

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effect of Empowerment Program for Caregivers of End-of-life Patients in Phichai District, Uttaradit province.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

รัตเกล้า วงษ์การวิน¹ เจษฎาภรณ์ อิกำเหน็ด²

Radklao Wongkawin¹ Jetsadaporn I-gumnerd²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed – rank test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the palliative care outcomes of primary caregivers of end-of-life palliative patients before and after receiving an empowerment program. The sample consisted of 30 primary caregivers of end-of-life palliative patients with Palliative Performance Scale (PPS) scores between 40-60% who were admitted to Pichai Hospital, Uttaradit Province, between April and July 2024. Purposive sampling was utilized for sample selection. The experimental instruments included an empowerment program for primary caregivers of end-of-life palliative patients and a palliative care manual. Data collection tools comprised a caregiver demographic questionnaire and the Palliative Care Outcome Scale-Caregiver version (POS-C). Demographic characteristics and palliative care outcome scores were analyzed using descriptive statistics, while the differences in palliative care outcomes were compared using the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that after providing knowledge and skills enhancement to the primary caregivers from hospital admission through 4 weeks of continuous home care, the mean palliative care outcome score perceived by the caregivers was statistically significantly lower than the baseline score ($p < 0.05$).

Keywords: Empowerment, End-of-life caregiver, Palliative care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิชัย

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author

E-mail: jetsadaporn@bcnph.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า สภาวะของโรคอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะมีชีวิตเหลืออยู่ในระยะเวลาที่จำกัด ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่มุ่งเน้นการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างองค์รวม ตั้งแต่แรกเริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย^{1,2} โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรคได้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการรบกวนที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลนั้น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่จะมาทำหน้าที่ในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการดูแลที่บ้านนั้นผู้ดูแลจะต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน ความเสียสละ พลังกายและพลังใจ หากผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด สับสน รับรู้วาทะที่รับรู้ว่าเป็นภาระ และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านสังคม การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ³ อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความเครียดได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ก็เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบ และเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในตนเองในการจัดการกับปัญหาและหาทางออกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังและศักยภาพของตนเอง และนำสามารถมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น^{5,6} และยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน⁷ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นกลวิธีที่สำคัญในการเสริมศักยภาพ ความสามารถ การตัดสินใจ การจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ดูแลมาใช้ในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁸

โรงพยาบาลพิชัย ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย และจากข้อมูลตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 62, 79, 91, และ 108 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายเหล่านี้ ยังขาดความเชื่อมั่นในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวน และแหล่งสนับสนุนในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลที่เป็นระบบ ส่วนใหญ่จะเป็นการสอบถามอาการภายหลังการดูแลว่าทุเลาความรุนแรงหรือไม่ ซึ่งไม่สามารถรายงานผลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ เข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขโดยให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแล รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลุล่วงไป ส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีและเกิดการพัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ และเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลฟิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนน PPS ร้อยละ 40 – 60 ที่เข้ารับการรักษาน

โรงพยาบาลฟิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis⁹ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง¹⁰ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropout) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงและสม่ำเสมอทั้งขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. รับทราบจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและให้การรักษแบบประคับประคอง
4. สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล
5. สามารถใช้โทรศัพท์หรือโปรแกรมสนทนาออนไลน์เพื่อเยี่ยมติดตามที่บ้านได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ลื่น สุด บ ท บ า ท ก า ร ดู แล ผู้ ป่วย
 ประคับประคองระยะสุดท้ายเนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแล
 เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

3. ขอลอนตัวออกจากโครงการ

4. ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน
 ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล
 หลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย ที่ผู้วิจัย
 พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลัง
 อำนาจของ Gibson¹¹ และการทบทวนวรรณกรรมที่
 เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน
 ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อน
 คิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือ
 ปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
 อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะ
 สุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร
 ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนว
 ทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านอาการและอาการ
 แสดงที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลให้ผู้ป่วย
 สุขสบายในช่วงท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส
 ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาและความ
 ต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบ
 ประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การ
 ดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C)
 ฉบับภาษาไทย โดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม
 ทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ โดย
 สอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลที่คิดว่าตรงกับ
 ความคิดเห็นของผู้ป่วยมากที่สุด เกี่ยวกับอาการ
 ความวิตกกังวล รวมถึงการปฏิบัติในการดูแล การ
 ได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การ
 สิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา ซึ่งมี
 คำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0 - 4 คะแนน
 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง
 ไม่มีอาการหรือได้ข้อมูลเต็มที่ 1 คะแนน หมายถึง
 เล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง
 3 คะแนน หมายถึง รุนแรงหรือเป็นส่วนใหญ่ 4
 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้นหรือไม่รู้สึกดีกับ
 ตัวเองหรือเสียเวลามากกว่าครึ่งวันหรือปัญหาไม่ได้
 รับการแก้ไข และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1
 ข้อ ซึ่งถามเรื่องปัญหาหลักที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง
 3 วันที่ผ่านมาตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก และข้อที่
 12 เป็นข้อคำถามที่ถามว่าใครเป็นผู้ตอบ
 แบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็น
 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน
 ผลรวมคะแนนที่สูง แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยยัง
 ไม่ได้รับการตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ
 ผลรวมคะแนนที่ต่ำ แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยได้รับ
 การดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
 (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการ
 เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
 ระยะท้าย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง
 ระยะสุดท้าย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่
 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบ
 ประคับประคอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
 ด้านการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน ตรวจสอบ
 ความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความ
 เหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม และคำนวณหา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C) ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบัน ตั้งแต่การดำเนินโรค การรักษา ความคาดหวังต่อการรักษา ปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่ง

