



รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ  
สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

Comfort model in Palliative Care for End-of-life patients

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์  
อาจารย์นันทกร ดำรงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี  
ทุนสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบ  
ประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษา  
แบบผสมผสาน—การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า มีวัตถุประสงค์: (1) เพื่อศึกษาความสุขสบาย  
และความไม่สุขสบายใน 4 บริบท (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม  
และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และ (2) เพื่อศึกษาความสุขสบายของ  
สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มแบบคู่ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต  
(--ผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หาย  
ได้ และการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตซึ่งประเมินได้จากผลคะแนนที่ได้จากการประเมินความ  
ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง  $\leq 60$  คะแนน) และ (2) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ใน  
ระยะท้ายของชีวิต (--ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในขณะที่  
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ได้ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 300 คู่ จาก 3  
โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ (1) แบบประเมินความต้องการการดูแล  
แบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย  
ของชีวิต (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล (4) แบบสอบถามความ  
สุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (5) แบบสอบถามความสุขสบายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล  
และ (6) แบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ข้อมูลที่ได้ถูกนำมา  
วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ข้อมูลจากเครื่องมือที่ 1-5) และการสรุปและจับประเด็นเนื้อหา  
(ข้อมูลจากเครื่องมือที่ 6)

ผลการศึกษาพบว่า ความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตอยู่ในระดับ  
ปานกลาง ( $\bar{X}$  = 4.11,  $SD$  = 0.58) และความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลอยู่ใน  
ระดับปานกลางเช่นกัน ( $\bar{X}$  = 3.92,  $SD$  = 0.47) ส่วนความไม่สุขสบายทั้ง 4 บริบทของกลุ่มตัวอย่าง  
ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่พบมากและมีความรุนแรงมาก ได้แก่ *ด้านร่างกาย*--ความปวด  
*ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ*--วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัญหาเศรษฐกิจ *ด้านสังคม-  
วัฒนธรรม*--มีความห่วงใยบุคคลในครอบครัว และ *ด้านสิ่งแวดล้อม*--เสียงดังภายในหอ/ห้องผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลยังต้องการการส่งเสริม  
ความสุขสบายทั้ง 4 บริบทขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรจะมีความรู้และความ  
เข้าใจแนวคิด/ทฤษฎีเรื่องความสุขสบายเพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอในการให้การพยาบาลความ  
สุขสบายแก่ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลให้มีความสุขสบายมากที่สุด

## Abstract

This research was one part of the study--Comfort model in palliative care for end-of-life (EOL) patients Phase 1, designed as the method triangulation (between-method triangulation). Its aims were to study comfort and discomfort within 4 contexts of the EOL patients and comfort of their family caregivers. There were 2 sample groups: (1) EOL patients (--the ones were diagnosed by oncologists with at least one chronic disease and had the score of palliative performance scale  $\leq 60$ ) and (2) family caregivers (--were the members of the patients' families who provided care for the patients during the hospitalization. These double dual sample groups had to meet the inclusion criteria (N = 300). There were 6 instruments applied: (1) Palliative performance scale version 2 (PPSV<sub>2</sub>), (2) Demographic data form of EOL patients, (3) Demographic data form of family caregivers, (4) Hospice comfort questionnaire (Patient), (5) Hospice comfort questionnaire (Caregivers), and (6) Discomfort of EOL-patient interview. The data from 1<sup>st</sup> to 5<sup>th</sup> tools were analyzed by descriptive statistics and the discomfort texts from the 6<sup>th</sup> tool were summarized and categorized following 4 comfort contexts.

The results of this study showed that the comfort of EOL-patient samples was in the middle level ( $\bar{X}$ = 4.11, SD=0.58) and the comfort of EOL-patients' family caregivers was at the middle level as well ( $\bar{X}$ = 3.92, SD= 0.47). Focusing on the most common serious discomfort within 4 contexts of these EOL patients, the result revealed that encompassed: physical discomfort--pain, psycho-spiritual discomfort--anxiety about the EOL patients themselves illness and financial problems, social-cultural discomfort--concerning about family members, and finally, environmental discomfort--loudly sound within the patients' units or rooms.

In summary, EOL patients and their family caregivers still need comfort promotion within 4 contexts during their hospitalization. Nursing professionals should have knowledge and better understand about comfort concept/theory in order to have sufficient potential to provide comfort nursing care to EOL patients and their family caregivers optimally.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญตาราง.....	ค
สารบัญภาพ.....	ง
บทที่	
1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง.....	5
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	6
การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (End of life care).....	6
รูปแบบของระบบการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ.....	12
ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต.....	15
การดูแลความสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ.....	16
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	20
เครื่องมือวิจัย.....	21
วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	25
4 ผลการวิจัย.....	26
ผลการวิจัย.....	26
5 สรุปและอภิปรายผล.....	46
สรุปและอภิปรายผล.....	46
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	49
เอกสารอ้างอิง.....	51
ภาคผนวก.....	55

## สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 แสดงกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย.....	5
2 Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv <sub>2</sub> ).....	8
3 Comfort theory subtracted from the theory of Human Press Note.....	19

## สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวน ร้อยละของคะแนนความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพฯ.....	27
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	27
3	จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	31
4	ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสุขสบาย.....	34
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	35
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	40
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของระดับความไม่สุขสบาย ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	42
8	จำนวน ร้อยละความไม่สุขสบายทั้ง 4 บริบท ของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต.....	44

## บทที่ 1

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันประชากรประเทศไทยได้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (National Council on Aging, n.d.) ทั้งนี้เกิดจากสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพและด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาดูแลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุชียาวนานขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สังคมของประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ (คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2557) เพิ่มจำนวนมากขึ้นที่สำคัญได้เริ่มกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนถึง 10 ล้านหรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด แล้วจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564 โดยจำนวนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า จะมีถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2557) ลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยแล้วพัฒนาเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ง่าย ดังเช่น National Council on Aging (n.d.) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยแล้วกลายเป็นโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคมากถึงร้อยละ 80 หรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อยสองโรคพบได้ร้อยละ 68 โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การเจ็บป่วยนี้จะเปลี่ยนแปลงจนไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาและเสียชีวิตในที่สุด ที่สำคัญวิถีการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ก่อนที่จะมีการเสียชีวิต คือ ช่วงเวลาที่สำคัญซึ่งเป็นระยะท้ายของชีวิตเรียกว่า ผู้ป่วยหรือผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต (End-of-life patients) หรือ ผู้ป่วยใกล้ตาย (Dying patients) ซึ่งจะหมายถึงคนที่จะมีชีวิตรอด (Survival) หรือสามารถจะดำเนินชีวิตต่อไปได้ เพียงแค่ 6 เดือนหรือน้อยกว่า (รัชตะ รัชตะนาวิณ, 2558; Hui et al, 2014; Igumi et al, 2012; Morrison, 2005; NIH Senior Health, 2012; Offen, 2015) ซึ่งประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก และมีอาการอยู่ในระยะท้ายของชีวิตเป็นจำนวนมากขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนที่แน่นอนของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในประเทศไทย

ผู้ป่วยหรือผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังเช่นการศึกษาของ Ruijs, Kerkhof, van der Wal, & Onwuteaka-Philipsen (2013) เกี่ยวกับอาการและภาวะที่ต้องทนกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายของชีวิตที่บ้าน (Dying patients) (N = 64) พบว่า มีความไม่สุขสบายด้วยอาการต่างๆ โดยเฉพาะ 5 อาการที่พบบ่อยและมีความรุนแรงมาก ได้แก่ อาการอ่อนแรง (Weakness) ร้อยละ 93 อาการ

เหนื่อยหอบ (Tiredness) ร้อยละ 87 อาการไม่สุขสบายทั่วๆ ไป (General discomfort) ร้อยละ 80 บุคลิกที่เปลี่ยนไป (Changed appearance) ร้อยละ 78 และอาการปวด (Pain) ร้อยละ 72 ส่งผลให้มีความทุกข์ทรมาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) อาการต่างๆ (Medical symptoms) 2) สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย (Loss of function) 3) ความรู้สึกส่วนตัว (Personal aspects) 4) สิ่งแวดล้อม (Environment) 5) ธรรมชาติและพยากรณ์โรค (Nature and prognosis of disease) สำหรับในประเทศไทย Tanatwanit (2011) ได้ทำการศึกษาความทุกข์สบายในผู้สูงอายุที่โรคมะเร็งลูกกลม ในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่ง จำนวน 111 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขสบายในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆ โดยเฉพาะ 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อาการเจ็บปวด อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร อาการเคลื่อนไหวไม่ได้ การขับถ่ายผิดปกติ เป็นต้น ส่วนปัญหาด้านอื่น ดังเช่น ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้มีความกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก ทั้งในเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานเป็นระยะๆ ส่วนความไม่สุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม พบว่า ปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติกับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ถูกกล่าวถึงมากที่สุด ซึ่งกระทบไปถึงการไม่กล้าสื่อสารเพื่อร้องขอยาที่ต้องการ ส่วนเรื่องสถานที่ซึ่งลักษณะหอผู้ป่วย บริเวณที่ทำงานของพยาบาล รวมทั้งห้องน้ำยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สร้างความไม่สุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในช่วงเวลาการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือระยะใกล้ตายนี้จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) (National Council for Palliative Care, n.d.; St. Christopher's hospice, n.d.) โดยมีผู้ป่วย-ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient-family center) (Center to Advance Palliative Care, n.d.) ซึ่งการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเหล่านี้ได้คือ การดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพ (Palliative care) เนื่องจากเป็นการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการระบุดูแลและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ พร้อมทั้งให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization [WHO], 2016) โดยที่การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมีวัตถุประสงค์หลัก (Primary goal) อยู่ที่ความสบาย (Comfort) (Chodinow, 2006; Department of Pain Medicine and Palliative Care, 2005; Egan & Labyak, 2010; Thacker, 2008)

ซึ่งความสบายเป็นสิ่งสำคัญต้องมีความสุขสบายเป็นที่ตั้งซึ่งวัตถุประสงค์หลัก (Primary goal) และผลลัพธ์ของการดูแล (Outcome) นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังมีวัตถุประสงค์



ช่วยให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตสามารถดำรงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Dignity) คุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัว (Relationship closure) และให้โอกาสผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวมีทางเลือก มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาล (Patient's and families' choices of care) (Kolcaba, 2003) (Department of Pain Medicine and Palliative Care, 2005; Egan & Labyak, 2010) ความสุขสบาย เป็นเป้าหมายและผลลัพธ์การดูแลที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดย Kolcaba (2013) ได้ให้ความหมายว่า เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำให้ตนเองซึ่งมีความเข้มแข็งและมีกำลังใจเพิ่มขึ้น จากการได้รับการบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ (Relief) จนมีความสุข สบาย และสงบที่เรียกว่า (Ease) และสามารถอยู่เหนือปัญหา/ความไม่สุขสบายต่างๆ ได้อย่างไม่รู้สึกรู้สึกรวมกับการที่ต้องเผชิญอยู่กับความไม่สุขสบายนั้นๆ (Transcendence) การได้รับการตอบสนองความสุขสบายทั้ง 3 แบบ ในบริบททั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิต-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (Satisfaction) เกิดขึ้นด้วยเช่นกัน (Kolcaba, 1994) จะเห็นได้ว่าการดูแลความสุขสบายเป็นการดูแลแบบองค์รวม และมีศิลปะในการดูแล (Art) ดังนั้นการดูแลความสุขสบายจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตมีความต้องการ (Killery & Meier, 2015) ดังตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสเยี่ยมเพื่อนที่ทำงานด้วยกันท่านหนึ่งที่อยู่ในระยะใกล้ตายจากมะเร็งเต้านมที่ได้กล่าวว่า “คนไข้ไม่ต้องการอะไรอีกแล้ว นอกจากความสุขสบาย มันต้องการจริงๆ เพราะจะนั่งก็นั่งไม่ได้ จะนอนก็นอนไม่ได้.....” ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพที่มีความสุขสบายเป็นเป้าหมายหลัก จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care)

อย่างไรก็ตามระบบสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงแรกของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ ดังเช่นได้เริ่มมีการจัดประชุมการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายครั้งแรกในปี พ.ศ. 2547 และจัดตั้งเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในเมื่อปี พ.ศ. 2548 (Nilmanat & Phunggrassami, 2006) ต่อมาได้มีการจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งเป็นเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ เมื่อ พ.ศ. 2552 เพื่อพัฒนาบุคลากรและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในบริบทของสังคมไทย (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, ม.ป.ป.) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมมือจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ในเวลาใกล้เคียงกัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (2553) ได้มีการกำหนดให้สถานบริการต่างๆ

ต้องจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจึงถือได้ว่าระบบการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและกำลังพัฒนาสนับสนุนได้จากผลการศึกษาศึกษาของ ยุพิน ถนัดวิชัย วัลภา คุณทรงเกียรติและอังคณา จงเจริญ (2559) เรื่อง การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ผู้ให้บริการการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายโดยเฉพาะพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ยังต้องการการพัฒนาในเรื่องความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันยังมุ่งเน้นไปที่ด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการดูแลยังไม่สะท้อนความเป็นองค์รวม ผู้ป่วยร้อยละ 60 ยังต้องการยาแก้ปวดและร้อยละ 100 ยังต้องการการสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณ (ต้องการการสวดมนต์ร้อยละ 60 และการทำบุญใส่บาตรร้อยละ 40) จึงเห็นได้ชัดเจนว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในประเทศไทย ในสถานบริการต่างๆ ยังต้องการการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบกับความสุขสบายในระยะท้ายของชีวิตได้ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยการส่งเสริมความสุขสบายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความต้องการการเริ่มต้นในการพัฒนาการดูแลอย่างองค์รวม เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย จนวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การตายอย่างสงบในที่สุต (Peaceful death) (Kolcaba, 2003)

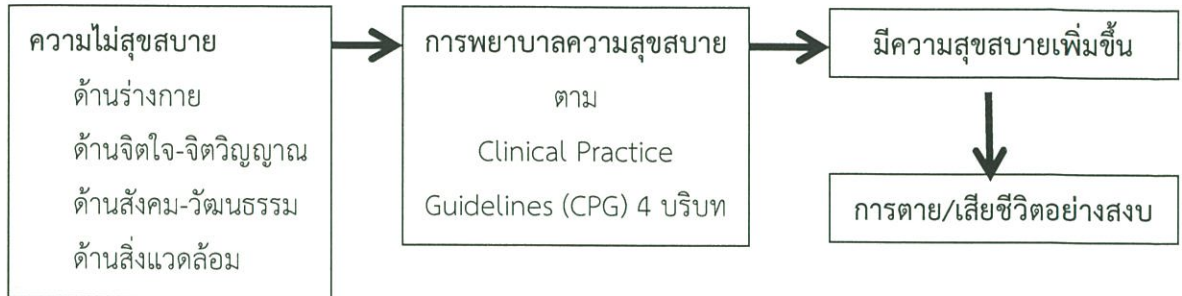
### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสุขสบาย และความไม่สุขสบาย ใน 4 บริบท (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

### ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ซึ่งความสุขสบายถือเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (อ้างอิงจากบทที่ 2) โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่จะมีความไม่สุขสบาย (Discomfort) หรือมีความต้องการความสุขสบาย (Comfort needs) ใน 4 บริบท ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลความสุขสบายแล้วทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น (Enhanced comfort)

หรือถ้าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Terminal phase) ก็ตาย/เสียชีวิตอย่างสงบสุข (Peaceful death) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับทางตรงและประโยชน์ทางอ้อม

1) ทางตรง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความสบายและความไม่สบาย ระดับความรุนแรง ซึ่งผู้ช่วยวิจัย/ผู้วิจัยนำข้อมูลนี้รายงานแก่พยาบาลผู้ดูแลรับผิดชอบโดยตรงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจัดการกับปัญหาความไม่สบายนั้นๆ ต่อไป

2) ทางอ้อม

2.1) ผลการวิจัยได้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในฐานะผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีความสบายมากน้อยอย่างไรในขณะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ที่สำคัญทำให้ทราบข้อมูลความไม่สบายของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

2.2) ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (การพยาบาล) ในระยะที่ 2 ต่อไป เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลความสบายให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

#### การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (End of life care)

ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีความหมายเดียวกับผู้ป่วยใกล้ตาย (The dying หรือ End-of-life patients) การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (ซึ่งบางครั้งเรียกว่า Hospice care หรือ Hospice program-- โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่อยู่สภาวะที่การเจ็บป่วยได้พัฒนาทรุดโทรมแย่งลงไปเรื่อยๆ อย่างชัดเจน (Stefanou & Fardoth, 2010) หรือเป็นการดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตหรือตาย ซึ่งการตายถือว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งของชีวิต (Death as part of life) (Froggatt & Payne, 2006) ช่วงระยะสุดท้ายก่อนที่จะตายก็เป็นช่วงเวลาที่ยากที่จะระบุอย่างชัดเจนแน่นอนว่าเป็นเวลาเมื่อใดที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะนี้ (Izumi, Nagae, Sakurai, & Immura, 2012) จึงมีความพยายามที่จะหาวิธีการสื่อสารกันว่า การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตคืออะไร ดังเช่นการศึกษาของ Izumi et al. (2012) กล่าวว่า ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตนั้นประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ (1) การมีโรคเรื้อรังที่โรคกำลังพัฒนาลุกลามและมีอาการซับซ้อน ร่วมกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย (2) ผลจากข้อ 1 ทำให้บุคคลนั้นๆ มีภาวะการเจ็บป่วยที่แสดงและคาดว่าผู้ป่วยนั้นอาจจะมีการเสียชีวิตในระยะเวลานั้นใกล้ ส่วน National Health Service (NHS) (2015) ได้ระบุระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตไว้ 4 ลักษณะได้แก่ (1) ภาวะที่มีการเจ็บป่วยที่ลุกลามแบบไม่สามารถทำให้หายขาดได้ (Advanced incurable illness) เช่น โรคมะเร็งหรือโรคความจำเสื่อม (2) ทำให้สภาพร่างกายทั่วไปมีความอ่อนแอ (General frail) และมีภาวะการเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย (Co-Existing conditions) (3) ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้จะนำมาซึ่งอาการฉุกเฉินและวิกฤต (4) อาการเจ็บป่วยเหล่านี้จะคุกคามชีวิต (Life-threatening illness) และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตได้

ส่วน Dyer (2006, November 5) กล่าวว่า ผู้ป่วยใกล้ตาย (Dying patients) คือ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยหรืออาการของโรคที่เป็นอยู่มีอาการแย่ง แสดงอาการภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลนั้นหรือผู้ป่วยจะตายหรือถึงแก่กรรมในที่สุด หรือหมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเรื้อรังและมีอาการหรือแสดงความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือจนกระทั่งเมื่อความตายมาถึง ช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตและช่วงเวลาการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายนั้นส่วนใหญ่ประเทศในทวีปยุโรป อเมริกา และเอเชีย ได้มีการกำหนดระยะเวลาใกล้ตายของผู้ป่วยหรือคาดการณ์ว่า

จะมีชีวิตรอด (Survival) ไม่เกิน 6 เดือน หรือคาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะตายหรือเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน นั้นเอง (Izumi et al., 2012; Hui et al., 2014; Meier, 2011; NIH senior health, 2012; รัชตะ รัชตะนาวิน, 2558)

