



การพัฒนาศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย ระยะท้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแคนใหญ่ จังหวัดร้อยเอ็ด: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วีรจิตร์ ทิพย์ประเสริฐ
ศุนย์กรรณา พีร์ คำทอน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of Palliative Care Capacity for Village Health Volunteers for Terminally Ill Patients in Khaen Yai Sub-district, Roi Et Province: An Action Research Study

Weerajit Tipprasert
Karuna Peerkamthorn Center, Roi Et Hospital

Received: 11 August 2025/ Review: 8 September 2025/ Revised: 6 December 2025/
Accepted: 9 December 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: สังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care; PC) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายสูงขึ้น แต่ระบบบริการชุมชนขาดความต่อเนื่องและผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกลไกสำคัญเพื่อเติมเต็มช่องว่างนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแล PC และ 2) ศึกษาผลต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ และสมรรถนะแห่งตนของ อสม. และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามกระบวนการ PAOR ใน อสม. 33 ราย (ร้อยละ 28.45 ของทั้งหมด 116 ราย) จาก 11 หมู่บ้าน ต.แคนใหญ่ จ.ร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2565-2567 โดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ และสมรรถนะแห่งตน และ WHOQOL-BREF-THAI (26 ข้อ) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษา: หลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะแห่งตนของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.5 เป็น 18.2 คะแนน ทักษะเพิ่มขึ้นจาก 45.3 เป็น 52.8 คะแนน และสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 15.6 เป็น 22.1 คะแนน นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี

สรุป: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแล PC มีประสิทธิภาพสูง ส่งผลเชิงบวกต่อศักยภาพ อสม. และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน นับเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปขยายผลได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, คุณภาพชีวิต

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v40i6.268762>

*Corresponding author: Weerajit Tipprasert, E-mail: weerajitthipprasert@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: As Thai society rapidly ages, demand for palliative care (PC) for terminally ill patients is rising. While PC enhances quality of life (QoL), community services lack continuity and specialists. Developing village health volunteer (VHV) capacity is crucial to bridge this gap. This action research aimed to 1) develop a model for VHV capacity enhancement in PC and 2) examine its outcomes on VHV knowledge, attitude, and self-efficacy, and the overall QoL of patients and families.

Methods: This action research utilized the planning, acting, observation, reflection (PAOR) cycle with a sample of 33 VHVs (28.45% of 116) from 11 villages in Khaen Yai Sub-district, Roi Et Province. Data were collected from May 2022 to December 2024 using questionnaires for knowledge, attitude, self-efficacy, and the WHOQOL-BREF-THAI (26 items). Analysis employed descriptive statistics and the paired t-test.

Results: Post-intervention, VHV mean scores for knowledge, attitude, and self-efficacy increased significantly ($p < 0.05$). Knowledge rose from 10.5 to 18.2, attitude from 45.3 to 52.8, and self-efficacy from 15.6 to 22.1. Additionally, the overall QoL for patients and families under VHV care improved from a moderate to a good level.

Conclusion: The VHV capacity enhancement model in PC proved highly effective, positively impacting VHV competencies and patient QoL. This successful intervention serves as a valuable model for replication.

Keywords: palliative care, village health volunteers, action research, quality of life

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นแนวทางการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการประเมินและรักษาอาการต่างๆ อย่างละเอียดรอบคอบ รวมถึงการให้การสนับสนุนในมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹ การดูแลแบบประคับประคองยังช่วยลดต้นทุนการรักษาพยาบาลได้²

อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลในชุมชนของประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดูแลในชุมชนมักขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 820 เตียง มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ แต่ระบบการดูแลยังไม่ครอบคลุมในระดับปฐมภูมิ ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพในชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด แม้ว่า อสม. ส่วนใหญ่จะมีความพร้อมและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง) แต่ยังต้องการการส่งเสริมความรู้และทัศนคติเพิ่มเติมเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ Horey และคณะ⁴ และ Lee⁵ พบว่า การฝึกอบรมและการสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการเติมเต็มช่องว่างการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในตำบลแคนใหญ่ จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ
- 3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการพัฒนากระบวนการและรูปแบบการดูแลโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) และกระบวนการ PAOR (plan, action, observation, reflection) ของ Kemmis and McTaggart⁶ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร อสม. ในตำบลแคนใหญ่ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 116 ราย

กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 33 ราย จาก 11 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก

หมายเหตุ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ที่จำกัด (area-based action research) จึงไม่ได้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบเชิงปริมาณ แต่ใช้วิธีการสุ่มเพื่อลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครจากทุกหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก อสม. ที่มีคุณสมบัติ: 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลแคนใหญ่ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการศึกษา 3) รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายในหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ราย (โดยทีมวิจัยจะช่วยคัดกรองผู้ป่วยตามนิยาม)

