

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบประคับประคองทำต่อความรู้และความสามารถของ
อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงThe effect of a palliative care enhancement program on the knowledge and
competence of volunteer caregivers of dependent elderly people

นิติญา พลเสนา*

Nitiya Ponsana*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้และสมรรถนะของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครในพื้นที่ตำบลแก้งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ผ่าน 4 กิจกรรมหลัก คือ การชักจูงทางวาจา การใช้ตัวแบบการสร้างประสบการณ์สำเร็จ และการกระตุ้นทางอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลระยะท้าย แบบประเมินความรู้ (KR-20 = 0.89) และแบบประเมินสมรรถนะในการดูแล (Cronbach's alpha = 0.74) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีชนิดจับคู่ และสถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย (9.72 ± 0.45) และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการดูแล (4.72 ± 0.14) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะและการเสริมสร้างความมั่นใจผ่านประสบการณ์จริงช่วยเพิ่มสมรรถนะให้อาสาสมัครสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำรูปแบบนี้ไปขยายผลเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge and caregiving competency of volunteers for dependent older adults before and after participating in a Palliative Care Capacity-Building Program. The sample consisted of 50 volunteers under the responsibility of Kaeng Loeng Chan Health Promoting Hospital, Maha Sarakham Province, divided into experimental and control groups (25 participants each) through purposive sampling. The experimental group received a program based on Bandura's Self-Efficacy Theory, consisting of four core activities: verbal persuasion, modeling, enactive mastery experiences, and emotional arousal, while the control group received standard care. Research instruments included the Palliative Care Enhancement Program, a knowledge assessment form (KR-20 = 0.89), and a caregiving competency assessment form (Cronbach's alpha = 0.74). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results demonstrated that after the intervention, the experimental group's mean scores for palliative care knowledge (9.72 ± 0.45) and caregiving competency (4.72 ± 0.14) significantly increased compared to the pre-test scores ($p < .05$). Furthermore, when comparing post-test scores between the groups, the experimental group achieved significantly higher mean scores in both knowledge and competency than the control group ($p < .05$), reaching an "excellent" level of performance. In conclusion, the program focusing on boosting self-confidence through mastery experiences and practical training successfully empowered volunteers to provide care for dependent older adults approaching the end of life. This model is recommended for further application in enhancing primary healthcare volunteer capabilities in community settings.

Keywords : Palliative care, Volunteer caregivers, Dependent elderly, Self-efficacy

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์" (Aged Society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์ดังกล่าวถือเป็นความท้าทายระดับโลกที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และเกาหลีใต้⁽¹⁾ ข้อมูลจากการคาดการณ์ประชากร พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุของไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30 ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งนำมาด้วยภาวะโรคเรื้อรังและความต้องการการพยาบาลที่ซับซ้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Older Adults) ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จากอาสาสมัครในชุมชนซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ⁽²⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life) การดูแลกลุ่มเป้าหมายนี้จึงต้องอาศัยทักษะ "การดูแลแบบประคับประคอง" (Palliative Care) ที่เน้นความเข้าใจในมิติองค์รวม (Holistic Care) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ⁽³⁾ หัวใจสำคัญ คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ผ่านการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ⁽⁴⁾ ซึ่งหากมีการจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขและสร้างความพึงพอใจให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสีย

ในการดูแลระยะท้ายระดับชุมชนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care CG) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นผู้ช่วยพยาบาลชุมชนและแพทย์เพื่อติดตามอาการ เช่น การประเมินด้วย Palliative Performance Scale (PPS) และการ

สำรวจความต้องการในช่วงท้ายของชีวิต (End-of-Life Wishes) ของผู้ป่วย⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม จากผลการดำเนินงานในหลายพื้นที่ พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะด้านการดูแลระยะท้าย รวมถึงขาดความมั่นใจในการรับมือกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้การดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงได้ และนำไปสู่ความวิตกกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร

จากการดำเนินงานในชุมชนตำบลแก่งเลิงจาน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโอกาสเข้าสู่ภาวะระยะท้าย จำนวน 38 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุและครอบครัวมีความต้องการให้อาสาสมัครในชุมชนเข้ามาช่วยสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากมีความใกล้ชิดและเข้าถึงได้ง่าย ทว่าจากการประเมินเบื้องต้นพบว่าอาสาสมัครในพื้นที่ยังขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและขาดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการบริหารจัดการอาการรบกวนในระยะท้าย

ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผ่าน "โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลแบบประคับประคอง" โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการส่งมอบการดูแลแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาค้างนี้จะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชนตำบลแก่งเลิงจาน และเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นเพื่อสร้างระบบปฐมภูมิที่เข้มแข็งและยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

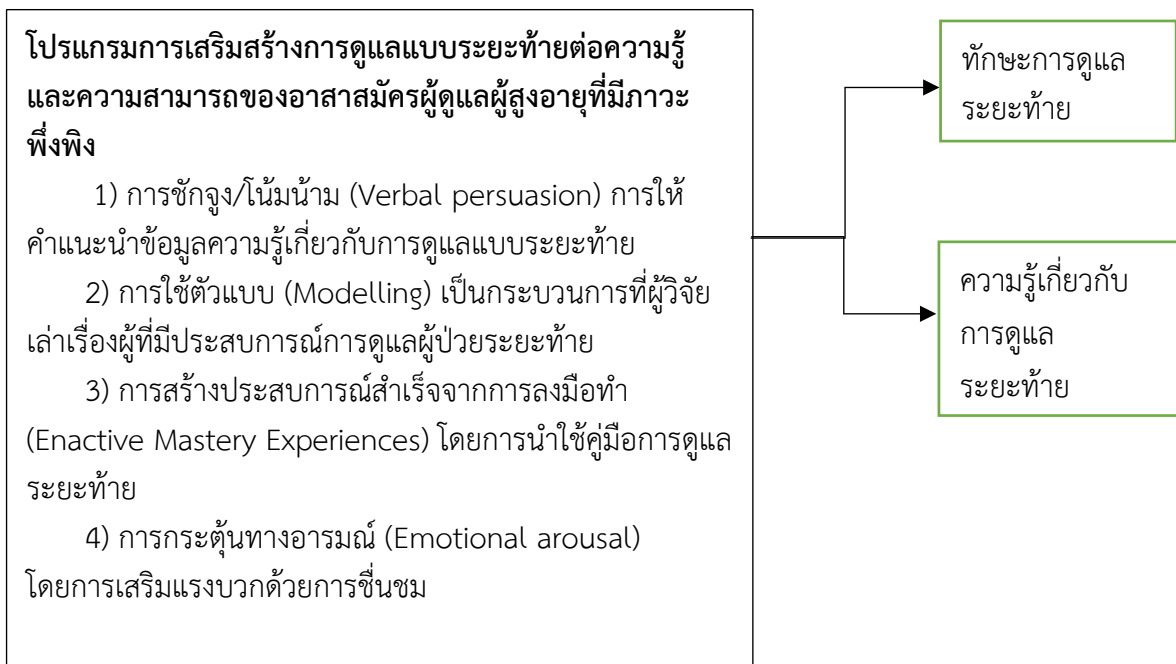
1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการดูแลแบบระยะท้าย

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลแบบระยะท้าย ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์การใช้แนวคิดการสร้างเสริมความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะท้าย โดยประยุกต์

ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 กิจกรรม คือ 1) การชักจูง/โน้มน้าว (Verbal persuasion) การให้คำแนะนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย 2) การใช้ตัวแบบ (Modelling) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเล่าเรื่องผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลระยะท้าย 3) การสร้างประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือทำ (Enactive Mastery Experiences) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยการเสริมแรงบวกด้วยการชื่นชม⁽⁶⁾ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพแสดงที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้ายต่อความรู้และความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2568 ถึง มกราคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 420 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁷⁾ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในใบยินยอม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอหรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง และ 2) ผู้ที่ขอลอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการทำดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย

โปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย คือ แนวทางที่ผู้วิจัยนำไปใช้ในการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้ายต่อความรู้และความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงทางวาจา (Verbal Persuasion) : การให้ข้อมูลความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลระยะท้าย (30 – 45 นาที)

กิจกรรมที่ 2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) : การถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านเรื่องเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์สำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (30 – 45 นาที)

กิจกรรมที่ 3 การสร้างประสบการณ์สำเร็จ (Enactive Mastery Experiences) : การฝึกปฏิบัติจริงโดยใช้คู่มือการดูแลเป็นแนวทางในสถานการณ์จำลองหรือพื้นที่จริง (5 – 7 วัน)

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) : การสะท้อนคิดและให้แรงเสริมเชิงบวกผ่านคำชื่นชมเพื่อสร้างความเชื่อมั่น (5 – 10 นาที)

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประกอบโปรแกรม เนื้อหาครอบคลุมหลักการดูแลแบบองค์รวม การประเมินและทักษะการจัดการอาการรบกวนในระยะท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะท้าย 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1 ท่าน เมื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ของ เนื้อหาและภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ เหมาะสมและมีความชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประเมินอาการสำคัญ การจัดการอาการ แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้ผู้ตอบพิจารณาตัวเลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว มีจำนวน 10 ข้อ เมื่อตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0 - 10 โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมิน ที่ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽⁸⁾ ระดับคะแนนความรู้ คือ คะแนน ≥ 8 อยู่ในระดับดี คะแนน 6 - 7 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน < 6 อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะท้าย 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน เมื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของ เนื้อหาและภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ เหมาะสมและมีความชัดเจน หลังจากนั้นนำมา คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไป ทดลองใช้กับผู้ที่มิคุ้นเคยคล้อยคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์ Kuder-Richardson 20 (KR-20) แล้ว นำหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งระดับความสามารถในการดูแล 5 ระดับ ดังนี้ 5 = สามารถจัดการได้มากที่สุด 4 = สามารถ จัดการได้มาก 3 = สามารถจัดการได้ปานกลาง 2 = สามารถจัดการได้น้อย และ 1 = ไม่สามารถ จัดการได้ ระดับผลการประเมิน 5 ระดับ ได้แก่ ดีเด่น (90 - 100%) ดีมาก (80 - 89%) ดี (70 - 79%) พอใช้ (60 - 69%) และ ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 60%)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะท้าย 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน เมื่อพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาแล้วนำมา ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและมีความชัดเจน หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.95 ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิ คุ้นเคยคล้อยคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะภายในกลุ่มทดลอง (ก่อนและหลัง) โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 8/2569 ออกให้วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	25	100.00	25	100.00
ชาย	0	0.00	0	0.00
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 40	0	0.00	3	12.00
41 – 50	0	0.00	5	20.00
51 - 60	14	56.00	10	40.00
มากกว่า 60	11	44.00	7	28.00
	$(\bar{X} = 59.04, SD = 4.58)$		$(\bar{X} = 53.72, SD = 9.82)$	

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 56.00 ($\bar{X} = 59.04, SD = 4.58$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษา ร้อยละ 24.00 จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ราย ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 80.00
กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 40.00 ($\bar{X} = 53.72, SD = 9.82$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00 มีวุฒิการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 44.00 จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ราย ร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 60.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
คู่	17	68.00	17	68.00
หย่าร้าง/หม้าย	3	12.00	6	24.00
โสด	5	20.00	2	8.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	24.00	1	4.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24.00	3	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	24.00	11	44.00
อนุปริญญา/ปวส.	5	20.00	6	24.00
ปริญญาตรี	1	4.00	4	16.00
ปริญญาโท	1	4.00	0	0.00
จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล				
< 10	25	100.00	20	80.00
> 10	0	0.00	5	20.00
	$(\bar{X} = 7.08, SD = 0.27)$		$(\bar{X} = 8.16, SD = 2.13)$	
ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร				
<5	5	20.00	15	60.00
>5	20	80.00	10	40.00
	$(\bar{X} = 7.00 SD = 1.41)$		$(\bar{X} = 3.76SD = 3.20)$	