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติในเรื่องของการให้ความหมายคำว่า การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายยังมีความแตกต่างกันมาก มีทั้งไม่มีการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา ไม่มีการประเมินและระบุผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตทำให้เกิดปัญหาทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่หรือทีมทางสุขภาพหรือระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและ/หรือสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล) ส่งผลให้มีความไม่สอดคล้องและเข้าใจกันในเรื่องการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วยที่ในความเป็นจริงมีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต แต่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยวิกฤตหรือเฉียบพลัน แทนการได้รับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ) ประเทศไทยในในฐานะที่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายและง่ายต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงได้ตระหนักถึงประเด็นปัญหาดังกล่าวอย่างมาก จึงได้พยายามหาวิธีหรือเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของบุคลากรและเอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพโดยเร็วที่สุด เช่น การใช้เกณฑ์ในการกำหนดจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกของแต่ละโรค/กลุ่มโรค (Medical criteria) หรือจากข้อกำหนดของ Liverpool Care Pathway (LCP) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยติดเตียง (Bed bound) (2) ผู้ป่วยกึ่งรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว (Semi-comatose state) (3) ผู้ป่วยสามารถรับได้แต่น้ำ (Sips of water) และ (4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาทางปากได้ (Duffy, Payne, & Timmins, 2011) การประเมินหา/ระบุผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมและพบว่า การใช้เครื่องมือช่วยในการประเมินจะเพิ่มความแม่นยำเที่ยงตรงและความเข้าใจที่ตรงกันในการประเมินผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ดังเช่น เครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>) ซึ่งถูกพัฒนาโดย Anderson et al. (1996) โดยพัฒนามาจากเครื่องมือ Karnofsky Performance Scale's Functional Dimensions of Ambulation Activity Level and Evidence of Disease ของ Karnofsky, Abelmann, Craver, & Burchenal (1948) โดย Anderson et al. (1996) ได้เพิ่มเรื่องการดูแลตนเอง (Self-care) การรับประทานอาหาร-น้ำ (Oral intake) และระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ของผู้ป่วย ดังภาพที่ 1 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ต่อมา Lau et al. (2006) ได้มีการทดสอบความแม่นยำในการทำนายการมีชีวิตรอด (Survival) ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิตหรือการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พบว่า เครื่องมือมีความแม่นยำในการทำนายการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย โดยร้อยละ 94-99 ของผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 60 คะแนนจะสามารถมีชีวิตรอดเฉลี่ยภายในช่วงระยะเวลาเพียง 6 เดือนหรือน้อยกว่า ต่อมา Ho, Lau, Downing, and Lesperance (2008) ได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้พบว่า เครื่องมือนี้มีความเป็นมาตรฐาน โดยมีความเชื่อมั่นและความตรงตามเนื้อหาเพียงพอในการประเมินหา/ระบุผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้ ดังนั้นการใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv<sub>2</sub>) จะช่วยประเมินสภาวะการเจ็บป่วยและสามารถทำนายการพยากรณ์ของโรคผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยที่ทรุดโทรมแย่งลงและคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้เพียงในช่วงระยะเวลาแค่ 6 เดือนหรือน้อยกว่า และนี่ก็คือลักษณะของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตตามที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยกำหนดด้วยเช่น (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2558)



### **Palliative Performance Scale (PPSv<sub>2</sub>)**

version 2

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity <i>with</i> Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

ภาพที่ 2 Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv<sub>2</sub>). Reprinted from Palliative Performance Scale (PPSv<sub>2</sub>) by Victoria Hospice Society. Copyright 2001 Victoria Hospice Society by [http://www.npcrc.org/files/news/palliative\\_performancescale\\_PPSv2.pdf](http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performancescale_PPSv2.pdf)

เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตนี้ได้สร้างความไม่สุขสบาย (Discomfort) และความทุกข์ทรมาน (Distressing symptoms) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย (Tanatwanit, 2011) ดังนั้น การดูแลสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยเพราะ Palliative หรือ Palliation แปลว่า การดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์ไม่ได้มุ่งเน้นอยู่ที่การรักษาเป็นหลัก มีการเริ่มใช้ครั้งแรกใน Royal Victory Hospital ประเทศแคนาดา โดย Balfour Mount ตั้งแต่นั้นมาการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงถูกเรียกสลับกลับไปมาระหว่างคำว่า Hospice care, End-of-life care, และ Palliative care (Calark & Seymour cited in Meghani, 2004)

ตั้งแต่นั้นมา การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care) จึงถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเรียกว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยใกล้ตาย โดยมีองค์กรหลายๆ องค์กรพยายามให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย เช่น National Council for Palliative Care (n.d.) ให้ความหมายว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลช่วยเหลือตามอาการ (Supportive care) (รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา, ม.ป.ป.) และให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมเชิงรุก (Active holistic care) ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายทรุดแยลงเรื่อยๆ นอกจากนี้การจัดการความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ และการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล โดยมีวัตถุประสงค์การดูแลอยู่ที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (The best quality of life) ซึ่งแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพจะบรรจุแนวคิดการดูแลหลักๆ เหล่านี้ไว้กับการรักษาและการดูแลทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลจะเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยและจะทำควบคู่ไปกับการรักษา ส่วน Center to Advance Palliative Care (n.d.) ได้กล่าวความหมายไว้ใกล้เคียงกัน คือ เป็นการดูแลให้การรักษา (Medical care) สำหรับผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่รุนแรง (Serious illness) โดยการดูแลจะมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการและภาวะเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient-family center) และ National Hospice and Palliative Care Organization (2016) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพว่า เป็นการดูแลที่มีผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางทั้งนี้ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยการค้นหา ป้องกัน และจัดการความทุกข์ทรมานต่างๆ นอกจากนี้ต้องเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuum of illness) ที่ต้องตอบสนองและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม

และจิตวิญญาณ และต้องส่งเสริมความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ของผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกในการรักษาพยาบาล (Treatment choices) ตามที่ต้องการแล้วส่งผลให้ เกิดความสุขสบายและเกิดความพึงพอใจในที่สุด

นอกจากนี้ World Health Organization (WHO) ซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้ ตระหนักในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเช่นกัน และได้พัฒนา ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมาโดยตลอด ได้แก่ ในปี ค.ศ. 1990 WHO (as cited in Meghani, 2004) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ/การดูแลผู้ป่วย ใกล้ตาย ว่า “การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในเชิงรุก โดยที่โรคของผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาแล้ว การควบคุมความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ รวมทั้งการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการดูแลอยู่ที่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งญาติ และครอบครัว” (p. 155) และในปี ค.ศ. 2002 ได้ให้ความหมายอีกว่า “เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริม คุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยผู้ซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาจากการ เจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการดูแลจะมุ่งเน้นการประเมิน การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยวิธีการประเมินและระบุปัญหาโดยเร็ว รวมทั้งให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด และปัญหาอื่นๆ ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ” (Cancer Advanced Palliative Care, 2002, p.1) ต่อมาล่าสุด World Health Organization (WHO) (2016) ได้นำเสนอความหมายคล้ายคลึงกันดังนี้ คือ เป็นการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่ เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการระบุและ ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ พร้อมทั้งให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งหมดนี้จะเป็นความหมายของคำว่า การดูแลแบบ ประคับประคองภาวะสุขภาพ

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดูแล คือ ความสุขสบาย (Comfort) การดำรงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Dignity) คุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวหรือระหว่างผู้ที่ อยู่ในระยะท้ายของชีวิตกับบุคคลอันเป็นที่รัก (Relationship closure) และให้ผู้ป่วยในระยะท้ายของ ชีวิตและครอบครัวมีทางเลือก มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา พยาบาล (Patient's and familys' choices of care) (Curtiss 2004; Department of Pain Medicine and Palliative Care, 2005; Egan & Labyak, 2006; Scanlon, 1997) บางครั้งการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ เรียกว่า การดูแลความสุขสบาย (Comfort care) (Allegre, 2006) นอกจากนี้ Morgan (2008) ยังกล่าว



ว่า การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยใกล้ตายหรือการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต จำเป็นต้องพิจารณาสถานที่ที่ผู้ป่วยปรารถนาไปใช้ชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (Preferred place of death) ด้วยเป็นสิ่งสำคัญซึ่งสนับสนุนได้จากการศึกษาวรรณกรรมหลายๆ ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตปรารถนาไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านและสุดท้ายขอไปตายที่บ้าน ถึงร้อยละ 86 (Finucane, Stevenson, Moyes, Oxeham, & Murray, 2013) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Spencer (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตมีความต้องการที่จะไปเสียชีวิตที่บ้าน ถึงร้อยละ 76

สาธารณสุขหลายๆ ประเทศในโลกจำเป็นต้องตระหนักและจัดการให้มีการบริการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย อันเป็นปัจจัยที่สำคัญในการก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ และได้มีการริเริ่มพัฒนาการดูแลดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีการจัดประชุมการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ที่อยู่ระยะท้ายของชีวิตขึ้นในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และในเวลาอันสั้นในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Nilmanat & Phungrassami, 2006) ปัจจุบันหลายวิชาชีพและหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องทางด้านระบบบริการสุขภาพ/สาธารณสุขได้มีการจัดตั้งเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์การให้บริการ เพื่อนำข้อมูลและแนวคิดมาช่วยในการพัฒนาและสร้างบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพให้มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะที่เกี่ยวข้อง ดังเช่น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งเป็นเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools Palliative Care Network: MS-PC Care) ถูกก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 เพื่อพัฒนาคนและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในบริบทของสังคมไทยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตของพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, ม.ป.ป.) นอกจากนี้องค์กรที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังเช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ให้ความร่วมมือกันและพยายามผลักดันให้มีการพัฒนาระบบการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในประเทศไทยให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานเทียบเท่าระดับสากลและต้องเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 ซึ่งมี 3 ยุทธศาสตร์

ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557): ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ดีต่อ การมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (โดยมุ่งเน้น พัฒนา ระบบการศึกษา การวิจัย และสร้างองค์ความรู้ พร้อมกับถ่ายทอดแบ่งปันองค์ความรู้และ ประสบการณ์ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการถอดบทเรียน) ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบ บริการ การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานและครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต และรองรับการตายดี (นั่นหมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยใน ระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการบริการการดูแลแบบประคับ ประคอง ภาวะสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามบริบทของประเทศไทยได้ง่ายและมีการช่วยเหลืออื่นๆ ใน ปริมาณที่เพียงพอความต้องการมากที่สุด) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการ จัดบริการ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบโครงสร้างในการบริการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ สำหรับผู้เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตทั้งระบบให้มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาอยู่ในช่วงยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 เพื่อให้มีการพัฒนา และจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพให้ได้โดยยึดถือความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายสามารถกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายให้ได้มากที่สุด นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองที่ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปสู่นบ้าน จึงได้มีการสนับสนุนการ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่นบ้านใน ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตขึ้นทุกภาคในประเทศไทยเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นสถานการณ์ปัจจุบัน แล้วนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาร่วมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อการ สังเคราะห์ระบบที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพแล้วนำมาปรับให้เหมาะสมกับคนไทย สังคมไทยและ ระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

### รูปแบบของระบบการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา

การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (Morrison, 2015) เป็น ระบบการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและถูกบริหารโดยทั้งภาครัฐและ เอกชน (Public Private Fee for Service Reimbursement System) ที่มุ่งให้การดูแลความสบาย (Comfort) แก่บุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (Allegre, 2006; Kelley & Meier, 2015) ซึ่งการดูแลส่วน ใหญ่อยู่ในรูปแบบ Hospice มากถึงร้อยละ 46 (ผ่านระบบ Medicare hospice benefit--Federal government's Medicare program) ผ่านการประกันสุขภาพขณะทำงานร้อยละ 55 ใช้สำหรับคนที่มี อายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี และซื้อประกันจากเอกชน (ร้อยละ 10) ผ่าน Medicaid --a state and

federal program for the indigent poor program (ร้อยละ 12) และกลุ่มที่ซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนด้วยตนเอง (ร้อยละ 10) ทั้งหมดนี้รัฐบาลจะมีกฎหมายคอยกำกับดูแลควบคุมผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก (The 2010 Patient Protection and Affordable Care Act) เพื่อที่พยายามจะดูแลให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพทุกคน ทั้งการให้บริการการดูแล (Health care delivery) ทั้งผลลัพธ์การดูแล (Healthcare outcomes) ในราคาค่าใช้จ่ายที่ต่ำลง (Lower costs) อย่างคุ้มค่า

การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต ได้ริเริ่มขึ้นในทวีปยุโรป คือกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ โดย Dame Cicely Saunder และตั้งชื่อ Hospice แห่งแรกว่า St. Christopher's Hospice ถือเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสมัยใหม่ (Modern palliative care) ที่มีองค์ความรู้เรื่องการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) (St. Christopher's Hospice, n.d.) และได้พัฒนาเผยแพร่เข้าไปในทวีปอเมริกา รวมทั้งทวีปเอเชียซึ่งช่วงแรกๆ คำว่า Hospice care, End-of-life care, และ Palliative care มีความหมายเหมือนกันหรือมีความหมายที่ใกล้เคียงกันเนื่องจาก Hospice care หรือ End-of-life care คือการดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ไม่เกิน 6 เดือนและต้องการการดูแลแบบประคับประคองช่วยเหลือควบคุมอาการหรือช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ส่วน Palliative care มีความหมายเป็นการดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานหรือลดความรุนแรงจากโรคที่เป็นอยู่ จากการให้ความหมายดังกล่าวข้างต้น คำทั้ง 3 คำ จึงถูกเรียกสลับกันไปมา (Clark & Seymour as cited in Meghani, 2004) อย่างไรก็ตามต่อมาทั้งนักวิชาการและนักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ ได้มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพไม่ควรที่จะรอให้มีการให้บริการเมื่อผู้ป่วยจะเข้าสู่ในระยะท้ายของชีวิต (Center to Advance Palliative Care, 2007; Ferrell, 2005) ควรที่จะมีการให้บริการตลอดเวลาเมื่อเริ่มมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Any time of illness) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆ ที่กระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือทุกข์ทรมานให้น้อยที่สุด แต่มีความสุขสบายมากที่สุดแม้ว่าจะอยู่ในระยะท้ายของชีวิตก็ตาม

ดังนั้นในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะเสียชีวิตในระยะเวลา 6 เดือน นั้นหมายความว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตรอด (Survival) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 เดือน (Izumi et al, 2012; Meier, 2011; Morrison, 2005; NIH Senior Health, 2012) หรือเป้าหมายหลักของคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยใกล้ตาย (Quality end-of-life care หรือ hospice care หรือ palliative care) นั้นต้องส่งเสริม: ความสุขสบาย (comfort) การมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignity) คุณภาพชีวิต (Quality of life) การรักษาสัมพันธภาพที่ดี (relationship

closure) และการให้ข้อมูลและทางเลือกในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ (Patient's and families' choice of care) (Curlies, 2004; Department of Pain medicine & Palliative care, 2005; Egan & Labbyak, 2006; Morgan, 2008; Scanlon, 1997)

การบริการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตนั้นเมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของบริการ Nation Health Service (as cited in Stefanou & Faircloth, 2010) กล่าวว่า ต้องมุ่งเน้นไปที่ 3 องค์ประกอบหลัก กล่าวคือ (1) ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical effectiveness) (2) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และ (3) ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient experience) นอกจากนี้ Thacker (2008) เป็นอีกผู้หนึ่งที่ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ว่า ควรมี 6 องค์ประกอบคือ: (1) ความปลอดภัย (Safety) (2) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและญาติ (Improved quality of life) (3) มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (Patient autonomy and self-determination) (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) (5) ความมีศักดิ์ศรีในชีวิต (Dignity of life) และ (6) มีความสุขสบายและความทุกข์ทรมานลดลง (Comfort and minimal suffering) โดย Thacker (2008) ยังกล่าวว่า ความพึงพอใจ (Satisfaction) และการสร้างเสริมพลังอำนาจในตัวเอง (Empowerment) ของพยาบาลก็เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient center) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ Gold Standard Framework (2016) ที่กล่าวชัดเจนว่า ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตหวังใกล้ตาย (People nearing the end of life) ได้แก่: (1) ลดภาวะวิกฤตและไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ไม่ต้องการ (2) มีความสามารถในการใช้ชีวิตในแต่ละวันที่ดีขึ้น และ (3) ถ้าจะตายต้องตายในสถานที่ที่ผู้ป่วยระบุหรือเลือกไว้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหรือผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตปรารถนาไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน (Preferred home care) และสุดท้ายขอไปตายที่บ้าน (Home as preferred place of death) สอดคล้องกับการศึกษาของ Finucane, et al. (2013) ที่ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจำนวน 132 คน ที่บ้านพักคนชรา (Nursing home) พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 86 บันทึกสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตไว้ก่อนล่วงหน้า ว่าสถานที่ที่ต้องการใช้ชีวิตวาระสุดท้ายคือ ที่บ้าน (Preference died in the care home) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Spencer (2015) ที่พบว่า มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับสถานที่ตาย ถึงร้อยละ 93 และยังพบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตถึงร้อยละ 76 แจ้งความต้องการว่าต้องการที่จะไปเสียชีวิตที่บ้าน ในขณะที่ความเป็นจริงนั้นมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 52 จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลใน

เวลาต่อมา (CDAS 2006 as cited in Morgan, 2008) เมื่อศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่กลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านและตายที่บ้าน กลับพบว่า มีเพียงแคร์ร้อยละ 17 เท่านั้นที่มีโอกาสตายที่บ้านตามความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Stefanou & Faircloth, 2010) นั่นคือเหตุผลที่ชัดเจนว่าการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ส่งต่อไปยังชุมชน (Continuum care--การบริการที่ไม่หยุดการดูแล [Care stopping]) (Morgan, 2008) และชุมชนนั้นก็คือ บ้าน (Home) บางครั้งเรียกว่า Care home จึงได้มีการพัฒนา Community-based palliative care (Kamal et al., 2011)

### ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (End of life patients)

ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย (Dying patients) หรือผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตโดยมีอาการของการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และแสดงความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยจะตายหรือเสียชีวิตในที่สุด (Dyer, 2006, November 5) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการระบุและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (World Health Organization [WHO], 2016) ซึ่งโดยทั่วไปการกำหนดหรือคาดการณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต พบว่าระยะเวลาใกล้ตายของผู้ป่วยว่าจะมีชีวิตรอด (Survival) ไม่เกิน 6 เดือน ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2558; Izumi et al., 2012; Hui et al., 2014; Meier, 2011; NIH Senior Health, 2012) ซึ่งการตายถือว่าเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งของชีวิต (Death as part of life) (Froggatt & Payne, 2006) ช่วงระยะสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะตายก็เป็นช่วงเวลาที่ยากที่จะระบุอย่างชัดเจนแน่นอนว่าเป็นเวลาเมื่อใดที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Izumi, Nagae, Sakurai, & Immura, 2012) ซึ่งการศึกษาของ Izumi et al. (2012) พบว่า ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตนั้นประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ (1) การมีโรคเรื้อรังทั้งที่โรคกำลังพัฒนาลุกลามและมีอาการซับซ้อนร่วมกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย (2) ผลจากข้อ 1 ทำให้บุคคลนั้นๆ มีภาวะการเจ็บป่วยที่แสดงและคาดว่าผู้ป่วยนั้นอาจจะมีการเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ นอกจากนี้ National Health Service (NHS) (2015) ได้ระบุระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตไว้ 4 ลักษณะได้แก่ (1) ภาวะที่มีการเจ็บป่วยที่ลุกลามแบบไม่สามารถทำให้หายขาดได้ (Advanced incurable illness) เช่น โรคมะเร็งหรือโรคความจำเสื่อม (2) ทำให้สภาพร่างกายทั่วไปไม่มีความอ่อนแอ (General frail) และมีภาวะการเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย (Co-

Existing conditions) (3) ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้จะนำมาซึ่งอาการถูกฉุนและวิฤต (4) อาการเจ็บป่วยเหล่านี้จะคุกคามชีวิต (Life-threatening illness) และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตได้

ในการประเมินที่จะช่วยเพิ่มความแม่นยำเที่ยงตรงและความเข้าใจที่ตรงกันในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Anderson et al. (1996) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>) โดยพัฒนามาจากเครื่องมือ Karnofsky Performance Scale's Functional Dimensions of Ambulation Activity Level and Evidence of Disease ของ Karnofsky, Abelmann, Craver, & Burchenal (1948) โดยได้เพิ่มเรื่องการดูแลตนเอง (Self-care) การรับประทานอาหาร-น้ำ (Oral intake) และระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ของผู้ป่วย ดังภาพที่ 1 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ต่อมา Lau et al. (2006) ได้มีการทดสอบความแม่นยำในการทำนายการมีชีวิตรอด (Survival) ของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิตหรือการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พบว่า เครื่องมือมีความแม่นยำในการทำนายการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย โดยร้อยละ 94-99 ของผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนนจะสามารถมีชีวิตรอดเฉลี่ยภายในช่วงระยะเวลาเพียง 6 เดือนหรือน้อยกว่า ต่อมา Ho, Lau, Downing, and Lesperance (2008) ได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้พบว่า เครื่องมือนี้มีความเป็นมาตรฐาน โดยมีความเชื่อมั่นและความตรงตามเนื้อหาเพียงพอในการประเมินหา/ระบุผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้ ดังนั้นการใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>) จะช่วยประเมินสภาวะการเจ็บป่วยและสามารถทำนายการพยากรณ์ของโรคผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยที่ทรุดโทรมแย่งลงและคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้เพียงในช่วงระยะเวลาแค่ 6 เดือนหรือน้อยกว่า (รัชตะ รัชตะนาวิณ, 2558)