นำไปสู่การวางแผนเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหานั้นในขั้นตอนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 พิจารณาถึงความเสี่ยงและแรงกดดันของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการและอาการแสดงของโรค วิธีการจัดการอาการ และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่านการสาธิต สาธิตย้อนกลับ และให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่คิดว่าดีและเหมาะสมกับผู้ดูแลและผู้ป่วยนั้น จะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเรียนรู้และการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการติดตามผลการแก้ไขปัญหามาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 2 และการค้นหาปัญหาใหม่ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหานั้นที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการที่เลือกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรับประกันในความสามารถและศักยภาพ รับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง อันจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลเกี่ยวกับการติดตามทาง Line application หรือทางโทรศัพท์ทุกวัน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในระหว่างการติดตามจะมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลได้ทบทวนตนเองและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในแต่ละวัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้วิธีการที่เป็นประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เป็นการประเมินพฤติกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี และประเมินผลการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยการสอบถามและสะท้อนคิดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมถึงวิธีการใดที่ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีและมีประสิทธิภาพ จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed – rank test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UPHO REC No. 003/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ร้อยละ 76.70 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี (S.D. = 13.82, range = 22 – 65) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.70 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.30 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.30 ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร/หลาน รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 46.70) โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8 เดือน ทั้งนี้ ร้อยละ 50 เห็นว่าอาการหายใจเหนื่อยเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย และมีความต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด รองลงมา คือ ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 26.70 และ 23.30 ตามลำดับ)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก เมื่อพิจารณาตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลรายข้อพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ปัญหาและความต้องการด้านการได้รับการช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.47, S.D. = 1.17) รองลงมา คือ การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา ($\bar{X}$ = 3.13, S.D. = 1.25) และความรู้สึกลำบากกับตัวเอง ($\bar{X}$ = 2.97, S.D. = 0.67) ตามลำดับ ส่วนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ปัญหาและความต้องการทุกข้อมีคะแนนลดลง ทั้งนี้ ภาพรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 5.80,

S.D. = 1.97) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$ = 25.30, S.D. = 3.93) แสดงให้เห็นถึงภาพรวมของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 5.80 (S.D. = 1.97) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การ

ดูแลแบบประคับประคอง เท่ากับ 25.30 (S.D. = 3.93) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ จึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงสุดท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลัก (n = 30)

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{X}$	S.D.	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.30	3.93	-4.788	.000***
หลังได้รับโปรแกรม	5.80	1.97		

*** p -value < .001

สรุปและอภิปรายผล

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้านและในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลัก ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p -value < 0.05) แสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ร่วมกับการให้ความรู้ผ่านคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และยังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁴ ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ความสามารถ และความมั่นใจ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีที่นำไปสู่การเปิดเผยปัญหา ร่วมกันค้นหาปัญหา การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะ เข้าใจปัญหา และวางแผนจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม¹

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยได้มีการติดตามผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาชี้แนะ สนับสนุนด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประกอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้าย การให้อำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ¹³ ร่วมกับมีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหา นั้น โดยการเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ ผู้ดูแลจึงรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการ ทำให้ความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้รับการบรรเทา ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีความสุขสบายมากขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะท้ายที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในระดับโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. โรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการสนับสนุนด้านข้อมูลและทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรคมรณะ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. 2002 [cited 2023 January 12]. Available from [http:// who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://who.int/cancer/palliative/definition/en/)
3. อรรถพรณ พุ่มณีโชติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560; 25(4): 399-406.
4. Gibson CH. A study of empowerment in mother of chronically ill children [unpublished doctoral dissertation]. Boston: Boston College; 1993.
5. นันทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(2): 46-58.

6. ปลาวรินทร์ มีชนะ, กนกวิชต์ สุดลาภา, พรทิพย์ ปุกหุด, จันทร์จิรา อินจัน, สุภารัตน์ ลัทธธรรม, ฐพัชร์ คັນสร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567; 39(3): 543-553.
7. พชรภรณ์ ทะเกียง, อรุมา อินทงลักษณ์, ภาคิน บุญพิชาชาญ, อรัญญา นามวงศ์, จรรยา แก้วใจบุญ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567; 30(3): 1-20.
8. กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณิ แสงสาย, บรรเทิง พลสวัสดิ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564; 5(2): 12-24.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-191.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995;21(6):1201-1210.
12. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย (Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
13. สุวคนธ์ กุรัตน, พัทรี ภาระโช, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทพยาบาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2556.