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

- 1) **เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบบริการ** ประกอบด้วย (1) หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน: หลักสูตรนี้พัฒนาขึ้นตามผลการวิเคราะห์ SWOT analysis ร่วมกับ อสม. และทีมวิจัย ประกอบด้วย 4 โมดูลหลัก ประกอบด้วย 1) หลักการและปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง

2) การจัดการอาการ (การสังเกตและบรรเทาอาการร่วมกับทีมสุขภาพ) 3) การสื่อสารและให้คำปรึกษา (รวมถึงการสื่อสารกับครอบครัว) และ 4) การดูแลทางจิตวิญญาณและสังคม (เน้นการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ) (2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/ประชุมระดมสมอง และ (3) แบบบันทึกเอกสาร เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์

2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้ (20 ข้อ): ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) (2) แบบประเมินทัศนคติ (20 ข้อ): ประเมินทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแบบประคับประคอง (มาตราส่วนประมาณค่า, คะแนนเต็ม 80 คะแนน) (3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (15 ข้อ): ประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานดูแล (มาตราส่วนประมาณค่า, คะแนนเต็ม 60 คะแนน) และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกสำหรับประเมินผู้ป่วยและครอบครัว (WHOQOL-BREF-THAI, 26 ข้อ): แบบสอบถามมาตรฐานสากล ใช้ประเมิน 4 มิติหลัก (กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity): ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2 ท่าน พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดฯ 1 ท่าน) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

2) ความเชื่อมั่น (reliability): ทดลองใช้กับ อสม. 10 ราย ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าดังนี้ แบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.82 แบบประเมินทัศนคติเท่ากับ 0.86 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.88 และแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 024/2565 รับรองวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 และต่ออายุการรับรองเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2567 เลขที่ RE 110/2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาศักยภาพ อสม. ฯ ระยะที่ 3 ทดลองและปรับปรุงฯ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ ในเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2567 ใน 4 ระยะ โดยทีมวิจัย (นำโดย พญ.วีรจิตร ทิพย์ประเสริฐ และทีมงานศูนย์กรุณา) และ อสม. มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ระยะ	กระบวนการ PAOR	วิธีการเก็บข้อมูล
ระยะที่ 1	Plan (การวางแผน)	ทีมวิจัยและ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์ SWOT และสร้างหลักสูตร/วางแผนการอบรม
ระยะที่ 2	Action & Observation (การปฏิบัติและการสังเกต)	Action: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตร Observation: อสม. ทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนอบรม และทีมวิจัยสังเกตการณ์การนำความรู้ไปปฏิบัติ
ระยะที่ 3	Reflection (การสะท้อนผล)	ทีมวิจัยและ อสม. ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา (เช่น การสื่อสารกับครอบครัวที่ไม่เปิดใจ) เพื่อปรับปรุงกระบวนการ และสร้างระบบสนับสนุน/ พึ่งเลี้ยงผ่านระบบ IT
ระยะที่ 4	ผลลัพธ์/ประเมิน (Evaluation)	อสม. ทำแบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หลังอบรมทันที และเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัวในช่วงปี 2566 ถึง ปี 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย (mean), ร้อยละ (percentage), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD), ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด, และคะแนนเต็ม) และใช้สถิติเชิงอนุมาน paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการพัฒนา โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีการรายงานค่า t-statistic และ 95% confidence interval (95% CI)

ผลการศึกษา

อธิบายผลการศึกษิตตามระยะของการพัฒนา ดังนี้

1. ผลการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการ PAOR
พบว่า การวิจัยดำเนินงานตามกระบวนการ PAOR ครบทั้ง 3 วงจรอย่างเป็นระบบ โดยในระยะที่ 2 (observation &

reflection) พบปัญหาหลักคือ อสม. ประสบปัญหาการสื่อสารกับครอบครัวที่ไม่เปิดใจและมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งนำไปสู่การสะท้อนผลและมีการปรับปรุงในระยะที่ 3 (refinement & enhancement) โดยการสร้างระบบการให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงผ่านระบบ IT เพื่อสนับสนุนการทำงานของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น (7.7, 7.5, 6.5 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรและการดำเนินการมีประสิทธิภาพในการยกระดับศักยภาพของ อสม. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. (n=33)

ด้านที่ประเมิน (คะแนนเต็ม)	ก่อนอบรม mean \pm S.D	หลังอบรม mean \pm S.D	ค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น	t	p-value	95% CI
ความรู้ (20)	10.5 \pm 1.5	18.2 \pm 1.2	7.7	18.5	< 0.001	[6.8, 8.6]
ทักษะ (80)	45.3 \pm 4.1	52.8 \pm 3.5	7.5	15.0	< 0.001	[6.5, 8.5]
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (60)	15.6 \pm 2.5	22.1 \pm 2.0	6.5	16.2	< 0.001	[5.7, 7.3]

3. ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง

เป็นระดับดี และการวิเคราะห์รายมิติยังพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลของ อสม. แสดงผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายมิติของผู้ป่วยและครอบครัวดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI (n=33)

ด้านที่ประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (Mean Score, 0-100)	ระดับคุณภาพชีวิต
คุณภาพชีวิตโดยรวม	72.5	ดี (เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง)
มิติทางกาย (Physical Health)	70.1	ดี
มิติทางจิตใจ (Psychological Health)	71.8	ดี
มิติสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationships)	75.2	ดี
มิติสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)	73.0	ดี

วิจารณ์

ผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นข้อพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพของหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Horey และคณะ⁴ ที่ชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครได้

การค้นพบนี้สนับสนุนและตอบสนองต่อผลการวิจัยของ แสงเดือน แดงแสงสกุล และคณะ⁷ ที่ทำการศึกษาใน อสม. ในบริบทของไทยเช่นกัน ซึ่งพบว่า อสม. มีความรู้และทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง⁷ การวิจัยนี้จึงประสบความสำเร็จในการยกระดับความรู้และทักษะคิดของ อสม. จากระดับปานกลางให้สูงขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยคงไว้หรือเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่เดิม

นอกจากนี้ บทบาทของ อสม. ยังสอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติของ Vanderstichelen และคณะ⁸ ซึ่งระบุว่าอาสาสมัครมีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างบริการดูแลแบบประคับประคองและชุมชน โดยส่วนใหญ่เน้นการให้ การสนับสนุนด้านจิตสังคม (psychosocial support) แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแทนที่ด้วยบุคลากรมืออาชีพได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยเน้นย้ำว่าการสนับสนุนนี้จำเป็นต้องอาศัยการฝึกอบรมและการกำกับดูแลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งต่อยอดจากความจำเป็นของการวิจัยที่ได้พัฒนารูปแบบการอบรม 4 โมดูล และสร้างระบบการให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงผ่านระบบ IT เพื่อให้การสนับสนุน อสม. อย่างต่อเนื่อง

การที่คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่า กระบวนการ PAOR ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสะท้อนผล ทำให้ อสม. มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติงานจริงได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โครงการบรรลุผลสำเร็จตามที่ Lee⁵ ได้ศึกษาไว้

ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดคือการที่คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี บ่งชี้ว่าการดูแลโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองของ WHO¹ และการศึกษาของ Lee⁵ เกี่ยวกับผลลัพธ์โปรแกรมการดูแลในชุมชน การเปลี่ยนแปลงนี้ยืนยันว่า อสม. สามารถเป็นกลไกสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จริง จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ และการประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตดำเนินการในช่วงปี 2566 ถึง 2567 ซึ่งเป็นผลกระทบในระยะสั้นถึงปานกลาง การศึกษาในอนาคตควรติดตามผลในระยะยาว

สรุป

การศึกษานี้ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้าย ใน อสม. ด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดย อสม. ที่เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เิงนโยบาย: ควรมีการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ครอบคลุม
2. เิงปฏิบัติ: ควรมีการจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายสำหรับ อสม. และมีการจัดระบบการสนับสนุนและพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพ
3. การวิจัยในอนาคต: ควรมีการศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนอย่างครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงศึกษาผลกระทบในระยะยาวของการดูแลโดย อสม. ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

Reference

1. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020.
2. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W. A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: palliative care versus usual care. J Palliat Care Med 2016;6:243. doi:10.4172/2165-7386.1000243.
3. Kruna Peer Kamthon Center . A report on palliative care from October 1, 2018 to March 31, 2019: Roi Et Hospital.

4. Horey D, Street A, Connor M. Training and supportive programs for palliative care volunteers in community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(7):CD009500. doi:10.1002/14651858.CD009500.pub2
5. Lee J. A palliative care program for volunteers in a community setting: A mixed-methods pilot study. *Am J Hosp Palliat Care* 2020;37(6):455-64. doi:10.1177/1049909119895213.
6. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 4th ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.
7. Tangsaengsakul S, Sampantararat S, Sinsir C. Knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for terminally ill patients among village health volunteers. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(1): 77-89.
8. Vanderstichelen S, Cohen J, Wesemael Y, Deliens L, Chambaere K. Volunteers in palliative care: A healthcare system-wide cross-sectional survey. *BMJ Support Palliat Care* 2022;12(e1):e83-e93. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002321.