#### การดูแลความทุกข์สบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care)

เนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตนี้ได้สร้างความไม่สุขสบาย (Discomfort) และความทุกข์ทรมาน (Distressing symptoms) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วย (Tanatwanit, 2011) ดังนั้น การดูแลสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยเพราะ Palliative หรือ Palliation แปลว่า การดูแลบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์ไม่ได้มุ่งเน้นอยู่ที่การรักษาเป็นหลัก มีการเริ่มใช้ครั้งแรกใน Royal Victory Hospital ประเทศแคนาดา โดย Balfour Mount ตั้งแต่นั้นมาการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงถูกเรียกสลับกลับไปมาระหว่างคำว่า Hospice care, End-of-life care, และ Palliative care (Calark & Seymour cited in Meghani, 2004)

ตั้งแต่นั้นมา การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care) จึงถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยเรียกว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยมีองค์กรหลายๆ องค์กรพยายามให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น National Council for Palliative Care (n.d.) ให้ความหมายว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลช่วยเหลือตามอาการ (Supportive care) (รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา, ม.ป.ป.) และให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมเชิงรุก (Active holistic care) ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายทรุดโทรมแย่งเรื่อยๆ นอกจากนี้การจัดการความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ และการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล โดยมีวัตถุประสงค์การดูแลอยู่ที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (The best quality of life) ซึ่งแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพจะบรรจุแนวคิดการดูแลหลักๆ เหล่านี้ไว้กับการรักษาและการดูแลทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพนี้สามารถจะเริ่มให้บริการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยและสามารถทำควบคู่ไปกับการรักษา ส่วน Center to Advance Palliative Care (n.d.) ได้กล่าวความหมายไว้ใกล้เคียงกัน คือ เป็นการดูแลให้การรักษา (Medical care) สำหรับผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่รุนแรง (Serious illness) โดยการดูแลจะมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการและภาวะเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient-family center) และ National Hospice and Palliative Care Organization (2016) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพว่า เป็นการดูแลที่มีผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางทั้งนี้ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยการค้นหา ป้องกัน และจัดการความทุกข์ทรมานต่างๆ นอกจากนี้ต้องเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuum of illness) ที่ต้องตอบสนองและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และต้องส่งเสริมความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ของผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกในการรักษาพยาบาล (Treatment choices) ตามที่ต้องการแล้วส่งผลให้เกิดความสุขสบายและเกิดความพึงพอใจในที่สุด

นอกจากนี้ World Health Organization (WHO) ซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้ตระหนักในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตเช่นกันและได้พัฒนาความหมายของการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมาโดยตลอด ได้แก่ ในปี ค.ศ. 1990 WHO (as cited in Meghani, 2004) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ/การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ว่า “การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในเชิงรุก โดยที่โรคของผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อการรักษาแล้ว การควบคุม

ความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ รวมทั้งการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการดูแลอยู่ที่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งญาติและครอบครัว” (p. 155) และในปี ค.ศ. 2002 ได้ให้ความหมายอีกว่า “เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยผู้ซึ่งกำลังเผชิญกับปัญหาจากการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการดูแลจะมุ่งเน้นการประเมิณ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยวิธีการประเมิณและระบุปัญหาโดยเร็ว รวมทั้งให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด และปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ” (Cancer Advanced Palliative Care, 2002, p.1) ต่อมาล่าสุด World Health Organization (WHO) (2016) ได้นำเสนอความหมายคล้ายคลึงกันดังนี้ คือ เป็นการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยผ่านการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการระบุและประเมิณอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ พร้อมทั้งให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งหมดนี้จะเป็นความหมายของคำว่า การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (p. 1)

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการดูแล คือ ความสุขสบาย (Comfort) (Chodinow, 2006; Department of Pain Medicine and Palliative Care, 2005; Egan & Labyak, 2010; Thacker, 2008) การดำรงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Dignity) คุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวหรือระหว่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตกับบุคคลอันเป็นที่รัก (Relationship closure) และให้ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตและครอบครัวมีทางเลือก มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาล (Patient’s and familys’ choices of care) (Department of Pain Medicine and Palliative Care, 2005; Egan & Labyak, 2006) จากการที่การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพมุ่งเน้นการดูแลความสุขสบายทำให้บางครั้งเรียกว่า การดูแลความสุขสบาย (Comfort care)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเคยเป็นผลลัพธ์หลักของการดูแลสุขภาพและในวงการแพทย์ แต่ Hosseini, Nedjat, Zendehtdel, Majdzadeh, & Montazeri (2013) กล่าวว่าแนวคิดคุณภาพชีวิตมีธรรมชาติและลักษณะที่เกี่ยวข้องกับแง่มุมหลายมิติ (Multidimensional nature) การให้ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือการแปลความ (Subjective data) ของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมาตรฐานความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล (Individuals’ internal standard) เช่น ทักษะการคิด อารมณ์ บุคลิกภาพ และ/หรือทัศนคติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kaplan & Ries (2007) ที่กล่าวว่า แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวัดมีความแตกต่างและ



หลากหลาย แนวคิดส่วนใหญ่มุ่งเน้นการวัดไปที่ระดับความผาสุก (Levels of wellness) ซึ่งในผู้ที่เจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่การเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การบำบัดดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่การลดความทุกข์ทรมานจากโรคและความเจ็บป่วย (Disease burden) และที่สำคัญการดูแลจะต้องมุ่งเน้นไปที่ความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สำหรับความสุขสบายนับว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและก็เป็นผลลัพธ์ของการดูแลด้วยเช่นกัน (Kolcaba, 2003) และผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตก็มักจะต้องเผชิญกับความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Discomfort) ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่า การดูแลความสุขสบายให้กับผู้ป่วยทั้งในเรื่องการดูแลบรรเทาความไม่สุขสบาย (Relief) การดูแลผู้ป่วยเกิดความ สุขสบาย และสงบ (Ease) และ/หรือสามารถอยู่เมื่อปัญหาความไม่สุขสบายต่างๆ จนไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน เมื่อมีหรือเผชิญกับความไม่สุขสบาย (Transcendence) ทั้ง 4 บริบท ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังภาพที่ 2 จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น (Enhanced comfort) หรือ ตายอย่างสงบ (Peaceful death) ในที่สุด

	RELIEF	EASE	TRANSCENDENCE
PHYSICAL			
PSYCHOSPIRITUAL			
ENVIRONMENTAL			
SOCIOCULTURAL			

ภาพที่ 3 Comfort theory subtracted from the theory of Human Press Note. From *Comfort Theory and Practice* (p. 81) by K. Kolcaba, 2003, New York: Tri-Graphic Printing Company. Copyright 2003 by Springer Publishing Company

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Between-method triangulation (Speziale & Carpenter, 2007) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 และ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาความทุกข์สบายและความไม่สุขสบายในทั้ง 4 บริบทของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลความทุกข์สบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ส่วนการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 โดยมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และอยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยมีคะแนน  $\leq 60$  คะแนน จากการประเมินด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>) (Lau et al, 2006) และเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี (มีจำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยสามัญชาย หอผู้ป่วยสามัญหญิง และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต) โรงพยาบาลศูนย์ระยอง จังหวัดระยอง (มีจำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง) และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (มีจำนวน 6 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 2 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 2 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 1 หอผู้ป่วย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 1 หอผู้ป่วย)

2. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วยผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และอยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยมีคะแนน  $\leq 60$

คะแนน จากการประเมินด้วยเครื่องมือ Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv2) (Lau et al, 2006) และมีคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
  - 2) เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล
  - 3) มีความสามารถในการสื่อสาร พูดคุยด้วยภาษาไทยเป็นอย่างดี
  - 4) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา
  - 5) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคุณสมบัติดังนี้
- 1) มีความสามารถในการสื่อสาร พูดคุยด้วยภาษาไทยเป็นอย่างดี
  - 2) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ส่วน ดังนี้

1. Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv<sub>2</sub>) เป็นเครื่องมือที่ช่วยประเมินและระบุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ได้ซึ่งถูกพัฒนาโดย Anderson, Downing, Hill, Casorso, and Lerch (1996) และได้รับการทดสอบความสามารถในการทำนายเกี่ยวกับ Period of Survival มาแล้วโดย Lau et al. (2006) ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพในการทำนายถึง 94-99% ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ Ho, Lau, Downing, and Lesperance (2008, August 4) ได้ทดสอบ Inter-rater reliability ( $r = .96, p = .05$ ) และทดสอบ Content Validity โดยแพทย์และพยาบาลผู้ชำนาญจำนวน 15 คน พบว่า เครื่องมือไม่มีความจำเป็นต้องปรับปรุงเนื้อหาใดๆ ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงมีประสิทธิภาพเพียงพอในการประเมินเพื่อระบุหาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือนี้จึงได้ถูกนำมาใช้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยยอมรับการเชิญและภายหลังการเซ็นชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้ป่วยได้ถูกประเมินโดยผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัยโดยใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 2-3 นาที

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มี 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ของตนเอง ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย แหล่งรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย และผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีจำนวน 6 ข้อ

ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสุขสบาย

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ของตนเอง ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย แหล่งที่มาของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลประกอบด้วยระยะเวลาการดูแลและกิจกรรมการดูแล และสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

4. แบบสอบถามความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ Holistic comfort questionnaire (Patient) มีจำนวน 49 ข้อ พัฒนาโดย Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd ในปี ค.ศ. 2001 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Tanatwanit (2011) และได้นำไปศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำลังลูกกลมจำนวน 111 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

5. แบบสอบถามความสุขสบายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Holistic comfort questionnaire (Caregiver) มีจำนวน 49 ข้อ พัฒนาโดย Novak, Kolcaba, Steiner, and Dowd ในปี ค.ศ. 2001 และได้นำไปศึกษาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 38 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และในปี ค.ศ. 2015 Paiva, de Carvalho, Kolcaba, and Paiva ได้นำไปศึกษาทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายของชีวิตจำนวน 120 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือแล้วทำการแปลเครื่องมือด้วยวิธีการ Backward translation โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ และมีความสามารถทางด้านทางด้านภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน พบว่า เครื่องมือมีความตรงของเนื้อหาร้อยละ 93.87 และมีการปรับแก้เฉพาะภาษาให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นเพียง 3 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 32 34 และ 48)

6. แบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ-สุดท้ายจำนวน 2 ท่าน ด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ด้านภาษา และมีการขยายความเพิ่มขึ้น ได้หัวข้อคำถาม 6 ข้อ ดังนี้ ความไม่สุขสบายอะไรบ้าง (ในบริบททั้ง 4 ด้าน) ระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบาย การจัดการความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ ผลลัพธ์ภายหลังการ

จัดการความไม่สุขสบาย ความพึงพอใจภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย และชนิดของความไม่สุขสบาย ภายหลังการจัดการแล้วจะนำไปศึกษาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจำนวน 5 คน เพื่อศึกษาทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านภาษา

## วิธีดำเนินการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับปรึกษากำหนดหาผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในข้อ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (ทั้ง 2 ระยะของการศึกษาวิจัย) พร้อมกับขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอคำปรึกษาเพื่อคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในแต่ละโรงพยาบาล และขออนุญาตให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของแต่ละโรงพยาบาลเพื่ออนุญาตและเชิญผู้ช่วยวิจัยที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการอบรมที่ผู้วิจัย ตามโปรแกรมการอบรมผู้ช่วยวิจัย (ภาคผนวกที่ 2)

5. ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัยร่วมกันกำหนดวัน 1 วันเพื่อผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเป็นตัวอย่างให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเกิดความมั่นใจและเข้าใจในการดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองต่อไป

6. ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและมอบจดหมายเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัยให้ไว้ที่หอผู้ป่วย เพื่อเชิญผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายและคาดว่าจะมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกับขอวันและเวลาที่ผู้ป่วยและและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความสะดวกในการอนุญาตให้ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบ

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย หรือผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการขอเข้าพบผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลตามวันเวลาที่นัดหมายและมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งเพิ่มเติมการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลพร้อมตอบคำถามจนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ หากยังมีความประสงค์เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลต้องดำเนินการเซ็นต์เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ถูกคัดสำเนาทุกราย (ภาคผนวกที่ 5) จากนั้นผู้วิจัยได้มอบเอกสารสำเนานี้ให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลท่านละ 1 ฉบับ

8. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ได้ใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>) เพื่อระบุความเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต นั่นคือคะแนนจากการประเมินผู้ป่วยต้องมีค่า  $\leq 60$  คะแนน และเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

9. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้มอบเอกสารแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (3) แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (4) แบบสอบถามความสบายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต พร้อมคำอธิบายให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความเข้าใจในการตอบแบบสอบถาม ขณะที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและเพื่อสามารถตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่ประสงค์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ช่วยดำเนินการตอบแบบสอบถามให้ทั้งนี้ข้อมูลต้องเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเท่านั้น การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

10. เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามพร้อมกับตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม หากมีข้อสงสัยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วเก็บแบบสอบถามทั้งหมดใส่ในซองสีน้ำตาล

11. จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์พร้อมกับทำการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) เกี่ยวกับความไม่สบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่

โรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน (ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้าน สิ่งแวดล้อม) ระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบาย การจัดการความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ ผลลัพธ์ ภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย ความพึงพอใจภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย และชนิดของ ความสุขสบายภายหลังการจัดการ ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกในแบบบันทึกความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้เก็บ เอกสารในการสัมภาษณ์ทั้งหมดไว้ในซองสีน้ำตาลในข้อ 10

12. เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้ถูกนำไปวิเคราะห์โดยการสรุปและจับประเด็น เนื้อหา เพื่อหาข้อมูลความไม่สุขสบายทั้ง 4 ด้านที่มีความรุนแรงมากและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต

หมายเหตุ สำหรับผลการศึกษาความไม่สุขสบายทั้ง 4 บริบทที่มีความรุนแรงมากและพบบ่อย ที่สุดในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตนั้นผู้วิจัยจะนำไปแจ้งและปรึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่คัดสรรใน ข้อ 3 เพื่อได้มติยอมรับร่วมกันและเพื่อความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และคะแนนจากการประเมิน Palliative Performance Scale Version 2 (PPSv<sub>2</sub>) ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

3. สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการสรุปและจับประเด็นเนื้อหา

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับ-ประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ในระยะที่ 1 โดยออกแบบการวิจัยด้วยวิธี Between-method triangulation (Speziale & Carpenter, 2007) มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ (1) เพื่อศึกษาความสุขสบาย และความไม่สุขสบายใน 4 บริบท (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และ (2) เพื่อศึกษาความสามารถของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล แล้วจะนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 นี้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (การพยาบาล) (Clinical practice guideline [CPG] [Nursing]) ในการศึกษา ระยะที่ 2 ต่อไป

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

ส่วนที่ 3. ข้อมูลความสุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และข้อมูลความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

ส่วนที่ 4. ข้อมูลความไม่สุขสบายทั้ง 4 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 1. ข้อมูลความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ได้ถูกประเมินโดย Palliative Performance Scale V<sub>2</sub> (PPSV<sub>2</sub>) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคะแนนความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของ  
กลุ่มตัวอย่าง

Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV2) (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	จำนวน (N = 300)	ร้อยละ
10	1	0.3
20	9	3.0
30	25	8.3
40	37	12.3
50	60	20.0
60	168	56.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ  
อยู่ในระดับ 60 (จากคะแนนเต็ม 100) ร้อยละ 56.0 และรองลงมาคือ มีคะแนนอยู่ระดับ 50 ถึง  
ร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต  
และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ  
กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (ตารางที่ 2 3 และ 4) และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ดูแล (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	187	62.3
หญิง	113	37.7

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล  
 ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ( $\bar{x} = 59.59$ , $SD = 13.29$ )		
18 – 44 ปี (Young adulthood)	31	10.3
45 – 65 ปี (Middle adulthood)	171	57.0
> 65 ปี (Late adulthood)	98	32.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	29	9.6
ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้	18	6.0
สามารถอ่านได้	1	0.3
สามารถเขียนได้	3	1.0
สามารถอ่านหรือเขียนได้	7	2.3
ได้รับการศึกษา	271	90.4
ประถมศึกษา	195	65.0
มัธยมศึกษา	52	17.3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	13	4.3
ปริญญาตรี	11	3.8
ศาสนา		
พุทธ	291	97.0
คริสต์	7	2.3
อิสลาม	2	0.7
สถานภาพสมรส		
คู่	183	61.0
หม้าย/หย่า/แยก	83	27.7
โสด	34	11.3
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ และนักเรียน/นักศึกษา	144	48.0
ประกอบอาชีพ	156	52.0
รับจ้างทั่วไป	57	19.0
เกษตรกรกรรม	47	15.7

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน (ต่อ)		
ค้าขาย	24	8.0
ทำงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน	13	4.3
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	3	1.0
อื่น ๆ (ธุรกิจส่วนตัว นักบวช อาสาสมัครประจำ)	12	4.0
หมู่บ้าน)		
รายได้ของตนเอง (เฉลี่ยต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	36	12.0
มีรายได้	264	88.0
< 5,000 บาท	130	43.3
5,001 – 10,000 บาท	82	27.3
10,001 – 20,000 บาท	36	12.0
20,001 – 30,000 บาท	7	2.3
30,001 – 40,000 บาท	7	2.3
> 40,000 บาท	2	0.7
ความเพียงพอของรายได้อีกกับค่าใช้จ่าย		
พอใช้	111	37.0
ไม่พอใช้	189	63.0
แหล่งรายได้		
ประกอบอาชีพตนเอง	142	47.4
ประกอบอาชีพส่วนตัว	71	23.7
รับจ้าง	68	22.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	1.0
เบี้ยยังชีพ (ผู้ที่มีรายได้น้อย/คนชรา/ผู้พิการ)	83	27.7
บำเหน็จ/บำนาญ	5	1.7
อื่น ๆ (จากมารดา, คู่สมรส, พี่ น้อง, บุตร)	44	14.7

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	132	44.9
อยู่กับบุตรหลาน และ หรือญาติอื่น ๆ (บิดา มารดา พี่ น้อง)	99	32.1
อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	45	15.0
อยู่บ้านคนเดียว	21	7.0
อื่น ๆ (วัด)	3	1.0
อื่น ๆ (แฟน)	1	0.3
ขณะอยู่ที่บ้าน		
คู่สมรส	121	40.3
บุตร	114	38.0
ญาติ	64	21.4
อื่น ๆ (ไม่มีคนดูแล)	1	0.3

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวนมากถึงร้อยละ 62.3 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางคือ ช่วงอายุ 45-65 ปี ถึงร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาร้อยละ 90.4 และได้ศึกษาเล่าเรียนระดับประถมศึกษาร้อยละ 65.0 สำหรับข้อมูลการนับถือศาสนา พบว่าร้อยละ 97.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีการนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.0 มีการประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 52.3 โดยประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 19.0 และเกษตรกรร้อยละ 15.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คงมีรายได้ของตนเองร้อยละ 88.0 จำนวนรายได้ < 5,000 บาท ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาทถึงร้อยละ 27.3 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.0 มีรายได้ไม่พอใช้กับรายจ่ายของตน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพของตนเองร้อยละ 47.4 และรองลงมาคือร้อยละ 27.7 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ (ผู้มีรายได้น้อย/คนชรา/ผู้พิการ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานของตนเองร้อยละ 44.9 รองลงมาอยู่กับบุตรหลานและ/หรือญาติอื่น ๆ (ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง) ร้อยละ 32.1 ที่สำคัญมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1 ต้องไปอาศัยอยู่กับวัด สำหรับผู้ดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตเมื่อเจ็บป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 37.3 และรองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 36.4 และขณะอยู่ที่บ้านมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสส่วนใหญ่

ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ บุตรร้อยละ 38.0 แต่มีจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.3 ไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต  
(N = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 สัปดาห์	37	12.3
2 สัปดาห์	14	4.7
3 สัปดาห์	8	2.7
4 สัปดาห์ (1 เดือน)	24	8.0
3 เดือน	44	14.7
6 เดือน	43	14.3
9 เดือน	22	7.3
12 เดือน (1 ปี)	35	11.7
> 1 ปี	73	24.3
การวินิจฉัยโรค		
โรคมะเร็ง (CA colon, CA sigmoid, CA anorectal)	158	52.7
โรกระบบทางเดินอาหาร (Peptic ulcer perforate, Gut obstruction, Cirrhosis)	26	8.7
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ (Chronic Kidney Disease/End stage renal disease, Urinary Tract Infection, Benign Prostatic Hyperplasia)	24	8.0
โรกระบบทางเดินหายใจ (Pleural effusion, pneumothorax, Pneumonia)	22	7.3
โรกระบบประสาท (Hemorrhagic stroke, Minigitis/Minigoencephalitis, Intervascular hemorrhage)	17	5.7
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (Ischemic heart disease, Cardiomegaly, Congestive Heart Failure)	11	3.7
โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Infected bedsore, Diabetic Foot, Osteomyelitis)	11	3.7

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค (ต่อ)		
โรกระบบต่อมไร้ท่อ (diabetes mellitus, Lymphadenitis)	5	1.7
โรกระบบผิวหนัง (Cellulitis, ผิวหนังพุพองผื่นคัน)	4	1.3
อื่น ๆ (sepsis, Thalassemia, HIV)	22	7.3
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	130	43.3
มีโรคร่วม	170	56.7
มีโรคร่วม 1 โรค (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	71	23.7
มีโรคร่วม 2 โรค (เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง และไขมันในหลอดเลือดสูง)	49	16.3
มีโรคร่วม 3 โรค (เช่น เบาหวาน ความดัน และอื่นๆ)	32	10.7
มีโรคร่วมเท่ากับ หรือมากกว่า 3 โรค (เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง และอื่น ๆ)	18	6.0
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
รับประทานยา เช่น ยารักษาโรคประจำตัว ยาแก้ปวด ยาบรรเทาปวด เป็นต้น	40	13.3
ได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	38	12.6
รังสีรักษา	36	12.0
เคมีบำบัด	29	9.6
เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	29	9.6
ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาปวด เป็นต้น	29	9.6
การผ่าตัด เช่น ผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ผ่าตัดใส่สายอาหารทางหน้าท้อง ผ่าตัดล้างและทำความสะอาดแผล เป็นต้น	17	5.6

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ต่อ)		
รับออกซิเจน ได้แก่ BIPAP Mask with bag Canular	12	4.0
รักษาตามอาการ	12	4.0
รับการถ่ายเลือด	11	3.6
รับการทดแทนการบำบัดทางไต (ทางหน้าท้อง ทาง	10	3.3
หลอดเลือดดำ)		
การรักษาตามอาการ	8	2.6
หัตถการพิเศษ (ได้แก่ ICD Tapping)	6	2.0
พ่นยาขยายหลอดลม	5	1.6
ทำแผล	5	1.6
ทำกายภาพบำบัด	2	0.6
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท ผู้สูงอายุ)	234	78.0
สิทธิประกันสังคม	37	12.4
เบิกค่ารักษาได้ (กรมบัญชีกลาง อปท. ทหารผ่านศึก)	25	8.4
จ่ายเอง	1	0.3
อื่น ๆ (พรบ. อสม.)	3	0.9
ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วัน)		
1 วัน	53	17.7
2 วัน	45	15.0
3 วัน	29	9.7
4 วัน	24	8.0
5 วัน	22	7.3
6 วัน	17	5.7
7 วัน (1 สัปดาห์)	16	5.3
2 สัปดาห์	59	19.7
3 สัปดาห์	19	6.3
1 เดือน	8	2.7
> 1 เดือน	8	2.7

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วย >1ปี ถึงร้อยละ 24.3 รองลงมาคือ 3 เดือนร้อยละ 14.7 โดยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 52.7 และมีโรคร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 โดยส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มากถึงร้อยละ 23.7 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ การรับประทานยา (ได้แก่ ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาลดไขมันในเลือด ยาบรรเทาปวด เป็นต้น) ร้อยละ 13.3 รองลงมาคือ การได้รับสารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำ รังสีรักษา เคมีบำบัด และทั้งรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 12.6 12.0 9.6 และ 9.6 ตามลำดับ สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท) ผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 78.0 ส่วนระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเวลา 2 สัปดาห์ร้อยละ 19.7 รองลงมาคือ 1 วัน หรือ 2 วัน ร้อยละ 17.7 หรือ 15.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละ ของข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสุขสบาย (N = 300)

กิจวัตรประจำวัน	ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสุขสบาย					
	สามารถทำได้ด้วยตนเอง		ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน		ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขอนามัย เช่น						
การอาบน้ำ การทำความสะอาด	70	23.3	129	43.0	101	33.7
สะอาดร่างกาย เป็นต้น						
การรับประทานอาหาร	95	31.7	126	42.0	79	26.3
การขับถ่าย	93	31.0	108	36.0	99	33.0
การพักผ่อนนอนหลับ	124	41.3	115	38.3	61	20.3
การเคลื่อนไหวร่างกาย	61	20.3	150	50.0	89	29.7
การเดิน	56	18.7	113	37.7	131	43.7
<b>ความสามารถโดยรวม</b>	<b>29</b>	<b>9.7</b>	<b>226</b>	<b>75.3</b>	<b>45</b>	<b>15.0</b>

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสุขสบายทางด้านกิจวัตรประจำวันพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้บางส่วนนั้น คือ ยังต้องการความช่วยเหลือบางส่วนร้อยละ 75.3



ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	235	78.3
ชาย	65	21.7
<b>อายุ (x = 44.94, SD = 13.88)</b>		
15 - 20 ปี (Adolescence)	11	2.6
21 - 44 ปี (Young adulthood)	129	43.0
45 - 65 ปี (Middle adulthood)	140	46.7
> 65 ปี (Late adulthood)	20	6.7
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา		
ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้	9	3.0
สามารถอ่านได้	2	0.7
สามารถเขียนได้	1	0.3
สามารถอ่านหรือเขียนได้	5	1.6
ได้รับการศึกษา		
ประถมศึกษา	107	35.7
มัธยมศึกษา	104	34.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	26	8.7
ปริญญาตรี	39	13.0
สูงกว่าปริญญาตรี	7	2.3
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	291	97.0
คริสต์	6	2.0
อิสลาม	3	1.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	197	65.7
โสด	70	23.3
หม้าย/หย่า/แยก	33	11.0
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	43	14.3
ประกอบอาชีพ	257	85.7
ค้าขาย	158	52.7
รับจ้างทั่วไป	39	13.0
ทำงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน	23	7.7
เกษตรกรกรรม	22	7.3
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	6	2.0
อื่น ๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	9	3.0
รายได้ของตนเอง (เฉลี่ยต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	22	7.3
มีรายได้	278	92.6
< 5,000 บาท	78	26.0
5,001 – 10,000 บาท	93	31.0
10,001 – 20,000 บาท	78	26.0
20,001 – 30,000 บาท	12	4.0
30,001 – 40,000 บาท	9	3.0
> 40,000 บาท	8	2.6
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย		
พอใช้	152	50.7
ไม่พอใช้	148	49.3

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักเรียน/นักศึกษา)	27	9.0
มีรายได้	273	91.0
ประกอบอาชีพตนเอง (ทำสวน ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)	195	65.0
เบี้ยยังชีพ	53	17.7
บำเหน็จ/บำนาญ	22	7.3
อื่น ๆ (มีบ้านเช่า)	3	1.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	97	32.4
บุตร/หลาน	96	32.0
บิดา/มารดา	48	16.0
ญาติ	28	9.3
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	6	2.0
อื่น ๆ (รับจ้างดูแล แพน ลูกสะใภ้ พี่ น้อง น้องสะใภ้)	25	8.3
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	214	71.3
มีโรคประจำตัว	86	29.7
ระบบไหลเวียนโลหิต (ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันใน หลอดเลือด หัวใจ ลิ้นหัวใจรั่ว)	63	21.0
ระบบต่อมไร้ท่อ (ได้แก่ เบาหวาน ไทรอยด์)	22	7.3
ระบบย่อยอาหาร (ได้แก่ กรดไหลย้อนกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหาร)	7	2.3
ระบบหายใจ (ได้แก่ หอบหืด)	7	2.3
ระบบภูมิคุ้มกัน (ได้แก่ ภูมิแพ้อากาศ)	6	2.0
ระบบประสาท (ได้แก่ เนื้องอกที่สมอง ไมเกรน ต้อหิน)	6	2.0
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ได้แก่ เกาต์ข้อเข่าเสื่อม)	4	1.3

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการดูแล		
1 สัปดาห์	42	14.0
2 สัปดาห์	24	8.0
3 สัปดาห์	7	2.3
4 สัปดาห์ (1 เดือน)	41	13.7
3 เดือน	42	14.0
6 เดือน	17	5.7
9 เดือน	41	13.7
12 เดือน (1 ปี)	37	12.3
2 ปี	32	10.7
> 2 ปี	17	5.6
กิจกรรมการดูแล (มากกว่า 1 กิจกรรม)		
ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน*	188	62.6
ช่วยซื้อ/จัดหา/จัดเตรียมอาหาร (อาหารปั่น อาหารเฉพาะ	57	19.0
โรคหลักเสี่ยงอาหารรสมันและ/หรือหวาน)		
พาไปโรงพยาบาล (พบแพทย์ เติมน้ำเกลือ เบิกยา)	46	15.3
ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย (พยุงเข้าห้องน้ำ ช่วยพยุง	30	10.0
ลูกเดิน/นั่ง พลิกตะแคงตัว พานั่งรถเข็น)		
ทำความสะอาดแผล เปลี่ยนถุงทวารเทียม ดูดเสมหะ	17	5.6
ทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ บันทึกสารน้ำเข้า-ออก		
ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย (พาออกกำลังกาย ทำ	15	5.0
กายภาพบำบัด บิบนวด)		
ส่งเสริม/สร้างกำลังใจ (การพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน)	9	3.0
ดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย (บ้าน ที่นอน)	9	3.0
ให้คำปรึกษาหารือเกี่ยวกับ (วางแผนการรักษา และการ	3	1.0
ดำเนินชีวิต)		
พาไปเที่ยวสถานที่ต่าง ๆ	3	1.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
ขณะอยู่โรงพยาบาล	78	26.0
ขณะอยู่บ้าน	18	6.0
ทั้งสองที่	204	68.0

หมายเหตุ \*ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (แปรงฟัน อาบน้ำ สระผม เช็ดตัว ทาวาสลิน เปลี่ยนเสื้อผ้า  
ดูแลการนอนหลับพักผ่อน ดูแลเรื่องขับถ่าย เปลี่ยนแพมเพิร์สหลังขับถ่ายเทปัสสาวะ ป้อนอาหาร  
ป้อนยา ทายา ซักรองเท้า และ/หรือ ช่วยหยิบจับสิ่งของ)

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ  
78.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 46.7 และรองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น  
ร้อยละ 43.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.9 ปี (SD = 13.88) ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาร้อยละ 94.3 ส่วนใหญ่  
อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.7 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.0  
มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.7 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 85.7 มากที่สุดคือ อาชีพค้าขาย ร้อยละ  
52.7 มีรายได้เป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 92.6 อยู่ในระดับ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 31.0  
ความเพียงพอของรายได้และรายจ่ายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.7 และไม่พอใช้ ร้อยละ 49.3  
แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพของตนเอง (ทำสวน ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว) ร้อยละ  
65.0 กลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ร้อยละ  
32.4 เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 32.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.3 มีโรคประจำตัวเพียง ร้อยละ 29.7  
ส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด สมาชิก  
ครอบครัวผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์  
หรือ 3 เดือนจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 14.0 ส่วนกิจกรรมที่ให้การดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ การช่วยเหลือ  
กิจวัตรประจำวัน พบมากถึงร้อยละ 62.6

ส่วนที่ 3. ข้อมูลความทุกข์สบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และข้อมูลความทุกข์สบายของ  
สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ความสุขสบาย	โรงพยาบาล												ความสุขสบายโดยรวม ทั้ง 3 โรงพยาบาล			
	มะเร็งชลบุรี				ระยอง				เจ้าพระยาอภัยภูเบศร							
	Min	Max	$\bar{x}$	SD	Min	Max	$\bar{x}$	SD	Min	Max	$\bar{x}$	SD	Min	Max	$\bar{x}$	SD
ผู้ป่วย	2.90	5.31	4.04	0.47	2.82	5.57	4.43	0.65	2.51	4.96	3.84	0.44	2.51	5.57	4.11	0.58
สมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล	2.43	5.49	3.98	0.44	1.86	5.37	3.92	0.47	2.24	5.12	3.87	0.49	1.86	5.49	3.92	0.47

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลทั้ง 3 โรงพยาบาล มีความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 4.11$ ,  $SD = 0.58$ ; และ  $\bar{x} = 3.92$ ,  $SD = 0.47$  ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4. ข้อมูลความไม่สุขสบายทั้ง 4 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสัมพันธ์ของระดับความไม่สุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต  
 ความไม่สุขสบาย 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ		ด้านสังคม-วัฒนธรรม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	N	$\bar{x}$ (SD)	N	$\bar{x}$ (SD)	N	$\bar{x}$ (SD)	N	$\bar{x}$ (SD)
1. บวด	248	6.03 (SD = 2.54) Min = 1 Max = 10	93	6.01 (SD = 2.81) Min = 2 Max = 10	20	7.0 (SD = 2.79) Min = 3 Max = 10	36	5.50 (SD = 2.92) Min = 1 Max = 10
2. เหนื่อย หายใจลำบาก	73	6.97 (SD = 2.32) Min = 2 Max = 9	38	7.26 (SD = 2.33) Min = 5 Max = 10	16	6.13 (SD = 2.68) Min = 2 Max = 10	14	5.57 (SD = 1.79) Min = 5 Max = 9
3. อ่อนเพลีย	70	5.28 (SD = 2.62) Min = 4 Max = 10	19	8.74 (SD = 2.54) Min = 1 Max = 10	13	5.38 (SD = 2.93) Min = 1 Max = 10	13	5.46 (SD = 2.70) Min = 3 Max = 10
4. นอนไม่หลับ	56	5.23 (SD = 2.57) Min = 1 Max = 10	9	6.75 (SD = 2.87) Min = 3 Max = 10	11	6.91 (SD = 2.26) Min = 3 Max = 10	12	7.33 (SD = 2.64) Min = 3 Max = 10
5. รับประทาน อาหารไม่ได้	48	6.48 (SD = 2.54) Min = 2 Max = 10	7	7.57 (SD = 2.07) Min = 5 Max = 8	6	6.33 (SD = 4.23) Min = 1 Max = 10	6	2.83 (SD = 1.33) Min = 2 Max = 4



จากตารางที่ 7 แสดงความไม่สุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่พบมากและมีระดับความรุนแรงมากใน 5 ลำดับแรกภายใต้ 4 บริบท ดังนี้:

ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวด ( $\bar{x}$  6.03, SD = 2.54) เหนื่อยหายใจลำบาก ( $\bar{x}$  6.97, SD = 2.32) อ่อนเพลีย ( $\bar{x}$  5.28, SD = 2.62) นอนไม่หลับ ( $\bar{x}$  5.23, SD = 2.57) และรับประทานอาหารไม่ได้ ( $\bar{x}$  6.48, SD = 2.54)

ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้แก่ วิตกกังวล ( $\bar{x}$  6.01, SD = 2.81) กลัว ( $\bar{x}$  7.26, SD = 2.33) เครียด ( $\bar{x}$  8.74, SD = 2.54) เบื่อหน่าย ท้อแท้ ( $\bar{x}$  6.75, SD = 2.87) และอยากกลับบ้าน ( $\bar{x}$  7.57, SD = 2.07)

ด้านสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ มีความหวังใบบุคคลในครอบครัว ( $\bar{x}$  7.0, SD = 2.79) ขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ ( $\bar{x}$  6.13, SD = 2.68) ขาดกิจกรรมทางสังคม ( $\bar{x}$  5.38, SD = 2.93) เป็นภาระของบุคคลในครอบครัว ( $\bar{x}$  6.91, SD = 2.26) และไม่มีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม ( $\bar{x}$  6.33, SD = 4.23)

ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงดังภายในหอ/ห้องผู้ป่วย ( $\bar{x}$  5.50, SD = 2.92) หอผู้ป่วยไม่สะอาด ( $\bar{x}$  5.57, SD = 1.79) สภาพอากาศร้อน หรือหนาว ( $\bar{x}$  5.46, SD = 2.70) เตี้ยนอน หมอนแข็งไม่สบาย และเก้าอี้เก่า ( $\bar{x}$  7.33, SD = 2.64) และขาดความเป็นส่วนตัว ( $\bar{x}$  2.83, SD = 1.33)

สรุปผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอในส่วนของคุณค่าความสุขสบายและความไม่สุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละความไม่สุขสบายทั้ง 4 บริบท ของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N= 300)

ความไม่สุขสบาย	การจัดการความไม่สุขสบายของผู้ป่วยได้รับ			ผลลัพธ์การจัดการจัดการความไม่สุขสบาย			ความพึงพอใจในการจัดการความไม่สุขสบาย			จิตใจของความไม่สุขสบายภายหลังการจัดการ		
	วิธีการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ	วิธีการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ	วิธีการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ	จิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความไม่สุขสบาย	รับประทานยาปวด	45	18.99	ผลดีเยี่ยม/ดีมาก/พออยู่พอดี	196	82.70	พึงพอใจ	90	37.97	Relief	113	47.68
	รับประทานยาอนาโลยี	16	6.75	ดี/พออยู่พอดี	19	8.02	พึงพอใจปานกลาง	57	24.05	Ease	97	40.93
	นอนพัก	13	5.09	ไม่แสดงความคิดเห็น	10	4.22	ไม่พอใจ	39	16.46	Transcendence	7	2.95
	นวด	11	4.64	หายเอง	6	2.53	พึงพอใจมาก	25	10.55	ไม่แสดงความคิดเห็น	20	8.44
	อดทน	8	3.38	หายไป	5	2.11	พึงพอใจเล็กน้อย	15	6.35			
	ได้รับยาแก้ปวด	32	32	ปานกลาง	22	18.33	พึงพอใจ	67	53.17	Relief	95	68.35
	ได้รับการพักผ่อน	13	13	หายปวด	19	15.83	ดีเยี่ยม/ดีมาก/พออยู่พอดี	19	15.08	ease	28	20.14
	พบแพทย์	12	12	หายไปในทันที	13	10.83	พึงพอใจมาก	17	13.49	Transcendence	4	2.88
	ได้รับออกซิเจน, ใส่เครื่องช่วยหายใจ	10	10	ดีขึ้น	11	9.17	พึงพอใจเล็กน้อย	10	7.94	ไม่แสดงความคิดเห็น	12	8.63
	แจ้งพยาบาล	7	7	หายเหนื่อย	7	5.83	ดีใจ/หายปวด, ได้กลับบ้าน	7	5.56			
รพ. สังกัดพระภิกษุสงฆ์	ได้รับยาแก้ปวด/เข็ม/เครื่องช่วยหายใจ	13	23.21	เห็นผลลง	13	23.21	พึงพอใจปานกลาง	25	44.64	Relief	49	87.5
	ได้รับออกซิเจน	13	23.21	ปานกลาง	12	21.43	พึงพอใจเล็กน้อย	12	21.43	Transcendence	6	10.71
	นอนพัก	7	12.5	ดีขึ้น	8	14.29	พึงพอใจน้อย	11	19.64	ไม่แสดงความคิดเห็น	1	1.78
	พยายามปรับตัว ยอมรับ	5	8.93	ปานกลาง	5	8.93	พึงพอใจมาก	3	5.36			
	ใส่チューบทางทรวงอก (NG tube/ICD)	3	5.36	ปานกลาง	2	3.57	ไม่พอใจ	2	3.57			
	พูดคุยระบายกับญาติคนในครอบครัว	19	19.00	ลดลง/ดีขึ้น	56	56.00	พึงพอใจมาก	15	15.00	Relief	33	33.00
	พูดคุยระบายกับแพทย์พยาบาล	18	18.00	ยังคงอาการอยู่	19	19.00	พึงพอใจปานกลาง	13	13.00	Ease	26	26.00
	ทำใจยอมรับ	10	10.00	ดีขึ้นบางครั้ง	1	1.00	พึงพอใจเล็กน้อย	4	4.00	Transcendence	14	14.00
	ทำตามแผนการรักษา	10	10.00	หายไป	2	2.00	พึงพอใจ	22	22.00	ไม่แสดงความคิดเห็น	27	27.00
	ปล่อยวาง ปล่อย	6	6.00	ไม่แสดงความคิดเห็น	22	22	ไม่พอใจ	21	21.00			
รพ. มะเร็ง จงหุรี	อดทนจนอาการรักษา	11	11.22	ดีขึ้น	12	10.00	พึงพอใจ	32	39.51	Relief	35	40.70
	พยายามพูดคุยกับญาติ/สิ่ง ระบายความทุกข์	11	11.22	สบาย	9	7.50	ดีขึ้น	5	6.17	ease	10	11.63
	สอนญาติพยาบาล ที่ใช้ยา/การรักษา	5	5.10	หายปวด	7	5.83	พึงพอใจมาก	4	4.94	Transcendence	9	10.47
	พูดคุยกับบุคคลในครอบครัว	4	4.08	ยอมรับใจได้ดี	7	5.83	พึงพอใจเล็กน้อย	3	3.70	ไม่แสดงความคิดเห็น	32	37.21
	ฟังเสียงผู้อื่น	3	3.06	กังวลลดลง	6	5.00	ความกังวลลดลง	2	2.47			
	พูดคุยกับญาติ	5	11.63	สบายขึ้น	4	9.3	พึงพอใจเล็กน้อย	5	11.63	Relief	12	27.91
	สอนญาติพยาบาล	3	6.97	ดีขึ้น	3	6.97	พึงพอใจปานกลาง	5	11.63	Transcendence	6	13.95
	ศัลยกรรม	2	4.65	รับฟังเพิ่มเติม	3	6.97	พึงพอใจน้อยที่สุด	3	6.97	ไม่แสดงความคิดเห็น	25	58.14
	ทำตามคำสั่งแพทย์	2	4.65	ดีกว่าเดิม	2	4.65	พึงพอใจมาก	2	4.65			
	ทำใจ	1	2.33	เคยชินแล้ว	1	2.33	สบายใจขึ้น	1	2.33			
รพ. กิติยภักดี/จุฬาลงกรณ์	อดทนจนอาการรักษา	11	11.22	ดีขึ้น	12	10.00	พึงพอใจ	32	39.51	Relief	35	40.70
	พยายามพูดคุยกับญาติ/สิ่ง ระบายความทุกข์	11	11.22	สบาย	9	7.50	ดีขึ้น	5	6.17	ease	10	11.63
	สอนญาติพยาบาล ที่ใช้ยา/การรักษา	5	5.10	หายปวด	7	5.83	พึงพอใจมาก	4	4.94	Transcendence	9	10.47
	พูดคุยกับบุคคลในครอบครัว	4	4.08	ยอมรับใจได้ดี	7	5.83	พึงพอใจเล็กน้อย	3	3.70	ไม่แสดงความคิดเห็น	32	37.21
	ฟังเสียงผู้อื่น	3	3.06	กังวลลดลง	6	5.00	ความกังวลลดลง	2	2.47			
	พูดคุยกับญาติ	5	11.63	สบายขึ้น	4	9.3	พึงพอใจเล็กน้อย	5	11.63	Relief	12	27.91
	สอนญาติพยาบาล	3	6.97	ดีขึ้น	3	6.97	พึงพอใจปานกลาง	5	11.63	Transcendence	6	13.95
	ศัลยกรรม	2	4.65	รับฟังเพิ่มเติม	3	6.97	พึงพอใจน้อยที่สุด	3	6.97	ไม่แสดงความคิดเห็น	25	58.14
	ทำตามคำสั่งแพทย์	2	4.65	ดีกว่าเดิม	2	4.65	พึงพอใจมาก	2	4.65			
	ทำใจ	1	2.33	เคยชินแล้ว	1	2.33	สบายใจขึ้น	1	2.33			

