู้ของท่านมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมากหรือไม่เห็นด้วย

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ทรัพยากรด้านบุคลากร					
1. หน่วยงานวางแผนอัตรากำลังบุคลากรตามภาระงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้เพียงพอ					
2.					
3.					
4. หน่วยงานติดตามประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรตามแผนงานอย่างเหมาะสม					
ทรัพยากรด้านงบประมาณ					
5. หน่วยงานวางแผนจัดสรรงบประมาณที่ได้มาในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้เหมาะสม					
6.					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
7.					
8. หน่วยงานติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม					
ทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์					
9.					
10.					
11.					
12. หน่วยงานติดตามประเมินผลการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับแรงขับที่ช่วยสนับสนุนให้ตัดสินใจปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ครอบคลุมแรงจูงใจ 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ และ (2) ปัจจัยค้ำจุน ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น/การรับรู้ของท่านมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย

น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมากหรือไม่เห็นด้วย

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ปัจจัยจูงใจ					
1. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้อย่างเต็มที่ แม้ต้องปฏิบัติภาระงานอื่นนอกเหนืองานที่รับผิดชอบ					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในงานของท่านและหน่วยงานได้					
ปัจจัยค้ำจุน					
7. ค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) มีความเหมาะสมกับภาระงานที่ทำ					
8.					

ข้อความ	ความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
9.					
10. บริบทหรือทีมภาคีชุมชนช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
11.					
12.					
13. ท่านรู้สึกพอใจในการสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหน่วยงานท่าน					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท

คำชี้แจง แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาทเป็นการประเมินการรับรู้หรือความคิดเห็นของท่านว่า มีความสามารถในการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านรูปแบบต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร 2 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน และ (2) ด้านแหล่งบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน ขอให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น/การรับรู้ของท่านมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
 มาก (4 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมาก
 ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
 น้อย (2 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อย
 น้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยมากหรือไม่เห็นด้วย

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<u>ด้านสถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน</u>					
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ทันสมัย					
2.					
3.					
<u>ด้านการบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน</u>					
4. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน					
5.					



ภาคผนวก จ
ผลการวิจัยรายชื่อปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของพยาบาลชุมชน ($n = 240$)

ข้อคำถาม	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย				
1. การใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ร่วมกับ Barthel ADL เพียงพอสำหรับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย	94	39.2	146	60.8
2. การประเมินภาวะจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้แบบประเมิน 2Q 9Q ก็เพียงพอ	165	68.8	75	31.1
3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถทำได้ทันที โดยไม่ต้องประเมินความพร้อมด้านอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย	240	100	0	0
4. ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม Opioids เป็นอันดับแรกในการลดอาการปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	165	68.8	75	31.1
5. ผู้ป่วยที่ทานได้น้อยและเหนื่อยเพลีย ควรจัดอาหารที่ให้พลังงานสูง (เช่น ไข่เจียว ไก่ทอด ข้าวขาหมู บะหมี่เหลือก) แทนการเพิ่มปริมาณอาหาร	165	68.8	75	31.1
6. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการท้องผูก จำเป็นต้องให้ยาระบายทุกรายและไม่มีวิธีอื่นที่เหมาะสม	240	100	0	0
7. เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการเหนื่อยหอบ สามารถให้ออกซิเจนในปริมาณสูงๆได้ โดยไม่มีข้อจำกัด	240	100	0	0
8. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ควรออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ถึงแม้จะแข็งแรงดี	240	100	0	0
9. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถทำพิธีกรรมศาสนาได้ หากไม่ทำให้อาการผู้ป่วยแย่ลง	240	100	0	0

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. การพูดเรื่องความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วย ระยะสุดท้ายอย่างยิ่ง	240	100	0	0
ความรู้ในการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแล				
11. การประเมินความพร้อมของครอบครัว ครอบคลุม ความรู้เกี่ยวกับโรค/การรักษา และทักษะการดูแล เท่านั้น	213	88.8	27	11.3
12. การประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัวหรือ ผู้ดูแลต้องให้ครบองค์รวม	240	100	0	0
13. ญาติหรือครอบครัวควรมีส่วนร่วมรวมถึงการ ตัดสินใจวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	240	100	0	0
14. การสนับสนุนด้านจิตใจจากชุมชนจะช่วยให้สภาพ จิตใจของครอบครัว	240	100	0	0
15. การดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลสิ้นสุดลงทันทีเมื่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตลง	42	17.5	198	82.5

2. ทักษะในการปฏิบัติบทบาท

วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ทักษะในการปฏิบัติบทบาท รายข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับทักษะในการปฏิบัติบทบาท (*n* = 240)

ทักษะในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
ทักษะการสื่อสาร			
1. พุดคุยเปิดประเด็นเข้าสู่การดูแลระยะสุดท้าย	2.99	0.74	ปานกลาง
2. แจ้งวัตถุประสงค์และความสำคัญของการพูดคุย	3.11	0.74	ปานกลาง
3. สัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลและประเมินความต้องการ ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว	3.63	0.84	ปานกลาง
4. ค้นหาขอบเขตการรับยอมการเจ็บป่วยและความพร้อม ของผู้ป่วยและครอบครัว	3.39	0.80	ปานกลาง
5. ให้ข้อมูลครอบคลุมการพยากรณ์ของโรคและแผนการ รักษา	4.39	0.82	สูง
6. เสนอทางเลือกในการรักษาตามสถานการณ์ที่คาดว่าจะ เกิดขึ้น	4.40	0.63	สูง
7. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสหรือมีส่วนร่วมตัดสินใจในการ รักษา	3.94	0.81	สูง
8. ทบทวนและสรุปใจความสำคัญเป็นระยะๆ	4.48	0.63	สูง
ทักษะการปฏิบัติกิจกรรม			
9. ตรวจสอบร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและ ครอบครัว	4.31	0.80	สูง
10. ดูแลจัดการอาการปวดทั้งแบบการใช้ยาบรรเทาปวด และไม่ใช้ยาได้อย่างเหมาะสม	4.10	0.29	สูง
11. ดูแลบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ (เช่น อาการปวด ท้องผูก เหนื่อยเพลีย) ได้อย่างเหมาะสม	4.60	0.52	สูง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ทักษะในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
12. ดูแลทางด้านจิตใจ (เช่น ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสได้ พูดระบายความรู้สึก) ได้อย่างเหมาะสม	4.60	0.49	สูง
13. ดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยที่ไม่ขัดตามหลักความเชื่อ และศาสนา	4.56	0.51	สูง
14. ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตได้อย่างเหมาะสม	3.94	0.68	สูง
15. สอนและให้ความรู้ในส่วนที่ครอบครัวขาดได้ตรงตาม ต้องการและเต็มในส่วนที่ยังขาด	4.16	0.59	สูง

3. ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท รายข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท ($n = 240$)

ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
ทรัพยากรด้านบุคลากร			
1. หน่วยงานวางแผนอัตรากำลังบุคลากรตามภาระงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้เพียงพอ	3.04	0.72	ปานกลาง
2. หน่วยงานกระจายกำลังบุคลากรให้มีความเหมาะสมกับตำแหน่งงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม	2.97	0.66	ปานกลาง
3. หน่วยงานสรรหาและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติงานตามตำแหน่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม	3.71	0.62	ปานกลาง
4. หน่วยงานติดตามประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรตามแผนงานอย่างเหมาะสม	1.98	0.88	ต่ำ
ทรัพยากรด้านงบประมาณ			
5. หน่วยงานวางแผนจัดสรรงบประมาณที่ได้มาในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้เหมาะสม	4.31	0.63	สูง
6. ท่านสามารถใช้งบประมาณที่หน่วยงานจัดสรรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างสะดวก	4.41	0.56	สูง
7. ท่านสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนงบประมาณภายนอกหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน	3.99	0.09	สูง
8. หน่วยงานติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม	4.25	0.73	สูง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
ทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์			
9. หน่วยงานวางแผนบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์และความคุ้มค่ามากที่สุด	4.73	0.50	สูง
10. ท่านมีวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเพียงพอ (เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น)	4.99	0.11	สูง
11. ท่านสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ จากภายนอกหน่วยงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน	2.40	0.60	ต่ำ
12. หน่วยงานติดตามประเมินผลการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม	3.66	0.48	ปานกลาง

4. แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท รายข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท (*n* = 240)

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
ปัจจัยจูงใจ			
1. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้อย่างเต็มที่ แม้ต้องปฏิบัติภาระงานอื่นนอกเหนืองานที่รับผิดชอบ	2.34	0.62	ต่ำ
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับตำแหน่งของท่าน	2.79	0.79	ปานกลาง
3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเป็นความสำเร็จในการทำงานพยาบาลของท่าน	3.00	0.82	ปานกลาง
4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนทำให้ผู้บริหารและทีมยอมรับในความสามารถของท่าน	3.13	0.62	ปานกลาง
5. การเป็นผู้บุคคลแรกที่ถูกนึกถึงเมื่อต้องการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถือว่าได้รับการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่	3.32	0.70	ปานกลาง
6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในงานของท่านและหน่วยงานได้	2.28	0.90	ต่ำ
ปัจจัยค้ำจุน			
7. ค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) มีความเหมาะสมกับภาระงานที่ทำ	3.57	0.69	ปานกลาง

ตารางที่ 12 (ต่อ)

แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
8. ผู้บังคับบัญชาช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนให้เป็นไปได้อย่างราบรื่น	3.10	0.52	ปานกลาง
9. ความร่วมมือและช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.38	0.76	ปานกลาง
10. บริบทหรือทีมภาคีชุมชนช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.06	0.72	ปานกลาง
11. การเดินทางไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนไม่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	3.17	0.58	ปานกลาง
12. ท่านรู้สึกพอใจในนโยบายและการบริหารการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหน่วยงานท่าน	3.25	0.75	ปานกลาง
13. ท่านรู้สึกพอใจในการสนับสนุนทรัพยากรและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหน่วยงานท่าน	3.78	1.20	สูง

5. ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท

วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท รายข้อ ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับด้านการเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท (*n* = 240)

การเข้าถึงข้อมูลในการปฏิบัติบทบาท	M	SD	ระดับ
ด้านสถานการณ์ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน			
1. ท่านได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ทันสมัย	3.25	0.86	ปานกลาง
2. ท่านได้รับทราบข้อมูลนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนของหน่วยงานแต่ละระดับ	3.35	0.81	ปานกลาง
3. ท่านได้รับทราบข้อมูลแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างชัดเจน	3.45	0.89	ปานกลาง
ด้านการบริการและหน่วยงานที่สนับสนุน			
4. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน	3.00	0.89	ปานกลาง
5. ท่านได้รับคำแนะนำ/ชี้แนะการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากหน่วยงานของท่านหลังจากรายงานผลการปฏิบัติงาน	2.91	0.74	ปานกลาง



ภาคผนวก ฉ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท ทักษะในการปฏิบัติบทบาทผู้ป่วย ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาทและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท ($n = 240$)

ตัวแปร	Role	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆
Role	1.000	0.690**	0.578**	0.639**	0.619**	0.576**	0.557**
X ₁		1.000	0.769**	0.745**	0.775**	0.786**	0.738**
X ₂			1.000	0.650**	0.677**	0.656**	0.594**
X ₃				1.000	0.722**	0.743**	0.660**
X ₄					1.000	0.759**	0.686**
X ₅						1.000	0.696**
X ₆							1.000

$p < .001$

โดยที่

Role คือ การปฏิบัติบทบาทการดูแลแบบประคับประคอง

X₁ คือ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

X₂ คือ ความรู้ในการปฏิบัติบทบาท

X₃ คือ ทักษะในการปฏิบัติบทบาท

X₄ คือ ทรัพยากรในการปฏิบัติบทบาท

X₅ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติบทบาท

X₆ คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติบทบาท

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายพงศกร สีทิศ
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤศจิกายน 2533
สถานที่เกิด	อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	20 หมู่ที่ 3 ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2556 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครพนม