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้าย เท่ากับ 7.00 (SD = 0.76) และภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้าย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 9.72 (SD = 0.45)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่ง

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้าย เท่ากับ 7.28 (SD = 1.30) และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้าย เท่ากับ 9.72 (SD = 0.45)

คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลระยะท้าย ในระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของทั้งระยะ ก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov Test พบว่ามีการกระจาย เป็นโค้งปกติ และเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลระยะท้าย ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้สถิติทดสอบที่ชนิดสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง

การดูแลแบบประยะท้าย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
การเสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.45$) ดังตารางที่ 2
และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้กลุ่มทดลองภายหลัง

ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้าย
สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($t = -8.43$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลอง

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ระดับ	7.00	0.76	9.72	0.45	-18.45	24	.000
	ปานกลาง		ดี				

$P < 0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลระยะท้ายของระหว่างกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง

ความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ระดับ	9.72	0.45	7.28	1.30	-8.43	24	.000
	ดี		ปานกลาง				

$P < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถ การดูแลระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการ
เสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ย
ของความสามารถการดูแลระยะท้าย 3.90 (SD = 0.59)
และหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการ
ดูแลแบบประยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถ
การดูแลระยะท้าย 4.72 (SD = 0.14)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ
ความสามารถการดูแลระยะท้ายในระยะก่อนและ
หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ
คะแนนเฉลี่ยของความสามารถการดูแลระยะท้าย
ทั้งระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ
Kolmogorov Smirnov Test พบว่ามีการกระจาย

เป็นโค้งปกติ และเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยของ
ความสามารถการดูแลระยะท้ายของกลุ่มทดลอง
ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้สถิติ
ทดสอบที่ชนิดสองกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test)
พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถการดูแลระยะท้าย
ภายหลังได้รับการเสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้าย
สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้าย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.59$)
ดังตารางที่ 4 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถ
การดูแลระยะท้ายกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม
การเสริมสร้างการดูแลแบบประยะท้ายสูงกว่า
กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
($t = -6.61$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถการดูแลระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลอง

ความสามารถ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ระดับ	3.90	0.59	4.72	0.14	-7.59	24	.000
		ดี		ดีเด่น			

P<0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถการดูแลระยะท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ระดับ	4.72	0.14	3.79	0.64	-6.61	24	.000
		ดีเด่น		ดี			

P<0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาอาสาสมัครในชุมชนผ่านโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองส่งผลลัพธ์เชิงบวกอย่างเด่นชัด ทั้งในด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) และทักษะพิสัย (Competency) โดยมีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้:

1) การยกระดับความรู้ผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบและการชักจูงทางวาจา

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากระดับปานกลางสู่ระดับดี (9.72 คะแนน) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันว่าการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ประยุกต์ใช้เทคนิคการชักจูงทางวาจา (Verbal Persuasion) ควบคู่ไปกับการใช้ตัวแบบ (Modelling) มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้คำแนะนำแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว การที่ผู้วิจัยใช้กระบวนการเล่าเรื่อง (Storytelling) เกี่ยวกับการประสบความสำเร็จของผู้อื่น ช่วยให้อาสาสมัครเห็นภาพพจน์เชิงรูปธรรม (Concrete Representation) ของการจัดการอาการในระยะท้ายที่ซับซ้อน เช่น

การจัดการความปวดหรือการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดกระบวนการจดจำและสร้างความตระหนักในบทบาทของตนเอง สอดคล้องกับข้อสรุปของ วรัญญา จิตรบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล⁽⁹⁾ ที่ระบุว่า การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผ่านกระบวนการถ่ายทอดประสบการณ์เชิงประจักษ์ และการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ เป็นปัจจัยชี้ขาดที่ทำให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพและลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในชุมชน

2) การสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านหลักฐานความสำเร็จและการหนุนเสริมทางอารมณ์
กลุ่มทดลองแสดงออกถึงสมรรถนะการปฏิบัติในระดับ "ดีเด่น" (4.72 คะแนน) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ความสำเร็จนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของ Bandura⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะการสร้างประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือทำ (Enactive Mastery Experiences) โดยมีคู่มือการดูแลเป็นเสมือนแผนที่นำทาง (Roadmap) ในขณะที่อาสาสมัครลงปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ การได้เผชิญหน้าและจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกว้างขวางได้

สำเร็จแม้เพียงกิจกรรมย่อยๆ ช่วยลดภาวะความ
ประหม่าและความกังวลใจ (Anxiety Reduction)
และแปรเปลี่ยนเป็นความตั้งใจแน่วแน่ภายใต้
ความเชื่อมั่นในอำนาจแห่งตน (Perceived Self-
competence)

นอกจากนี้ การเสริมสร้างแรงกระตุ้น
ทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ผ่านการชื่นชม
และให้คำสะท้อนกลับ (Feedback) เชิงบวกจาก
ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังเป็นตัวแปร
สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงความภาคภูมิใจ
และลดความตึงเครียดต่อการดูแลระยะท้าย
ซึ่งเป็นภาวะที่เปราะบาง สอดรับกับการศึกษาของ
ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าสมรรถนะ
ของผู้ดูแลจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีเสถียรภาพ เมื่อ
ได้รับระบบสนับสนุนที่เปิดโอกาสให้ฝึกปฏิบัติ
ในสถานการณ์จริง พร้อมกับการได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมและแรงเสริมทางอารมณ์ที่เหมาะสม
ส่งผลให้อาสาสมัครสามารถข้ามผ่านขีดจำกัด
ด้านความกลัวต่อความตาย และสามารถส่งมอบ
การดูแลแบบองค์รวมที่มีความเป็นมนุษย์ (Humanized
Care) ให้แก่ผู้สูงอายุ ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้
อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษา จากการศึกษาผลของ
โปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย
ช่วยให้เพิ่มความรู้และความสามารถการดูแลระยะท้าย
ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพแก่อาสาสมัครดูแล
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในด้านการดูแล
ระยะท้ายในรูปแบบการอบรมหรือหลักสูตรต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาโปรแกรม
เกี่ยวกับการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาด้วยการ
เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ส่งเสริมความสามารถใน
กลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีความต้องการเสริมแรงในการ
ส่งเสริมศักยภาพ

3. ด้านบริหาร สามารถกำหนดแผน นโยบาย
และจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรม
โปรแกรมการเสริมสร้างการดูแลแบบระยะท้าย ให้แก่
อาสาสมัครดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเพิ่มความรู้และ
ความสามารถการดูแลระยะท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย
กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุ
ในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย.
2564.
2. นฤมล โสรัจจ. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐม
ภูมิ จังหวัดชัยภูมิ.วารสารวิชาการพยาบาล
และสาธารณสุข 2568; 1(1): 1-18.
3. Aneksak W, Meenongwar C, Nithikathkul C.
แบบจำลองการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด
มหาสารคาม ประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์
การแพทย์ 2025; 58 (3): 43-51.
4. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และ
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ. การดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้
นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;
12(3): 437 – 451.
5. Prompantakorn P, et al. Palliative
Performance Scale and survival in
patients with cancer and non-cancer
diagnoses needing a palliative care
consultation: a retrospective cohort
study. BMC Palliative Care 2021; 20: 74.

6. รพีพัฒน์ รักกุลศัล และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติการใช้พืชกระท่อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2568; 5(1): e270378.
7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยโปรแกรม GPower*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563.
8. Bloom, B. S. (Ed.). Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain (17th reprint). Longman 1971.
9. วรัญญา จิตรบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารจุฬานาครทรรศน์ 2025; 9(12): 155 – 170.
10. Albert Bandura. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2): 191–215.
11. ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรุณช ชูศรี และ ณัฐรพี ใจงาม. ประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(3): 105 – 116.