ตารางที่ 8 (ต่อ) จำนวน ร้อยละความไม่สุขสบายทั้ง 4 บริบท ของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (N= 300)

ความไม่สุขสบาย	การจัดการความไม่สุขสบายที่ผู้ช่วยได้รับ			ผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย			ความพึงพอใจภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย			ชนิดของความไม่สุขสบายภายหลังการจัดการ		
	วิธีการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ภายหลังการจัดการ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความไม่สุขสบาย	ปรึกษากับครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเอง	4	3.64	ลดลง	32	29.09	พึงพอใจ	26	23.64	Relief	26	23.64
	พูดคุยระบายกับคนในครอบครัว	4	3.64	ยังคงอาการอยู่	15	13.64	ไม่พึงพอใจ	7	6.36	Ease	15	13.64
	พยายามช่วยเหลือตนเอง	4	3.64	ไม่แสดงความคิดเห็น	63	57.27	พึงพอใจมาก	6	5.45	Transcendence	4	3.64
	คอยเฝ้าถาม โทรหาบุตร คนในครอบครัว	3	2.73				พึงพอใจปานกลาง	3	2.73	ไม่แสดงความคิดเห็น	65	59.09
	ทำสมาธิ พึงธรรม สวดมนต์	3	2.73				พึงพอใจเล็กน้อย	3	2.73			
	พูดคุยกับภรรยา	4	4.08	สบายใจ	9	7.50	พึงพอใจ	14	16.67	Relief	19	24.36
	โทรคุยกับญาติพี่น้อง ทางบ้าน	3	3.06	ไม่รัก	3	2.50	พึงพอใจมาก	11	13.10	Ease	4	5.13
	ระบายความโกรธ	2	2.04	ยอมแพ้	1	0.83	สูง	4	4.76	Transcendence	1	1.28
	ใช้สิทธิการรักษา ประกันสังคม, 30 บาท	2	2.04	ดีขึ้น	1	0.83	พึงพอใจเล็กน้อย	1	1.19	ไม่แสดงความคิดเห็น	54	69.23
	เปิดประตูระบาย	1	1.02	ยังรักอยู่	1	0.83	ไม่แสดงความคิดเห็น	54	64.29			
รพ.ธรรมศาสตร์	พูดคุยกับญาติ	4	8.00	สบายใจ	2	4.00	พึงพอใจเล็กน้อย	2	4.00	Relief	5	10.00
	เก็บเงินไปซื้อสินค้า(สมุนไพร)	1	2.00	เข้าใจโรครุนแรงขึ้น	1	2.00	ไม่พึงพอใจ	2	4.00	Transcendence	2	4.00
	พูดคุยกับพยาบาล/นurses, ศรังกา	2	4.00	รู้สึกทำตัว	1	2.00	พึงพอใจน้อย	1	2.00	ไม่แสดงความคิดเห็น	43	86.00
	ไม่แสดงความคิดเห็น	43	86.00	เข้าใจสัปดาห์มากขึ้น	1	2.00	พึงพอใจมาก	1	2.00			
				ไม่ได้รับการช่วยเหลือ	1	2.00	กลัวเจ้าสัว	1	2.00			
	ทำใจยอมรับ	11	10.38	ลดลง	35	31.13	พึงพอใจ	12	11.32	Relief	15	14.15
	เปิดพัดลม	4	3.77	ยังคงอยู่	4	3.77	พึงพอใจปานกลาง	9	8.42	Transcendence	10	9.43
	ใช้ผ้า ท่อน รองนอน	3	2.83	ไม่แสดงความคิดเห็น	69	65.09	พึงพอใจเล็กน้อย	8	7.55	Ease	9	8.49
	พยายามไม่สนใจ	3	2.83				พึงพอใจมาก	4	3.77	ไม่แสดงความคิดเห็น	72	67.92
	อ่านเตี๋ยนอน	3	2.83				ไม่พึงพอใจ	3	2.83			
รพ.ธรรมศาสตร์	ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่	3	3.06	นอนหลับได้	4	3.33	พึงพอใจ	13	17.11	Relief	14	18.18
	เปิดพัดลม	3	3.06	ดีขึ้น	3	2.50	พึงพอใจมาก	4	5.26	Ease	7	9.09
	พักตะแคงตัว	2	2.04	สบายใจขึ้น	2	1.67	ไม่พึงพอใจ	2	2.63	Transcendence	2	2.60
	จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว	2	2.04	ไม่เกิดผลเต็มที่	2	1.67	ไม่แสดงความคิดเห็น	57	75.00	ไม่แสดงความคิดเห็น	54	70.13
	เจ็ดตัว	2	2.04	ชอบรับบริจาคเงิน	1	0.83						
	ดูยูทูบ/ฟังเพลง	6	12.5	ไม่ผิด	5	10.42	พึงพอใจน้อยที่สุด	11	22.92	Relief	10	20.83
	ทำใจยอมรับ	4	8.33	พูดหรือแสดง	2	4.17	พึงพอใจน้อยที่สุด	4	8.33	Transcendence	7	14.58
	อดทน	3	6.25	นอนหลับได้บ้าง	2	4.17	ไม่พึงพอใจ	2	4.17	ไม่แสดงความคิดเห็น	31	64.58
	พยายามนอนหลับ	2	4.17	ไม่มาก	1	2.08	ไม่แสดงความคิดเห็น	31	64.58			
	เปิดพัดลม	2	4.17	เสียงดังลง	1	2.08						

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับ-ประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ในระยะที่ 1 โดยออกแบบการวิจัยด้วยวิธี Between-method triangulation (Speziale & Carpenter, 2007) มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ (1) เพื่อศึกษาความสุขสบาย และความไม่สุขสบายใน 4 บริบท (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และ (2) เพื่อศึกษาความสามารถของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล แล้วจะนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 นี้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (การพยาบาล) (Clinical practice guideline [CPG] [Nursing]) ในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป

#### การอภิปรายผล

การอภิปรายผลนำเสนอตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ และความไม่สุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ดังนี้:

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสุขสบายและความไม่สุขสบายใน 4 บริบท (ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม) ของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความสุขสบายของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.11$ ,  $SD = 0.58$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 45-65 ปี และ  $> 65$  ปี ตามลำดับ หรือส่วนใหญ่ก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ คือ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.59 ปี ( $SD = 13.29$ ) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและอวัยวะภายใน ทำให้มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง (พบถึงร้อยละ 52.7) สอดคล้องกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต คือ มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ โดยมีคะแนน PPSv<sub>2</sub> ในระดับ  $\leq 60$  ตามลักษณะของวิถีการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตโดยเฉพาะโรคมะเร็งนั้น ย่อมมีอาการต่างๆ ที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากมาย จากความไม่แน่นอนของอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรืออาการที่คุกคามชีวิต โดยเฉพาะ 5 ลำดับแรกที่มีระดับความรุนแรงจากระดับปานกลางไปจนถึงระดับมาก ดังตารางที่ 7 - 8 ซึ่งพบว่า ด้านร่างกายมีความไม่สุขสบายเกี่ยวกับอาการปวด อาการเหนื่อย หายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย อาการนอนไม่หลับ และรับประทานอาหารไม่ได้ ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ มีความไม่สุขสบายเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความเบื่อหน่าย ท้อแท้

และความรู้สึกอยากกลับบ้าน ด้านสังคม-วัฒนธรรมนั้น มีความไม่สบายเกี่ยวกับความห่วงใยบุคคลในครอบครัว การขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ การขาดกิจกรรมทางสังคม การเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว และการที่ไม่มีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม และด้านสิ่งแวดล้อมคือมีความไม่สบายเกี่ยวกับเสียงดังภายในหอ/ห้องผู้ป่วย หอผู้ป่วยไม่สะอาด สภาพอากาศร้อน หรือหนาว เตียนนอนหมอนแข็งไม่สบาย เก้าอี้เก่า และขาดความเป็นส่วนตัว ผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanatwanit (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามหรือในระยะท้ายของชีวิต ต้องเผชิญกับความไม่สบายต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมเช่นกัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความไม่สบายอยู่ในระดับไม่สูง เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวคิดทางด้านศาสนาพุทธมาช่วยให้กำลังใจทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ จึงเกิดการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

#### วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ( $\bar{X} = 3.92$ ,  $SD = 0.47$ ) สะท้อนให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลประสบทั้งความสุขสบายและความไม่สบายร่วมกัน สำหรับความไม่สบายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลนั้นย่อมเกิดขึ้นได้ เมื่อมีการเจ็บป่วยสมาชิกภายในครอบครัวเกิดขึ้น เพราะระบบครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่ง (Unity) ที่มีบทบาทความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกครอบครัวทุกคน โดยเฉพาะเมื่อสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคมะเร็งซึ่งมีสัญลักษณ์ถึงความตายในอนาคต หรือเกิดความรู้สึกสูญเสียในอนาคต รวมถึงความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ย่อมนำมาซึ่งความไม่สบาย แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง และไม่มีโรคประจำตัวทำให้ยังมีกำลังและความแข็งแรงในการรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วย และลักษณะการดูแลที่ให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตไม่ได้มีความซับซ้อนมากนักเพราะผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ต้องการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และกลุ่มผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตนเองได้บ้างนั้นคือ ต้องการการช่วยเหลือเพียงบางส่วน (ร้อยละ 75.3) ไม่ได้สร้างภาระแก่ผู้ดูแลมากแม้จะอยู่ในระยะท้ายของชีวิตก็ตาม (ซึ่งคะแนน PPSv<sub>2</sub> อยู่ในระดับ 50-60 เป็นส่วนใหญ่) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงสามารถประกอบอาชีพด้วยตนเองและยังพอมีรายได้เพียงพอ กับรายจ่าย ซึ่งสามารถช่วยลดปัญหาความไม่สบายจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้

ดังนั้นถือได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้มีสมาชิกภายในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย ย่อมนำมาซึ่งความไม่สบายได้ แต่ด้วยอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตไม่

รุนแรงมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จึงทำให้ความไม่สุขสบายของผู้ดูแลนั้นมีเพียงในระดับปานกลาง

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. ความไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตยังต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายทั้ง 4 ด้าน (ตารางที่ 7-8) โดยมีอาการต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ ปวด (เช่น ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดขา ปวดท้อง ปวดแผล) เหนื่อย/หายใจลำบาก อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง นอนไม่หลับ และรับประทานอาหารไม่ได้ ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้แก่ วิตกกังวล (เช่น การรักษา/อาการ การเจ็บป่วย โรคมะเร็ง ค่าใช้จ่าย) กลัว (เช่น ไม่หาย ติดเชื้อ เคมีบำบัด กลัวตาย) เครียด (เรื่องเงิน) เป่อนาย/ท้อแท้ และรู้สึกอยากกลับบ้าน (คิดถึงบ้าน) ด้านสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เป็นห่วงบุคคลในครอบครัว (ห่วงลูกและภรรยา) ขาดรายได้/มีปัญหาเศรษฐกิจ (เช่น หน้าที่ลดลง ค่าใช้จ่ายไม่พอใช้) ขาดกิจกรรมทางสังคม (เช่น หน้าที่ทางสังคมลดลง ขาดการติดต่อกับเพื่อน พบปะเพื่อนลดลง กลัวการเข้าสังคม เนื่องจากมีภูมิต้านทานต่ำ) เป็นภาระของบุคคลในครอบครัว (ไม่อยากเป็นภาระแม่ ภรรยา) และไม่มีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม (เช่น รู้สึกถูกทิ้ง ญาติมาเยี่ยมช้า) และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงดัง (เช่น เสียงดังจากผู้ป่วยเตียงข้าง เสียงร้อง เสียงไอ ญาติคุยกัน เจ้าหน้าที่เดินเสียงดัง) หอมผู้ป่วยไม่สะอาด (เช่น พื้นหรือห้องมีกลิ่นอับ เหมือนกลิ่นอุจจาระ ใกล้เคียงน้ำ) สภาพอากาศร้อนหรือหนาว (รู้สึกอบอ้าว) เติงนอนแข็งไม่สบาย หมอนแข็ง เก้าอี้เก่า และขาดความเป็นส่วนตัว (ไม่ชินกับสถานที่ สถานที่แคบ) ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงมาก ( $\bar{X} = 5.2$ : [SD = 2.57] -  $\bar{X} = 8.74$  [SD = 2.54]) แสดงให้เห็นว่าการดูแลความสบายให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ยังไม่มีความเพียงพอแก่ความต้องการของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Tanatwanit (2011) เมื่อพิจารณารายละเอียดของผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ ผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย ความพึงพอใจภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย และชนิดของความสบายภายหลังการจัดการ (ตารางที่ 8) พบว่า การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งไปที่การรักษาด้านร่างกายมากที่สุด และการรักษาที่ได้รับคือ การให้ยารับประทานและยาฉีดเป็นส่วนใหญ่ ส่วนความไม่สุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ยังได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์/พยาบาลไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้รับการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ และผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่คือ ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเพียงแค่อลดลงมานั้นคือ การบรรเทาความไม่สุขสบาย (Relief) ทุกชนิดของความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น จึงสร้างความรู้สึกพึงพอใจให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ไม่มาก ดังนั้นการพยาบาล

ความสุขสบายให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจึงยังต้องได้รับการปรับปรุงพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะด้านความไม่สุขสบาย เกี่ยวกับความปวด ความวิตกกังวล ความหวั่นไหวบุคคลในครอบครัว และเสียงดังภายในหอ/ห้องผู้ป่วย

### ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายเพราะมีระดับความสุขสบายเพียงในระดับปานกลาง โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตได้ถูกพบว่า ยังต้องประสบกับความไม่สุขสบายทั้ง 4 ด้าน (บริบท) และผลการดูแลความสุขสบายบรรลุผลแค่การบรรเทาอาการ ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบายสงบ มีความสุข หรือมีพลังกาย-ใจในการทำสิ่งอื่นๆ ในชีวิต (Ease) ต่อไป ดังนั้นควรมีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลความสุขสบายดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการทางคลินิก

1. บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการดูแลความสุขสบายให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล หรือสมาชิกครอบครัวทุกคน
2. ส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากจะเห็นได้จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีความไม่สุขสบายทุกด้าน/บริบท ซึ่งต้องการความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ
3. ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลหรือการดูแลความสุขสบายเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการพัฒนามาตรฐาน หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการพยาบาลความสุขสบาย เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการความสุขสบายที่มีคุณภาพแก่ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตต่อไป

### ด้านการศึกษาอบรม

1. ควรจัดให้มีเนื้อหาการศึกษา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพที่มีความสุขสบายเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การศึกษาระดับปริญญาตรี โท และเอก และการอบรมเพิ่มเติมต่อเนื่องทั้งภายในองค์กร และภายนอก

### ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและมีนโยบายชัดเจนในการดูแลความสุขสบายให้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลความสุขสบายเป็นวัตถุประสงค์การดูแลหลักสำหรับการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ
2. ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม และสนับสนุนกำลังคนและทีมงานให้รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีศักยภาพทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลความสุขสบาย และทักษะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมั่นใจในการให้บริการการดูแล

### ด้านการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับความไม่สุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นนี้ต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้การดูแลความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากพบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต และควรติดตามศึกษาผลลัพธ์การดูแลความสุขสบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง



## เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.). (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 (Situation of the elderly 2014). สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2559 เข้าถึงได้จาก <http://thaitgri.org/?p=36746>
- ยุพิน ถนัดวิชัย วัลภา คุณทรงเกียรติและอังคณา จงเจริญ. (2559). การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. โครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559
- สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. (ม.ป.ป.). *ความเป็นมาของสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย*. ค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 จาก <http://www.thaps.or.th/>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2553). *คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring 2011*. ค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 จาก [http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/soqd/admin/news\\_files/312\\_18\\_1.pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/soqd/admin/news_files/312_18_1.pdf)
- รัชตะ รัชตะนาวิน. (2558). *นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองและระยะสุดท้าย*. ค้นเมื่อ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2559 จาก [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb\\_v2\\_2/Seminar/Palliative\\_Care\\_and\\_Hospice\\_Care/data](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/Seminar/Palliative_Care_and_Hospice_Care/data)
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative Performance Scale (PPS): A new tool. *Journal of Palliative Care*, 19, 5-11.
- Center to Advance Palliative Care. (n.d.). Palliative Care Definitions and Delivery Models. Retrieved July 4, 2016, from <https://www.capc.org/payers/palliative-care-definitions/>
- Chodinow, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizon palliative end-of-life care. *Cancer journal for clinicians*. Retrieved July 14, 2016, from <http://CAonline.AmCancerSoc.org>
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 151-8. doi:10.1186/s12904-016-0145-0

- Department of Pain Medicine & Palliative Care. (2005). *End-of-life care: Care of the dying*. Retrieved July 9, 2016 from [http://www.stoppain.org/palliative\\_care/content/endlife/dying](http://www.stoppain.org/palliative_care/content/endlife/dying)
- Dyer, K. A. (2006, November 5). *What are end of life and end-of-life care?* Retrieved July 9, 2016 from <http://dying.about.com/od/hospicecare/f/endoflife.htm>
- Egan, K. A., & Labyak, M. J. (2006). Hospice palliative care: A model for quality end-of-life care. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.). *Textbook of palliative care*. (pp. 13-46). New York: Oxford University Press.
- Ho, F., Lau, F., Downing, M. G., & Lesperance, M. (2008, August 4). A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BioMed Central Palliative Care*, 7(10), 1-10.
- Hosseini, B., Nedjat, S., Zendejdel, K., Majdzadeh, R., & Montazeri, A. (2013). Response Shift in Measuring Health-related Quality of Life: Concepts, Definitions, and Challenges. *Basic & Clinical Cancer Research*, 5(4), 2-9.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., & ... Bruera, E. (2014). Concepts and Definitions for "Actively Dying," "End of Life," "Terminally Ill," "Terminal Care," and "Transition of Care": A Systematic Review. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 47(1), 77-89.
- Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*, 19(5), 608-618.
- Jaeschke, R., Jankowski, M., Brozek, J., & Antonelli, M. (2009). How to develop guidelines for clinical practice. *Minerva Anesthesiol.* 75(9) 504-508
- Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. *COPD: Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263-271.  
doi:10.1080/15412550701480356
- Kelley, A. S., & Meier, D. E. (2015). The Current and Potential Role of Palliative Care for the Medicare Population. *Generations*, 39(2), 112-118.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: As a unifying framework to

- enhance the practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544.
- Kolcaba, K. (2013). Chapter 12 Comfort. In Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle range theories: application to nursing research*. 3rd ed. (pp. 193-209). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lau, F., Downing, G. M., Lesperance, M., Show, J., & Kuziemy, C. (2006). Use of the palliative performance scale in end-of-life prognostication. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1066-1075.
- Lea, W. (2013). More care, less pathway: a review of the Liverpool Care pathway. Retrieved July 1, 2016 from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212450/Liverpool\\_Care\\_Pathway.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf)
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 152-161.
- Meier, D. E. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 343-380.
- Nation Council for Palliative Care. (n.d.). Holistic care. Retrieved July 25, 2016, from <http://www.ncpc.org.uk/news/joint-statement-assisted-dying-no-2-bill>
- National Council on Aging (n.d.) *Chronic Disease Management* Retrieved July 17, 2016, from <https://www.ncoa.org/healthy-aging/chronic-disease/>
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2016). Palliative Care: An Explanation of Palliative Care. Retrieved June 18, 2016, from <http://www.nhpco.org/palliative-care-4>
- Nilmanat, K., & Phungrassami, T. (2006, July 8-12). Status of end of life care in Thailand. Presented at the UICC World Cancer Congress 2006, Washington DC. USA. Retrieved July 9, 2016 from <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P10163.htm>.
- Paiva, B., Carvalho, A., Kolcaba, K., & Paiva, C. (2015). Validation of the Holistic Comfort Questionnaire- caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients. *Supportive Care In Cancer*, 23(2), 343-351. doi:10.1007/s00520-014-2370-5

- Ruijs, C. D., Kerkhof, A. J., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Symptoms, unbearability and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. *BMC Family Practice*, 14, 201. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-14-201>
- St. Christopher's Hospice (n.d.) *History and Dame Cicely Saunders*. Retrieved January 17, 2016, from <http://www.stchristophers.org.uk>.
- Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as experienced by thai older patients with advanced cancer*. Dissertation Abstracts International 72-04B. (UMI No. 3439981)
- van Soest-Poortvliet, M. C., van der Steen, J. T., de Vet, H. C., Hertogh, C. M., Deliens, L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2015). Comfort goal of care and end-of-life outcomes in dementia: A prospective study. *Palliative Medicine*, 29(6), 538-546. doi:10.1177/0269216315570409
- World Health Organization (2011). Global health on aging. Retrieved July 14, 2016, from [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
- World Health Organization. (2016). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved July 9, 2016, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1  
เอกสารจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB)



ที่ ๗๑/๒๕๖๑

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย Sci 027/2561

โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ  
สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า  
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี  
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วม  
โครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |   |  |
|---|--|
| ๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย  | ฉบับที่ ๒ วันที่ ๑๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑     |
| ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๓ วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑    |
| ๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๘ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ |
| ๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริง<br>จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๓ วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑    |

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม  
พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงนาม

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตวิธ แจ้งเยี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา



**ใบรับรองโครงการวิจัย**  
**คณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน**  
**โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะ สุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
(ภาษาอังกฤษ)	Comfort model in Palliative Care for End-of-life patients
ชื่อหัวหน้าโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนอมวิชัย
รหัสโครงการ	8/2561
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ทำการศึกษาวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
วันที่รับรองโครงการ	22 มิถุนายน 2561
วันที่หมดอายุ	22 มิถุนายน 2562

คณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน ได้พิจารณาและมีมติรับรองโครงการวิจัย  
 ดังที่ระบุข้างต้น สามารถดำเนินการวิจัยได้

ลงนาม ..... *ใบสินันท์* .....

(นางสาวชนินันท์ เกตุแก้ว)

รองประธานคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน

ลงนาม ..... *จิตราพร ธนบดี* .....

(นางจิตราพร ธนบดี)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทนในฐานะ  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี



AF 05-09

RYH REC No.E022/2561



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง  
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 138 ถ.สุขุมวิท ต.ท่าประดู่ อ.เมือง จ.ระยอง โทร. 0-3861-1104 ต่อ 2240

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการดูแลความสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

เลขที่โครงการวิจัย : RYH REC No.E022/2561

ผู้วิจัยหลัก : ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : แบบเร็ว (Expedited review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : สรุปรูปโครงการวิจัย  
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ลงนาม

( นายสมบุญ มะลิขาว )

ประธาน

ลงนาม

(นางสิชล เจียมอนุกุลกิจ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 26 มิถุนายน 2561

วันหมดอายุ : 30 มิถุนายน 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวกที่ 2  
เอกสารอบรมผู้ช่วยนักวิจัย

## โปรแกรมการอบรมผู้ช่วยวิจัย สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ระยะเวลา 1 วัน ผู้เข้าร่วมประชุม พยาบาลผู้ช่วยนักวิจัย

- 9.00-10.00 น. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (End-of-care) และ  
การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Palliative care)  
ความหมาย การพัฒนา และการดูแลแบบ (Palliative care)  
แนวคิดการดูแลความสบาย (Comfort care)
- 10.00-10.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.15-12.00 น. การประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยเครื่องมือ Palliative  
Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>)
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-14.00 น. อธิบายและชี้แจงโครงการวิจัย  
วัตถุประสงค์การวิจัย  
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย  
ขั้นตอนและวิธีดำเนินการเก็บข้อมูล
- 14.00-14.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.15-16.00 น. อธิบายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
1. Palliative Performance Scale Version 2 (PPSV<sub>2</sub>)
  2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
  3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
  4. แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
  5. แบบสอบถามความสบายสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
  6. แบบสัมภาษณ์ความไม่สบายของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต
- 16.00-17.00 น. ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือวิจัยและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม

-สำเนา-

**ด่วนที่สุด**

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๖๒๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมฯ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการอบรมฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนันทวนิชย์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” โดยหัวหน้าโครงการวิจัยได้กำหนดจัดโปรแกรมการอบรม ผู้ช่วยวิจัยดังกล่าว ในวันเสาร์ที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมตอกปิบ ชั้น ๓ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบ พระชนมพรรษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในการนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมฯ จำนวน ๒ ท่าน ดังนี้

๑. นางสาวพรรณ ชูประเสริฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (PCN)

๒. นางพัชรินทร์ ช่างชุบ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (PCN)

ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผู้มีรายนามข้างต้นเข้าร่วมอบรมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๘๗๖

สำเนาเรียน (๑) นางสาวพรรณ ชูประเสริฐ และ (๒) นางพัชรินทร์ ช่างชุบ

นาง..... ๐.๗๖๖  
พียง..... ๑๖  
นาง.....

-สำเนา-

**ด่วนที่สุด**

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๖๒๘

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๔ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมฯ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการอบรมฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนอมวิทย์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” โดยหัวหน้าโครงการวิจัยได้กำหนดจัดโปรแกรมการอบรม ผู้ช่วยวิจัยดังกล่าว ในวันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมดอกป๊อป ชั้น ๓ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบ พระชนมพรรษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในกรณี คณะฯ จึงขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมฯ จำนวน ๒ ท่าน ดังนี้

๑. นายโชตินรินทร์ ไชยรินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒. นางสาวสนธิกานต์ ราชโหลี่ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผู้มีรายนามข้างต้นเข้าร่วมอบรมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๔ ๓๔๗๖

สำเนาเรียน (๑) นายโชตินรินทร์ ไชยรินทร์ และ (๒) นางสาวสนธิกานต์ ราชโหลี่

๐. นุจรี  
นาง.....  
วันที่.....  
งาน.....

-สำเนา-

## ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๖๒๗๗

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมฯ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการอบรมฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนันทวัฒน์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” โดยหัวหน้าโครงการวิจัยได้กำหนดจัดโปรแกรมการอบรม ผู้ช่วยวิจัยดังกล่าว ในวันเสาร์ที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมดอกปีบ ชั้น ๓ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๖ รอบ พระชนมพรรษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในการนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมฯ จำนวน ๓ ท่าน ดังนี้

๑. นางสาวรณมา บุญเอี่ยม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (PCN)
๒. นางสาวสุวิมล อะโซ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๓. นางสุกัญญา ขจรรัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผู้มีรายนามข้างต้นเข้าร่วมอบรมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

สำเนาเวียน (๑)นางสุวรรณมา บุญเอี่ยม (๒) นางสาวสุวิมล อะโซ และ (๓) นางสุกัญญา ขจรรัตน์

นาง..... ๐.๗๗๖  
วันที่..... ๗  
ทาง.....

ภาคผนวกที่ 3  
เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

---

**From:** Kathy Kolcaba <kathykolcaba@yahoo.com>  
**Sent:** Saturday, November 11, 2017 3:58 PM  
**To:** yupin tanatwanit  
**Subject:** Re: request for the permission

Good to hear from you again, Yupin. I am so pleased with all the work on comfort that you have been doing. Congratulations on your very extensive program of research.

My only e-mail address is <kathykolcaba@yahoo.com>Was the link to my email broken on my web site?

I doubt the caregiver version of the hospice comfort questionnaire was translated. YOU have my permission to do so for your research.

Dr. K

Dr. Kathy Kolcaba Associate Professor  
(Emeritus) The University of Akron  
[www.TheComfortLine.com](http://www.TheComfortLine.com)



VICTORIA  HOSPICE

## EDUCATION &amp; RESEARCH

T: 250-370-8283

F: 250-370-8172

February 5, 2018

Dr. Yupin Tanatwanit  
Burapha University  
Chonburi, Thailand 20131  
Email: ytanat@hotmail.com

Dear Dr. Tanatwanit:

Victoria Hospice has granted permission for you to use the Palliative Performance Scale v2 (found on our website at <http://www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools>) as you specify in your application (*attached*), for non-commercial use only.


This permission is subject to the following conditions:

- The complete PPSv2 chart will appear with complete instructions for its usage.
- A credit line will appear in the immediate area of the table and will include: Copyright Victoria Hospice Society, BC, Canada (2001) [www.victoriahospice.org](http://www.victoriahospice.org)
- Permission is granted for non-exclusive English rights only

For permission to use the PPSv2 in other languages, materials or forms please contact me again with specific requests.

Please do not hesitate to contact me if you have any further questions: 250-370-8719 or [Helena.Daudt@viha.ca](mailto:Helena.Daudt@viha.ca)

All best regards,

  
Helena Daudt, PhD  
Director, Education and Research  
Victoria Hospice

3RD FLOOR RICHMOND PAVILION, 1952 BAY STREET, VICTORIA BC V8R 1J8

[WWW.VICTORIAHOSPICE.ORG](http://WWW.VICTORIAHOSPICE.ORG) | Charitable Registration Number BC 87470-9964-RR0001

ภาคผนวกที่ 4  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



จดหมายเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัย  
(Letter for Invitation to Participation in the Research Study)

ถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้านางยุพิน ถนัดวณิชย์ เป็นอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มีความสนใจในการให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นความสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประเทศไทยปัจจุบันได้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ความสุขสบายดังกล่าวในระบบให้บริการต่อไป จึงมีความประสงค์ที่จะดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสบาย และความไม่สบายในทั้ง 4 บริบทของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพขณะที่เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลของผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้คาดหวังว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับความสบายและความไม่สบายของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพขณะที่เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลของผู้ป่วย จะเป็นความรู้หรือข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแห่งนี้ รวมทั้งสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป

ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยแห่งนี้จะเรียนถามท่านว่า มีความสนใจที่จะอนุญาตให้ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย เข้าพบเพื่ออธิบายเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติมหรือไม่ ทั้งนี้ท่านสามารถนำข้อมูลที่ท่านจะได้รับมาช่วยในการตัดสินใจการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ถ้าท่านมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านแจ้งความประสงค์ของท่านและเวลาที่ท่านสะดวกที่จะให้ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย เข้าพบแก่พยาบาล

ขอบคุณสำหรับความสนใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ของท่าน หวังว่าจะได้พบท่านตามเวลาที่ท่านกำหนด

ด้วยความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ



คณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับของ : 16 พ.ค. 2561



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 027/2561

ชื่อโครงการวิจัย

รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ

เรียน ถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ป่วย)

ข้าพเจ้า นางยุพิน ถนัดวนิชย์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยงานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ” ซึ่งโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบายและความไม่สุขสบายใน 4 บริบทของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ ขณะเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลของผู้ป่วย

เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติในเบื้องต้นสอดคล้องตรงตามข้อกำหนดของการศึกษาคั้งนี้ จึงได้รับการติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ก่อน และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าขอให้ท่านตัดสินใจว่า ท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยหรือไม่ ขอให้ท่านทราบรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ ท่านต้องลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมให้ข้อมูล จากนั้นท่านจะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ หากผลการประเมินมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 (จากคะแนนเต็ม 100) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนต่อไป (ในกรณีที่ท่านมีคะแนนมากกว่า 60 นั้นหมายถึง ท่านมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ เพื่อที่จะให้ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจึงขอขอบคุณสำหรับความตั้งใจและความร่วมมือที่ท่านมีให้มาจนถึงขั้นตอนนี้เป็นอย่างสูง)

สำหรับท่านในฐานะผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้และประสงค์จะเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลต่อไป ท่านจะได้รับแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ รวมจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขสบาย และแบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบาย ซึ่งการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายจะใช้เวลาโดยประมาณ 30-40 นาที ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ท่านมีอิสระเต็มที่ที่จะปฏิเสธการตอบ

AF 06-02

คำถามหรือข้อความใดๆ ที่ไม่ประสงค์จะตอบ รวมทั้งสามารถหยุดตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ที่ท่านต้องการ และถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นระหว่างการตอบแบบสอบถาม เช่น มีอาการปวด อาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย หรือรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะให้ท่านยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและให้การช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบายของท่านในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาพยาบาลในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่าน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น และท่านจะได้รับค่าชดเชยจากการเสียเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จำนวน 200 บาท ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์และอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้แล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ทำให้ท่านมีการสูญเสียประโยชน์ใดๆ ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการบริการต่างๆ ที่ท่านจะได้รับในฐานะผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจไว้ แล้วนำเอาข้อมูลของการวิจัยในทางสถิติในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น จากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากหัวหน้าโครงการวิจัยในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์ 038-102851, มือถือ 085-484-8642 หรือ e-mail address: ytanat@hotmail.com ได้ตลอดเวลา และถ้าท่านพบว่า หากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620, 038-102561-62

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์  
หัวหน้าโครงการวิจัยฯ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่ 16 พ.ค. 2551



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : Sci 027/2561

ชื่อโครงการวิจัย

รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ

เรียน ถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล)

ข้าพเจ้า นางยุพิน ถนัดวนิชย์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยงานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ” ซึ่งโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบายและความไม่สุขสบายใน 4 บริบทของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ ขณะเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลของผู้ป่วย

เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติสอดคล้องตรงตามข้อกำหนดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงได้รับการติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ก่อน และหากมีข้อสงสัยโปรดซักถาม หรือนำไปปรึกษาผู้ใกล้ชิด และเมื่อเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าขอให้ท่านตัดสินใจว่า ท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยหรือไม่ ขอเชิญท่านทราบรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ ท่านต้องลงชื่อเพื่อแสดงว่ายินยอมในการเข้าร่วมให้ข้อมูลในฐานะที่ท่านเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 6 อาทิตย์ และจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสุขสบายของท่าน ซึ่งการตอบแบบสอบถามจะใช้ระยะเวลาโดยประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างการตอบแบบสอบถามท่านมีอิสระเต็มที่ที่จะปฏิเสธการตอบคำถามหรือข้อความใดๆ ที่ไม่ประสงค์จะตอบ และถ้าท่านรู้สึกไม่สุขสบายในการตอบแบบสอบถาม เช่น มีความไม่สบายใจหรือรู้สึกหงุดหงิด ท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาทั้งการยุติการตอบแบบสอบถามแบบชั่วคราวและถาวร หากเป็นการยุติการตอบแบบสอบถามชั่วคราว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะทำการนัดหมายท่านอีกครั้งเพื่อตอบแบบสอบถามตามวันเวลาที่ท่านกำหนด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่าน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น และท่านจะได้รับค่าชดเชยจากการเสียเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อย่างน้อย 150 บาท ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิและอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ หรือแม้ว่าจะเข้าร่วมโครงการนี้แล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ทำให้ท่านสูญเสียประโยชน์ใดๆ และจะไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่ญาติของท่าน (ผู้ป่วย) จะได้รับในฐานะผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจไว้ แล้วนำเสนอข้อมูลของการวิจัยในทางสถิติในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น จากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากหัวหน้าโครงการวิจัยในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์ 038-102851, มือถือ 085-484-8642 หรือ e-mail address: ytanat@hotmail.com ได้ตลอดเวลา และถ้าท่านพบว่า หากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620, 038-102561-62

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์  
หัวหน้าโครงการวิจัยฯ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง :

16 พ.ค. 2561

ภาคผนวกที่ 5  
เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



AF 06-03.1



เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : .....Sci.027/2561.....

โครงการวิจัยเรื่อง

รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยสกลนคร

วันที่รับรอง : 28 ก.พ. 2561

ลงนาม .....ผู้ยินยอม (ผู้ป่วย หรือสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล)

(.....)

ลงนาม .....พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ยินยอมกับการประทับลายนิ้วมือเมื่อ ขอให้ไปขอขานลายมือชื่อรับรองด้วย

ภาคผนวกที่ 6  
แบบบันทึกข้อมูลฉบับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

รหัส.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
โรงพยาบาล 01 02 03



### Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2

PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level
100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
80%	Full	Normal activity <i>with</i> Effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
70%	Reduced	Unable Normal Job/Work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
60%	Reduced	Unable hobby/house work Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or Confusion
50%	Mainly Sit/Lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or Confusion
40%	Mainly in Bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
30%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Normal or reduced	Full or Drowsy +/- Confusion
20%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Minimal to sips	Full or Drowsy +/- Confusion
10%	Totally Bed Bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total Care	Mouth care only	Drowsy or Coma +/- Confusion
0%	Death	-	-	-	-

#### Instructions for Use of PPS (see also definition of terms)

1. PPS scores are determined by reading horizontally at each level to find a 'best fit' for the patient which is then assigned as the PPS% score.
2. Begin at the left column and read downwards until the appropriate ambulation level is reached, then read across to the next column and downwards again until the activity/evidence of disease is located. These steps are repeated until all five columns are covered before assigning the actual PPS for that patient. In this way, 'leftward' columns (columns to the left of any specific column) are 'stronger' determinants and generally take precedence over others.

Example 1: A patient who spends the majority of the day sitting or lying down due to fatigue from advanced disease and requires considerable assistance to walk even for short distances but who is otherwise fully conscious level with good intake would be scored at PPS 50%.

Example 2: A patient who has become paralyzed and quadriplegic requiring total care would be PPS 30%. Although this patient may be placed in a wheelchair (and perhaps seem initially to be at 50%), the score is 30% because he or she would be otherwise totally bed bound due to the disease or complication if it were not for caregivers providing total care including lift/transfer. The patient may have normal intake and full conscious level.

Example 3: However, if the patient in example 2 was paraplegic and bed bound but still able to do some self-care such as feed themselves, then the PPS would be higher at 40 or 50% since he or she is not 'total care.'

1. PPS scores are in 10% increments only. Sometimes, there are several columns easily placed at one level but one or two which seem better at a higher or lower level. One then needs to make a 'best fit' decision. Choosing a 'half-fit' value of PPS 45%, for example, is not correct. The combination of clinical judgment and 'leftward precedence' is used to determine whether 40% or 50% is the more accurate score for that patient.
4. PPS may be used for several purposes. First, it is an excellent communication tool for quickly describing a patient's current functional level. Second, it may have value in criteria for workload assessment or other measurements and comparisons. Finally, it appears to have prognostic value.

Copyright © 2001 Victoria Hospice Society

คณะอนุกรรมการวิชาการบริหารการวิจัยในชุมชน  
มหาวิทยาลัยบูรพา

หน้าพี่ รุฬารัตน : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
โรงพยาบาล 01 02 03

### Definition of Terms for PPS

As noted below, some of the terms have similar meanings with the differences being more readily apparent as one reads horizontally across each row to find an overall 'best fit' using all five columns.

#### 1. Ambulation

The items 'mainly sit/lie,' 'mainly in bed,' and 'totally bed bound' are clearly similar. The subtle differences are related to items in the self-care column. For example, 'totally bed bound' at PPS 30% is due to either profound weakness or paralysis such that the patient not only can't get out of bed but is also unable to do any self-care. The difference between 'sit/lie' and 'bed' is proportionate to the amount of time the patient is able to sit up vs need to lie down.

'Reduced ambulation' is located at the PPS 70% and PPS 60% level. By using the adjacent column, the reduction of ambulation is tied to inability to carry out their normal job, work occupation or some hobbies or housework activities. The person is still able to walk and transfer on their own but at PPS 60% needs occasional assistance.

#### 2. Activity & Extent of disease

'Some,' 'significant,' and 'extensive' disease refer to physical and investigative evidence which shows degrees of progression. For example in breast cancer, a local recurrence would imply 'some' disease, one or two metastases in the lung or bone would imply 'significant' disease, whereas multiple metastases in lung, bone, liver, brain, hypercalcaemia or other major complications would be 'extensive' disease. The extent may also refer to progression of disease despite active treatments. Using PPS in AIDS, 'some' may mean the shift from HIV to AIDS, 'significant' implies progression in physical decline, new or difficult symptoms and laboratory findings with low counts. 'Extensive' refers to one or more serious complications with or without continuation of active antiretrovirals, antibiotics, etc.

The above extent of disease is also judged in context with the ability to maintain one's work and hobbies or activities. Decline in activity may mean the person still plays golf but reduces from playing 18 holes to 9 holes, or just a par 3, or to backyard putting. People who enjoy walking will gradually reduce the distance covered, although they may continue trying, sometimes even close to death (eg. trying to walk the halls).

#### 3. Self-Care

'Occasional assistance' means that most of the time patients are able to transfer out of bed, walk, wash, toilet and eat by their own means, but that on occasion (perhaps once daily or a few times weekly) they require minor assistance.

'Considerable assistance' means that regularly every day the patient needs help, usually by one person, to do some of the activities noted above. For example, the person needs help to get to the bathroom but is then able to brush his or her teeth or wash at least hands and face. Food will often need to be cut into edible sizes but the patient is then able to eat of his or her own accord.

'Mainly assistance' is a further extension of 'considerable.' Using the above example, the patient now needs help getting up but also needs assistance washing his face and shaving, but can usually eat with minimal or no help. This may fluctuate according to fatigue during the day.

'Total care' means that the patient is completely unable to eat without help, toilet or do any self-care. Depending on the clinical situation, the patient may or may not be able to chew and swallow food once prepared and fed to him or her.

#### 4. Intake

Changes in intake are quite obvious with 'normal intake' referring to the person's usual eating habits while healthy.

'Reduced' means any reduction from that and is highly variable according to the unique individual circumstances.

'Minimal' refers to very small amounts, usually pureed or liquid, which are well below nutritional sustenance.

#### 5. Conscious Level

'Full consciousness' implies full alertness and orientation with good cognitive abilities in various domains of thinking, memory, etc. 'Confusion' is used to denote presence of either delirium or dementia and is a reduced level of consciousness. It may be mild, moderate or severe with multiple possible etiologies. 'Drowsiness' implies either fatigue, drug side effects, delirium or closeness to death and is sometimes included in the term stupor. 'Coma' in this context is the absence of response to verbal or physical stimuli; some reflexes may or may not remain. The depth of coma may fluctuate throughout a 24 hour period.

#### © Copyright Notice.

The Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) is a copyright of the Victoria Hospice Society (VHS) and replaces the first PPS published in 1976 (J Pall Care 5(4): 25-32); it cannot be altered or used in any way other than as intended here. Programs may use PPSv2 with appropriate recognition. Available in electronic Word format by email request to [info@vhsocapath.org](mailto:info@vhsocapath.org). Correspondence should be sent to Medical Director, Victoria Hospice Society, 1900 Fort Street, Victoria, BC, V8R 1J3, Canada.

คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรงบกลางวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

หน้า 2

วันที่ 16 พ.ค. 2561

รหัส.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
โรงพยาบาล 01 02 03

### แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ฉบับผู้ป่วย)

คำแนะนำ: กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- เพศ  1. ชาย  2. หญิง
- อายุ.....ปี
- ระดับการศึกษาสูงสุด
  - 1. ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้
  - 2. สามารถอ่านได้  3. สามารถเขียนได้  4. สามารถอ่านหรือเขียนได้
  - 5. ประถมศึกษา  6. มัธยมศึกษา
  - 7. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ  8.ปริญญาตรี
  - 9. สูงกว่าปริญญาตรี  10. อื่นๆ (ระบุ).....
- ศาสนา
  - 1. พุทธ  2. คริสต์  3. อิสลาม  4. อื่นๆ (ระบุ).....
- สถานภาพสมรส
  - 1. โสด  2. คู่  3. หม้าย/หย่า/แยก  4. อื่นๆ (ระบุ).....
- อาชีพปัจจุบัน
  - ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  - ประกอบอาชีพ
    - 1. ค้าขาย
    - 2. เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น
    - 3. รับจ้างทั่วไป เช่น ชุตดิน ถางหญ้า ยกของ เป็นต้น
    - 4. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
    - 5. ห้างงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน
    - 6. อื่นๆ (ระบุ).....
- รายได้ของตนเอง (เฉลี่ยต่อเดือน).....บาท/เดือน
- ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
  - 1. พอใช้  2. ไม่พอใช้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

## 9. แหล่งรายได้

1. ประกอบอาชีพของตนเอง  
 ส่วนตัว คือ.....  
 รับจ้าง คือ.....  
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ .....
2. เบี้ยยังชีพ (ผู้มีรายได้น้อย/คนชรา/ผู้พิการ)  
 3. บำเหน็จ/บำนาญ  
 4. อื่นๆ (ระบุ).....

## 10. ลักษณะการอยู่อาศัย

1. อยู่บ้านคนเดียว  2. อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง  
 3. อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน  4. อยู่กับบุตรหลานและหรือญาติอื่นๆ  
 5. อื่นๆ (ระบุ).....

## 11. ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย

- | ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล                                    | ขณะอยู่ที่บ้าน   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บุตร                       | <input type="checkbox"/> 1. บุตร                       |
| <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส                    | <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส                    |
| <input type="checkbox"/> 3. ญาติ ระบุความสัมพันธ์..... | <input type="checkbox"/> 3. ญาติ ระบุความสัมพันธ์..... |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....            | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....            |

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน).....ปี/เดือน/วัน

2. การวินิจฉัยโรค.....

โรคร่วม	1).....	ระยะของโรค	1).....
	2).....		2).....
	3).....		3).....
	4).....		4).....
	5).....		5).....



คณะกรรมการพิจารณาเวชระเบียนในผู้ป่วย  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

3. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ได้แก่..... วันที่รับรอบ..... 16 พ.ค. 2561

รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

## 4. สิทธิการรักษาพยาบาล

1. จ่ายเอง  
 2. เบิกค่ารักษาได้  
 3. สิทธิประกันสุขภาพ (30 บาท)  
 4. สิทธิประกันสังคม  
 5. อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 รวมจำนวน.....วัน (จนถึงปัจจุบัน)

## 6. ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสบาย

กิจวัตรประจำวัน	สามารถทำได้ ด้วยตนเอง	ต้องการ การช่วยเหลือบางส่วน	ต้องการ การช่วยเหลือทั้งหมด
ด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น			
การรับประทานอาหาร			
การขับถ่าย			
การพักผ่อนนอนหลับ			
การเคลื่อนไหวร่างกาย			
การเดิน			



คณะกรรมการพิจารณาวิจัยธรรมดากิจวัตรประจำวัน  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่พิมพ์ : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
โรงพยาบาล 01 02 03

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสบายของผู้ป่วย

คำแนะนำ โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับการรับรู้ หรือรู้สึกของท่านในขณะนี้ที่เกี่ยวกับความสบายที่ท่าน  
ได้รับจากการรักษาพยาบาลในขณะนี้ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วย

ท่านสามารถแสดงความคิดเห็น ตามแบบสอบถามข้างล่างนี้ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็นออก  
เป็น 6 ระดับได้แก่

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก  
ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก  
ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย  
ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย  
ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก  
ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

จัดเก็บรอง : 1 6 พค 2561

ความสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
1.ขณะนี้ร่างกายของฉันทรมองคล้ำ						
2.ฉันมีอาการหายใจลำบาก						
3.ฉันมีความเป็นส่วนตัวอย่างเพียงพอ						
4.ฉันได้รับการพึ่งพาจากบุคคลอื่นเมื่อฉันต้องการ						
5.ฉันรู้สึกมีก๊าซ/น้ำภายในช่องท้อง ซึ่งทำให้ฉันมีอาการแน่น อึดอัด ไม่สบาย						
6.ฉันมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับครอบครัวของฉัน						
7.ความเชื่อของฉันช่วยให้ฉันมีความสุขทางใจ						
8.พยาบาลที่ดูแลฉันได้สนับสนุนและให้กำลังใจฉัน						
9.ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่าในขณะนี้						
10.ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นที่รักของทุกคน						
11.ฉันมีความพอใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวฉัน						
12.ฉันมีความยากลำบากในการพักผ่อน (ไม่สามารถพักผ่อนได้ตามปกติ)						
13.ฉันคิดว่าไม่มีใครเข้าใจฉัน						
14.ความเจ็บปวดของฉันรุนแรงเกินกว่าที่ฉันจะอดทน						
15.ฉันรู้สึกมีความสุข						
16.ฉันสามารถนอนหลับได้อย่างสนิทและเพียงพอ						
17.ฉันกำลังมีความรู้สึกผิด						



รหัส.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น ถึงเวลา.....น.  
โรงพยาบาล 01 02 03

ความสุขสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
18.ฉันชอบอยู่ที่นี้						
19.ฉันมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน						
20.ฉันมีความสามารถที่จะพูดคุยสนทนากับบุคคลที่ฉันรักได้						
21.ห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว						
22.ฉันมีความหวาดกลัวในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น						
23.ฉันมีคนให้ความสำคัญ และเอื้ออาทรต่อความรู้สึกของฉัน						
24.ฉันเคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ฉันรู้สึก ไม่สุขสบาย						
25.ฉันชอบให้ห้องนี้มีความเงียบสงบ						
26.ฉันต้องการพบแพทย์ที่ดูแลฉันบ่อยมากขึ้นกว่าที่ฉันได้รับ ขณะนี้						
27.ปากและผิวหนังของฉันมีอาการแห้งมาก						
28.ฉันมีความพึงพอใจกับสัมพันธภาพส่วนตัวของฉันที่มีอยู่						
29.ฉันเข้าใจ ยอมรับ และสามารถปรับตัวอยู่กับความเจ็บปวด ด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้						
30.บรรยากาศในห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกซึมเศร้า						
31.ฉันกำลังมีความสุขสบายด้านร่างกายในขณะนี้						
32.แก้อ้อและเตียงทำให้ฉันบาดเจ็บ (เช่น ปวดเมื่อย แผลกดทับ และความไม่สุขสบายอื่นๆ)						
33.สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในที่นี้เป็นแรงกระตุ้นช่วยทำให้ ฉันเกิดความรู้สึกดี ๆ						
34.ฉันคิดกังวลอยู่กับความไม่สุขสบายของฉันตลอดเวลา						
35.ฉันมีความเชื่อและศรัทธาอย่างแรงกล้าต่อสิ่งที่ฉันเคารพ นับถือ						
36.ฉันมีความรู้สึกที่ดีเพียงพอที่จะทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับ ตัวฉันเอง						
37.เพื่อนๆของฉันให้กำลังใจฉันโดยการส่งบัตรแสดงความคิดถึง หรือโทรศัพท์พูดคุยกับฉัน						
38.ฉันรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่แห่งนี้ (ในห้องพัก/โรงพยาบาล)						
39.ฉันต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการ รักษาพยาบาลที่มากกว่าที่ฉันได้รับในขณะนี้						

รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

ความสุขสบายของผู้ป่วย	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
1	2	3	4	5	6	
40.ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ						
41.ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้คุ้มครองและให้กำลังใจฉัน						
42.ห้องที่ฉันอยู่มีบรรยากาศสดชื่น ไม่มีกลิ่นเหม็นใดๆ						
43.ฉันรู้สึกว่าฉันถูกทอดทิ้งและโดดเดี่ยว						
44.ฉันสามารถบอกผู้ที่เกี่ยวข้องกับ อะไรเป็นสิ่งจำเป็นที่ฉันต้องการ						
45.ฉันรู้สึกซึมเศร้า						
46.ฉันได้ค้นพบความหมายในชีวิตของฉัน (หรือฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันมีความหมาย)						
47.เมื่อคิดย้อนไปในอดีตที่ผ่านมา ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดี						
48.สภาวะจิตใจของบุคคลที่ฉันรักมีส่วนทำให้ฉันรู้สึกแย่หรือมีอาการเลวลง						
49.สภาพอุณหภูมิภายในห้องนี้พอดีและเหมาะสม						



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
โรงพยาบาล 01 02 03

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วย

คำแนะนำ แบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

1. ความไม่สุขสบายอะไรบ้าง (ในบริบททั้ง 4 ด้าน)
2. ระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบาย
3. การจัดการความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับ
4. ผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย
5. ความพึงพอใจภายหลังการจัดการความไม่สุขสบาย
6. ชนิดของความไม่สุขสบายภายหลังการจัดการ



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

วันที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....  
วันที่.....เดือน.....ปีศ.....  
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.

โรงพยาบาล 01 02 03

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วย

ความไม่สุขสบาย (Discomfort)	ระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบาย (1-10)										การจัดการ ความไม่สุขสบาย ที่ผู้ป่วยได้รับ	ผลลัพธ์ ภายหลังการจัดการ ความไม่สุขสบาย	ความพึงพอใจ ภายหลังการจัดการ ความไม่สุขสบาย	ชนิดของความไม่สุขสบาย ภายหลังการจัดการ	
	น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	6	7	8	9					มากที่สุด
ด้านร่างกาย															
1.															
2.															
3.															
4.															
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ															
1.															
2.															
3.															
4.															
ด้านสังคม-วัฒนธรรม															
1.															
2.															
3.															
4.															
ด้านสิ่งแวดล้อม															
1.															
2.															
3.															
4.															



คณะกรรมการการวิจัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับผล : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

คำแนะนำ: กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยกาเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - 1. ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้
  - 2. สามารถอ่านได้  3. สามารถเขียนได้  4. สามารถอ่านหรือเขียนได้
  - 5. ประถมศึกษา  6. มัธยมศึกษา
  - 7. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ  8. ปริญญาตรี
  - 9. สูงกว่าปริญญาตรี  10. อื่นๆ (ระบุ).....
4. ศาสนา
  - 1. พุทธ  2. คริสต์  3. อิสลาม  4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. สถานภาพสมรส
  - 1. โสด  2. คู่  3. หม้าย/หย่า/แยก  4. อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพปัจจุบัน
  - ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  - ประกอบอาชีพ
    - 1. ค้าขาย
    - 2. เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น
    - 3. รับจ้างทั่วไป เช่น ขุดดิน ตากหญ้า ยกของ เป็นต้น
    - 4. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
    - 5. ทำงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน
    - 6. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้ของตนเอง (เฉลี่ยต่อเดือน).....บาท/เดือน
8. ความเพียงพอของรายได้แก่ค่าใช้จ่าย  1. พอใช้  2. ไม่พอใช้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

รหัส.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
โรงพยาบาล 01 02 03

## 9. แหล่งที่มาของรายได้

1. ประกอบอาชีพของตนเอง
- ส่วนตัว คือ.....
- รับจ้าง คือ.....
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ .....
2. เบี้ยยังชีพ (ผู้ที่มีรายได้น้อย/คนชรา/ผู้พิการ)
3. บำเหน็จ/บำนาญ
4. อื่นๆ (ระบุ).....

## 10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1. บิดา/มารดา
2. คู่สมรส
3. บุตร/หลาน
4. พี่/ย่า/ตา/ยา
- 5.ญาติ
6. อื่นๆ ระบุ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

11. โรคประจำตัว.....

## 12. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลประกอบด้วย:

ระยะเวลาการดูแล.....

กิจกรรมการดูแล.....

## 13. สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วย

1. ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล
2. ขณะอยู่ที่บ้าน
3. ทั้งสองที่
4. อื่นๆ (ระบุ).....

\*ต้องมีผู้ดูแลหลัก 2 คนให้ตอบแบบสอบถาม 2 คน

รหัส.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
โรงพยาบาล 01 02 03

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

คำแนะนำ โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับการรับรู้ หรือรู้สึกของท่านในขณะที่เกี่ยวกับความสบายที่ท่าน  
ในขณะนี้ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ท่านสามารถแสดงความคิดเห็น ตามแบบสอบถามข้างล่างนี้ ซึ่งได้แบ่งระดับความคิดเห็นออก  
เป็น 6 ระดับ ได้แก่

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก  
ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมาก  
ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย  
ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย  
ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก  
ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

หมายเหตุ: ฉัน หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล  
เรา หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่รับรอง: 16 พ.ค. 2561

ความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
1. ขณะนี้ฉันรู้สึกว่า ร่างกายของฉันกำลังอ่อนคลาย						
2. เราไม่มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ						
3. มีคนที่ฉันสามารถพึ่งพาได้เมื่อฉันต้องการ						
4. ฉัน (มีความ) กังวลเกี่ยวกับครอบครัวของฉัน						
5. ความเชื่อศรัทธาของฉันให้ความสงบสุขทางใจของฉัน						
6. พยาบาลที่นี่สามารถช่วยให้ฉันรู้สึกมีความหวัง						
7. ชีวิตของฉันไม่มีคุณค่า						
8. ฉันรู้ว่าฉันเป็นที่รัก (ของทุกคน)						
9. สิ่งรอบๆ (ตัวฉัน) เป็นสิ่งที่น่ายินดี						
10. ฉันมีความยากลำบากในการนอนหลับพักผ่อน (นอนหลับ)						
11. ไม่มีใครเข้าใจฉัน						
12. จัดใจของฉันรู้สึกเจ็บปวดและยากที่ฉันจะอดทน						
13. ฉันรู้สึกสงบสุข						
14. ฉันมีความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะหลับ (แล้วไม่สามารถทำหน้าที่						

รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
ผู้ดูแลผู้ป่วย)						
15. ฉันรู้สึกตนเอง (มีส่วนทำ) ผิด						
16. ฉันไม่ชอบ (มัน) ที่นี่						
17. ฉันไม่มีความอยากอาหาร						
18. เราได้ตัดสินใจถูกต้องเมื่อเราเลือกสถานบริการแห่งนี้						
19. ห้องนี้ทำให้ฉันรู้สึกกลัว						
20. ฉันรู้สึกกลัวอะไรๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไป						
21. ฉันมีคนพิเศษที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าต้องให้การดูแล						
22. ฉันได้เคยมีประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ฉันเกิดความ ไม่สุขสบาย						
23. ฉันขอให้ห้องของฉันเงียบ						
24. เราปรารถนาที่จะพบแพทย์บ่อยกว่าได้						
25. อุณหภูมิในห้องนี้เหมาะสมดี						
26. เมื่อ (ถ้า) สถานการณ์ (การให้การดูแล) นี้สิ้นสุด มันจะยากที่จะ ทำให้ฉันสามารถกลับสู่หน้าที่ความรับผิดชอบ (เดิม) ก่อนหน้านี้						
27. ฉันสามารถอยู่เหนือสถานการณ์ (ควบคุมสถานการณ์การ เจ็บป่วย) นี้ได้						
28. อารมณ์ความรู้สึกรอบๆ ที่นี่น่าขมเศร้า (ทำให้รู้สึกขมเศร้า)						
29. ฉันต้องการเตียงหรือเก้าอี้ที่สุขสบาย						
30. การให้การดูแลครั้งนี้ทำให้ฉันมีแรงบันดาลใจ						
31. เมื่อย้อนเวลาที่ผ่านมา เราได้มีชีวิตที่ดี						
32. ฉันรู้สึก/มีความไม่สุขสบายขณะอยู่ในสถานที่/โรงพยาบาลแห่ง นี้						
33. ฉันรู้สึกแข็งแรงพอที่จะทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับคนที่ฉันรัก						
34. ฉันคิดเกี่ยวกับความไม่สุขสบายของคนที่คุณรักตลอดเวลา						
35. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งที่ฉันเชื่อสรีรฯ (ทางจิตวิญญาณ)						
36. ฉันต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของคนที่คุณ รักดีกว่านี้						
37. ฉันรู้สึกไม่ได้รับความช่วยเหลือ						
38. เราโอเค (สามารถยอมรับได้) กับสัณฐานภาพส่วนตัว (กับคนที่ ฉันรัก)						



รหัส.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.  
 โรงพยาบาล 01 02 03

ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล	ความคิดเห็น					
	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	อย่าง มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก	อย่าง มาก
	1	2	3	4	5	6
39. ห้องนี้มีกลิ่นสดชื่น						
40. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว						
41. ฉันสามารถบอกใครๆ (เจ้าหน้าที่พยาบาล) ว่าฉันต้องการอะไร						
42. ฉันรู้สึกซึมเศร้า						
43. เราได้ค้นพบความหมายของประสบการณ์ครั้งนี้ (ในฐานะผู้ให้การดูแล)						
44. เพื่อนของฉันจำเราได้โดยการส่งการ์ดและโทรศัพท์						
45. สภาพจิตใจของคนที่คุณรักทำให้ฉันรู้สึกเศร้าเสียใจ						
46. ฉันคิดเกี่ยวกับอนาคตอย่างมาก						
47. (ร่างกาย) คนที่คุณรัก (ได้รับการดูแล) มีความสะอาดดี						
48. ฉันตระหนัก/กังวลเกี่ยวกับภาวะค่าใช้จ่าย						
49. (ฉันคิดว่า) พระเจ้า/สิ่งที่เชื่อศรัทธา กำลังช่วยฉันอยู่						



คณะกรรมการพิจารณาเรื่องมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์  
 มหาวิทยาลัยบูรพา

ครั้งที่รับรอง : 16 พ.ค. 2561

ภาคผนวกที่ 7  
เอกสารขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๖๖๒

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนสิงหาทตตบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูพิน ถนัดณิษฐ์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” มีความประสงค์จะเสนอโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานของท่าน พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๙๖



ที่ ศธ ๒๒๐๖/ ๑๖๗๕

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูพิน ถนอมวิเศษย์ สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” มีความประสงค์จะเสนอโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานของท่าน พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๑๗๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนฯ

ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวงษ์ชัย สังกัดสำนักงานจัดการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” มีความประสงค์จะเสนอโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหน่วยงานของท่าน พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียดดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายวิจัยฯ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๒๓

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ภาคผนวกที่ 8  
ประวัติผู้วิจัย

## ประวัติคณะผู้วิจัย

### 1. หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)                      นางยุพิน ถนัดวนิชย์  
(ภาษาอังกฤษ)                                      Mrs. Yupin Tanatwanit

หมายเลขบัตรประชาชน      3-6303-0009x-xxx

### 2. ตำแหน่งปัจจุบัน

อาจารย์ประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตำแหน่งทางวิชาการ              ผู้ช่วยศาสตราจารย์

### 3. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 20131

โทรศัพท์ 038-390462 หรือ 038-393482 ต่อ 2832 โทรสาร 038-394476

E-mail address: tanatwanit@buu.ac.th หรือ ytanat@hotmail.com

### 4. ประวัติการศึกษา

Institute	Name of Degree	Major	Degree	Year Completed
The Catholic University of America, USA	Ph.D. Nursing	Nursing	Ph.D. Nursing	2011
Chiang Mai University, Thailand	Medical-Surgical Nursing	Nursing	Master of Nursing Science	1993
Chiang Mai University, Thailand	Nursing and Midwifery	Nursing	Bachelor of Science	1983

### 5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- ความชำนาญในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และการดูแลความสุขสบาย
- การพยาบาลผู้ใหญ่
- ความชำนาญในการให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วย AIDS ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยใกล้ตาย)

## 7. ประสบการณ์งานวิจัย (งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว และตีพิมพ์เผยแพร่)

## Poster presentation:

- 2005 “Transition in the Lives of Hospitalized Elderly Women after Having Sustained Hip Fracture” in the 18<sup>th</sup> world Congress of International Association of Gerontology, RIO 2005 at Kubitschek Plaza Hotel, Rio De Janeiro, Brazil, June 29
- 2005 “Stress and Coping of Stroke Patient Caregiver” in the 18<sup>th</sup> world Congress of International Association of Gerontology, RIO 2005 at Kubitschek Plaza Hotel, Rio De Janeiro, Brazil, June 29

## Research experience:

Title	Year	Remark
Quality of Life of the Elderly with Osteoarthritis	1993	Master Thesis
Stress and Coping of Stroke Patient Caregiver	2001	Co-investigator
Transition in the Lives of Hospitalized Elderly Women after Having Sustained Hip Fracture	2003	Principle Investigator
Comfort as Experienced by Thai Older Patients with Advanced Cancer	2011	Dissertation
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน	2013	Co-investigator
ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	2014	Co-investigator
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็งการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	2014	Co-investigator
ความสุขสบายและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัดโดยได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง	2014	Co-investigator



Title	Year	Remark
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง	2015	Co-investigator
Factors Related to Sleep Disturbance among Patients with Lower-limb Fracture undergoing Orthopedic Surgery in Vietnam	2016	Co-investigator
การวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้าน ในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ในบริบทภาคตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทย	2016	Principle Investigator (Publishing process)
ความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ (Nurse-Characteristics Preferences of Older Adult Patients with Advanced Cancer in Palliative Care)	2017	Principle Investigator (Published)
ปัจจัยทำนายความเหงาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี Factors Predicting Loneliness of Hospitalized Cancer Patients in Chonburi Cancer Hospital.	2017	Co-investigator (Published)
รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (Comfort Model in Palliative Care for End-of-life patients)	now	Principal Investigator (working)
ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Factors Influencing Functional Status among Heart Failure patients)	now	Co-investigator Damnong, N., & Tanatwanit, Y (working)
Factors Related to Comfort among Family Members of Traffic-Accident patients at Emergency Department	now	Co-investigator Pantaree Kiatsathikul, Yupin Tanatwanit, & Aporn Deenan (working)
Effective Communication between Nurses and Advanced Cancer Patients	now	Co-investigator Surapha Saikaew, Yupin Tanatwanit, & Wallapa Kunsongkeit (working)

Title	Year	Remark
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	now	Co-investigator วิภาดา ตรงเที่ยง, ยุพิน ถนัดวณิชย์, และวัลภา คุณทรงเกียรติ (working)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม		Co-investigator จุฬาลักษณ์ อินทะนิล, ยุพิน ถนัดวณิชย์, และวัลภา คุณทรงเกียรติ (working)

#### Research funding:

Faculty of nursing, Burapha University “Nurse-Characteristics Preferences of Older Adult Patients with Advanced Cancer in Palliative Care.”

Project Driving National Strategic Plan on Health Promotion for Good Death 2014-2016,  
Thai Health Promotion Foundation “Analyzing and Synthesizing the Palliative Care System Providing Continuing Care from Health Service to Home for End-of-Life Patients in the East of Thailand”

National Council of Thailand “Comfort Model in Palliative Care for End-of-Life Patients”

Faculty of nursing, Burapha University “Professional Competencies for Palliative Care and End-of-Life Care of Nursing Students”

#### Researches หรือ Publications

Tanatwanit, Y., Emjoy, W. & Tongchai, C. (1995). Quality of life of the elderly with osteoarthritis. *Nursing Newsletter*, 22(1), 30-41.

Jullamate, P. & Tanatwanit, Y. (2001). Stress and coping of stroke patient caregiver *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 12(1), 32-46.

Tanatwanit, Y. & Jullamate, P. (2003). Transition in the lives of hospitalized elderly women after having sustained hip fracture. *The Journal of Faculty of*

*Nursing Burapha University, 11(2), 1-17.*

Tanatwanit, Y. (2011). *Comfort as experienced by Thai older patients with advanced cancer*. (Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, 2001).

Dissertation Abstracts International (17), (UMI No. 3439981)

ยุพิน ถนัดวณิชย์ (2016). Concepts of palliative care. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(1), 10-18.

Dung, T., A., Tanatwanit, Y., & Deenan, A. (2016). Factors Related to Sleep Disturbance among Patients with Lower-limb Fracture undergoing Orthopedic Surgery in Vietnam.

*Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 11(1):18-26.*

Tanatwanit, Y, & Damnong, N. (2017). Nurse-characteristics preferences of older adult patients with advanced cancer in palliative care. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25(4), 70-83.*

Vonk, L., Tanatwanit, Y., & Kunsongkeit, W. (2018). Factors predicting loneliness of hospitalized cancer patients in Chonburi cancer hospital. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(4), 131-136.

บัณฑิตกรเกียรติกุล, ยุพิน ถนัดวณิชย์, และ อภรณ์ ตีนาน (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), Accepted manuscript.

#### Visiting study

- 2002 Visiting study for Palliative Care and attending the class “Physical Assessment” at National College of Nursing, Japan (for 1 month)
- 2004 Visiting study for palliative care and hospice care in the Hospice Departments, in hospitals, and at the Cancer Center, Singapore, March 14-19 (6-days).
- 2006 Visiting study for palliative care and hospice care as well as pain management in hospice departments, in hospitals, in a hospice center, and at Nursing College at Kent State University, United States of America, August- November (4 months)

## 2007-2011 Taking Ph.D. Program

- 2015 Visiting study “รูปแบบการจัดการดูแลแบบประคับประคอง บ้านปันรัก และเครือข่าย จังหวัดสุราษฎร์ธานี” บ้านปันรัก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลเคียนซา ภายใต้ โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะ ท้ายของชีวิต 14-17 พฤษภาคม 2558
- 2018 Visiting study for hospice care at St Christopher’s Hospice, 51-59, Lawrie Park Road, Sydenham, London, SE26 6DZ, March 3, 2018.
- 2018 Visiting study for Palliative care & hospice care at Dover Park Hospice (DPH), Tan Tock Seng Hospital (TTSH), St Luke’s Elder Care (SLEC), Singapore, 2-Day Program (May 31<sup>st</sup> (Thursday) and June 1<sup>st</sup> (Friday) 2018

## Academic Meeting &amp; Conferences (Related to palliative and end-of-life care)

- 2003 Participating in “Golden Triangle Pain Symposium, International Conference” Chiang Rai, Thailand (3 days)
- 2005 Participating in the conference “Advanced Oncology Care for Nurses” at Convention Center, Chulabhorn Research Institute, Bangkok, Thailand, June 8-11 (4 days)
- 2005 Participating in the congress and poster presentation “Transition in the Lives of Hospitalized Elderly Women after Having Sustained Hip Fracture” in the 18<sup>th</sup> world Congress of International Association of Gerontology, RIO 2005 at Kubitschek Plaza Hotel, Rio De Janeiro, Brazil, June 26-30.

## 2007-2011 Taking Ph.D. Program

- 2011 Participating in “Palliative care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12” ห้องประชุมราชนครินทร์ อาคารนครินทร์ สภาการพยาบาล 6 พฤษภาคม 2554
- 2014 Participating in “การพยาบาลกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน” ณ ห้องประชุมราชนครินทร์ สภาการพยาบาล 20-22 มกราคม 2557

- Participating in “Future directions of doctoral education in nursing in Thailand”, Sigma Theta Tau International Honor Society-Phi Omega Chapter at Large, 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2557
- 2014 Participating in “สมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาประคับประคอง” โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี 29-30 มกราคม 2557
- 2014 Participating in “ประชุมวิชาการ 55 ปี การศึกษาพยาบาล มข. วิจัย นวัตกรรม ล้ำหน้า การศึกษา และปฏิบัติก้าวไกล” ณ ห้องประชุมวิจิตร ศรีสุพรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 6-7 กุมภาพันธ์ 2558
- 2015 Participating in “Advance in Palliative care” ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดย ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ แบบครบวงจรและบริหารผู้ป่วยระยะท้าย มหาวิทยาลัยมหิดล 20-21 กรกฎาคม 2558
- 2016 Participating in “การประชุมเพื่อวิพากษ์ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่บ้านในผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต” โรงแรมเดอะปาร์ค อ. เมือง จ เชียงใหม่ โดย โครงการแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติฯ 30 มกราคม 2558
- 2016 Participating in “2nd National palliative and hospice care conference” ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ ชั้น 5 โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ โดย กรมการแพทย์ และภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2-4 เมษายน 2558
- 2017 Participating in “ประชุมเชิงปฏิบัติการ การปรับปรุงหลักสูตร และ Expected learning outcomes” อาคารประยูร จินดา ชั้น 3 อาคาร ภปร มหาวิทยาลัยบูรพา 18-19 เมษายน 2559
- 2017 Participating in “ประชุมเชิงปฏิบัติการ: การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการพยาบาลทางคลินิกเฉพาะสาขาและการจัดทำหลักสูตรต้นแบบ (การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ)” ห้องประชุมราชนครินทร์ สภากาชาด จ. นนทบุรี โดย สภากาชาด 21 มีนาคม 2559
- 2017 Participating in “ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับหลักสูตรตามเกณฑ์ AUN-QA” ห้องประชุมโรงแรมเทาทอง 1 ศูนย์ปฏิบัติการโรงแรมเทาทอง โดย งานประกันคุณภาพการศึกษา กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา 18-19 เมษายน 2559

- 2017 Oral presentation and participating in “Building the Collaborative Research Platform and Professional Training Workshop for Cancer Treatment, Hospice/Palliative Care and Bioethics in Southeast Asian Countries” at Taiwan, October 9-16, 2017
- 2017 Participating in “โครงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรที่เกี่ยวกับมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์: Good Clinical Practice—GCP” 202 ชั้น 2 ตึกธำรงบัวศรี โดย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 19-20 ธันวาคม 2559
- 2018 Oral presentation and participating in “47th Global Nursing & Healthcare Conference: Theme: Exploring latest innovations in Nursing and Health care, March 01-03, 2018 London, UK, (at Kemp House, 152 City Road, London EC1V 2NX)

#### วิทยากรรับเชิญ

- 2011 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง อาการ และอาการแสดงผู้ป่วยใกล้ตาย และการดูแลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมืองต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี (วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2554)
- 2011 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง การพัฒนาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตภาคตะวันออกเฉียง (วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2554)
- 2011 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ: การดูแลความสุขสบาย ณ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดชลบุรี (วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554)
- 2012 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ: ผลลัพธ์ทางการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ (17 ตุลาคม 2555)
- 2016 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการการสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลระยอง จ.ระยอง เป็นระยะเวลา 2 วัน (วันที่ 21-22 มกราคม พ.ศ. 2559)
- 2016 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ. สมุทรปราการ (วันที่ 27-28

- มิถุนายน พ.ศ. 2559)
- 2016 วิทยากรรับเชิญ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ โรงพยาบาล-  
กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี (วันที่ 28-29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559)
- 2017 ที่ปรึกษาการปรับปรุงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง  
หอผู้ป่วยสามัญชาย โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี จ. ชลบุรี
- 2018 วิทยากรรับเชิญ โครงการอบรม “สถิติพื้นฐานในการวิจัยสำหรับพยาบาล”  
ในระหว่างวันที่ 23-24 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี
- 2018 คณะกรรมการ และวิทยากรในโครงการอบรมครูคลินิกการพยาบาลมะเร็ิง 4-8, 11-15  
มิถุนายน 2561 โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี จ. ชลบุรี
- 2018 ประธาน และวิทยากรในโครงการ “การดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพ  
ในศตวรรษที่ 21”(Palliative Care in the 21st Century)  
ระหว่างวันที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๙ มิถุนายน  
พ.ศ. 2561 ณ โรงแรม เดอะไทด์ รีสอร์ท บางแสน จังหวัดชลบุรี
- 2018 คณะกรรมการ และและวิทยากรหลักสูตรเฉพาะทางมะเร็ิง คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา (กำลังดำเนินการ)

### ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายนนทกร ดำนงค์  
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Nontakorn Damnong
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน  
1 4201 0001X XX X
3. ตำแหน่งปัจจุบัน  
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
169 ถนน ลงหาดบางแสน ตำบล แสนสุข อำเภอ เมือง จังหวัด ชลบุรี 20131  
โทรศัพท์ 038-102815, 08-9900-9569 โทรสาร 038-393476  
Email: nontakorn@buu.ac.th
5. ประวัติการศึกษา  
2558 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ  
การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
  - 7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย  
นนทกร ดำนงค์, อภรณ์ ดินาน, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 31(3), 74-83.  
  
Damnong, N. & Deenan, A. (2017). Determinants of health perception among congestive heart failure patients. Proceeding in Ratchathani University, National Conference 2<sup>nd</sup> 2017, Ratchathani University, Ubonratchathani, Thailand. ได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเด่นในการนำเสนอบทความวิจัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ประจำปี 2560 ครั้งที่ 2 ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



## 7.2 ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ยุพิน ถนัดวิชย์ และนนทกร ดำรงค์. (2560). ความชอบของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในระยะลุกลามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(4), 70-79.

## รายงานสรุปการเงิน

เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย (3314) สัญญาเลขที่ 81/2561

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ รูปแบบการดูแลความสุขสบายในการดูแลแบบประคับประคองภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะ  
ท้ายของชีวิต

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัดวณิชย์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

### รายรับ

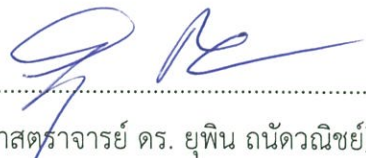
จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%)	223,350.00 บาท	เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2560
งวดที่ 2 (40%)	178,680.00 บาท	เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2561
งวดที่ 3 (10%)	44,670.00 บาท	เมื่อวันที่.....
รวม	446,700.00 บาท	

### รายจ่าย

รายการ		งบประมาณ ที่ตั้งไว้	งบประมาณ ที่ใช้จริง	จำนวนเงิน คงเหลือ/เกิน
รายรับ	งวดที่ 1 (50%)			223,350
	งวดที่ 2 (40%)			178,680
	รวม			402,030
ค่าตอบแทน	ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	6,000	6,000	396,030
ค่าตอบแทน	ค่าประสานงานแหล่งข้อมูล	10,500	8,935	387,095
ค่าตอบแทน	ค่าตอบแทนผู้ช่วยนักวิจัย	60,000	60,000	327,095
ค่าตอบแทน	ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูล (ผู้ป่วย)	75,000	60,000	267,095
ค่าตอบแทน	ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูล (ญาติ)	75,000	45,000	222,095

รายการ		งบประมาณ ที่ตั้งไว้	งบประมาณ ที่ใช้จริง	จำนวนเงิน คงเหลือ/เกิน
ค่าตอบแทน	ค่าตอบแทนแหล่งข้อมูล	6,000	6,000	216,095
ค่าใช้สอย	ค่าเดินทางติดตามการเก็บรวบรวม ข้อมูลของผู้ช่วยนักวิจัย	21,000	13,300	202,795
ค่าใช้สอย	ค่าใช้จ่ายในการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย	12,340	13,350	189,445
ค่าใช้สอย	ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นตัวอย่าง สำหรับผู้ช่วยนักวิจัย	7,320	13,350	176,095
ค่าใช้สอย	การติดตามการดำเนินการเก็บรวม ข้อมูลของผู้ช่วยนักวิจัย	33,120	42,160	133,935
ค่าใช้สอย	ค่าจ้างลงบันทึกข้อมูล	25,000	30,000	103,935
ค่าใช้สอย	ค่าวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย	5,000	10,000	93,935
ค่าใช้สอย	ค่าจ้างพิมพ์เอกสาร	5,000	5,000	88,935
ค่าใช้สอย	ค่าจัดทำรูปเล่มรายงาน	2,500	2,500	86,435
ค่าใช้สอย	ค่าถ่ายเอกสาร	3,580	10,154	76,281
ค่าวัสดุ	วัสดุ/อุปกรณ์สำนักงาน/ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์	10,000	31,611	
ค่าตอบแทน	ค่าตอบแทนนักวิจัย	44,670	44,670	
ค่าธรรมเนียม อุดหนุนสถาบัน	ค่าธรรมเนียมอุดหนุนมหาวิทยาลัยฯ	44,670	44,670	
	<b>รวม</b>	446,700	446,700	

  
 (.....)  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนังถาวรนิชย์)  
 หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน