

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF PRIMARY NURSING ON QUALITY OF LIFE OF END OF LIFE PATIENTS

Miss Supreeya Deeying

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

สุปรียา ดียิ่ง : ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (EFFECT OF PRIMARY NURSING ON QUALITY OF LIFE OF END OF LIFE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์, 166 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มเกณฑ์เทียบเคียง 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการคัดเลือก โดยการจับคู่ ใช้เพศ อายุ โรค เป็นตัวกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือ ส่งางามท่ามกลางความเจ็บป่วย ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัย และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Ferrell et al. (1995) นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทดสอบค่า CVI ได้เท่ากับ .83 และทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน หลังให้การดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนให้การดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมทุกด้าน ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล .....ลายมือชื่อนิติ.....  
ปีการศึกษา 2554 .....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

# # 5177847536 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : PRIMARY NURSING / END OF LIFE / QUALITY OF LIFE

SUPREEYA DEEYING : EFFECT OF PRIMARY NURSING ON QUALITY OF  
LIFE OF END OF LIFE PATIENTS. THESIS ADVISOR :  
ASST.PROF.CAPT.WASINEE WISESRITH Ph.D., RN. 166 pp.

The purposes of this experimental research were to compare the quality of life before and after using primary nursing for end of life patients and compare the quality of life with non using primary nursing for end of life patients. The research samples were the 40 end of life patients. They were divided into 2 groups, 20 patients for experimental group and 20 patients for control group. These 2 patients groups were matched with sex, age and diagnosis. The instruments were consisted of Program of primary nursing for end of life care and Patients handbook which, was created and developed by researcher. And Questionnaire for quality of life of Ferrell et al. (1995) was appropriately applied with the context of the end of life patients. All instruments were confirmed by the five experts and Questionnaire for quality of life was tested by content validity index was .83. Reliability of the questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient and value was .96. Data were analyzed by using mean, standard deviation and t-test.

The results of this study revealed that

1. Quality of life for end of life patients after using primary nursing was significantly higher than before using primary nursing at the level .00
2. Quality of life for end of life patients, whom used the primary nursing, was significantly higher than the patients, who did not used primary nursing at the level .05.

Field of Study : Nursing Administration Student's Signature .....

Academic Year : 2011 Advisor's Signature .....

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โดย	นางสาวสุปรียา ดียิ่ง
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ แนวคิดและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่มีคุณค่า ตลอดจนความเอาใจใส่ตลอดมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกสำนึกในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาได้ให้คำแนะนำและแนวคิดเพิ่มเติมจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบคุณวิทยากร ที่ได้ให้ความรู้แก่พยาบาลผู้เข้ารับการอบรม ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลกลาง ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจน ผู้ช่วยวิจัย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความรู้ ความช่วยเหลือในการศึกษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ตลอดจนกำลังใจที่ได้รับจากคณาจารย์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นในคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลทุกท่าน ที่ให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอโน้มรำลึกคุณ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้ที่มีพระคุณทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ สนับสนุนงานวิจัยฉบับนี้ด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย มาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้ผู้วิจัยประสบผลสำเร็จทางการศึกษา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร..	12
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	16
แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	37
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	68
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94

บทที่	หน้า
สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	96
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
สรุปผลการวิจัย.....	103
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	108
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	109
รายการอ้างอิง.....	110
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หนังสือหนังสือให้ ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย และใบรับรองการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	158
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	166



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย เปรียบเทียบ จำนวน RN : TN/PN ต่อหอ ผู้ป่วย และสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพ.....	13
2	อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในเพศชายและเพศหญิง.....	23
3	อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	24
4	การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยกลุ่มเกณฑ์ และกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของ เพศ อายุ และโรค.....	72
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สถานะทางการเงินของ ครอบครัว อาชีพ ผู้ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โรค ศาสนา (ศรัทธา/ความเชื่อ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	73
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จำแนกตาม อายุ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	85
7	คะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการอบรมความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	87
8	จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของ ไข้ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (n=8).....	90
9	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20).....	98
10	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ (กลุ่มเกณฑ์) กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (กลุ่มทดลองจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=40).....	99
11	ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่ม เกณฑ์และกลุ่มทดลอง.....	163

ตารางที่

หน้า

12	ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อน และหลังการทดลอง.....	164
----	--	-----

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	68
2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	96

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนไปตามลักษณะของสังคมและเศรษฐกิจ ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ประชาชนมีความรู้และเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากขึ้น ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเพิ่มสูงมากขึ้น อาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์ พฤติกรรมทางเพศ และการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชากร จากสถิติขององค์การอนามัยโลกและข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรโลก รวมทั้งประเทศไทยจะมีชีวิตยืนยาวขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ และมนุษย์มีความพยายามที่จะยืดชีวิตของตนในทุกวิถีทาง ทำให้มีอัตราการตายของประชากรน้อยลง อัตราการตายต่อประชากรประเทศไทย 1,000 คน ในปี 2550-2552 คิดเป็น 6.3 6.3 และ 6.2 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีส่วนช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ผลก็คือ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีผลเสียที่อาจเกิดขึ้นคือ การใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ การชะลอความตายของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ พิจารณาในด้านดี เป็นการยืดเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวออกไป แต่ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตน้อยลง (วนิดา ศรีวรกุล , 2537)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง และไตวาย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะของโรคมะเร็ง และไตวายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความเจ็บปวด องค์การอนามัยโลก จัดอันดับโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประชากรโลก เพราะเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของการตายทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยปี 2550-2552 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง of ประชากร คิดเป็นอัตรา 84.9 87.6 และ 88.3 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อัตราการตายจากโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะการดำเนินอาการของโรคที่อยู่ในระยะที่ 1 และ 2 จะไม่ปรากฏอาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้ามารับการรักษาเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งอาจจะช้าไปสำหรับการ

เริ่มต้นให้การรักษา ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือหมดหวังกับการหายของโรค ส่วนโรคไตวาย เป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่อย่างช้าๆ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย แต่เริ่มแรกจะทำให้เข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายและไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้อีก ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย สำหรับประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้เริ่มลงทะเบียนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่าโรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่า มีผู้ป่วยคนไทยที่กำลังได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือด้วยวิธีล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง ประมาณ 100 คน เศษต่อประชากร 1 ล้านคน เพื่อประคับประคองชีวิตไว้ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เสียค่ารักษา ในการฟอกไตครั้งละประมาณ 2,000-3,000 บาท ฟอกไตสัปดาห์ละ 2 ครั้ง หรือเดือนละ 8 ครั้ง ผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงคนละ 3-4 แสนบาทต่อปี นอกจากนี้ยังต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการต่างที่เกิดจากไตสูญเสียหน้าที่ เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด มีอาการระอึก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ชัก หดสติ มีอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง น้ำคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยอาจมีภาวะซีด ซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ ไม่มีทางรักษาให้หายขาด มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม สภาพจิตใจย่ำแย่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องทนทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย เป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548) รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกลัวการตาย และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) ในด้านสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น (จำลอง ดิษยวณิช, 2547) สูญเสียรายได้ มีปัญหาค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติคอยดูแล หรือผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว สำหรับด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต และในผู้ป่วยที่ไม่เชื่อว่ามีชีวิตหลังการตาย อาจไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เมื่อเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) ผู้ป่วยจึงต้องทนทรมานกับสภาพที่เป็นอยู่ขณะเดียวกัน ญาติของผู้ป่วยก็ต้องทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานกันทุกฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม การให้การรักษายาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง มีความปลอดภัย ขณะเดียวกัน ก็ต้องการความรัก การได้รับการอภัย การมีความหวัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมาก ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องอาศัยการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลรักษาทั่วไป เมื่อการรักษาเพื่อให้หายขาดไม่สามารถเป็นไปได้อีก การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย บรรเทาอาการต่างๆ จากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ช่วยคงความหวังต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลที่ให้การดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม โดยการ ประเมินปัญหา การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล การสังเกตอาการ การสอน การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการมอบหมายงานที่มีความเหมาะสม จะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมอบหมายงานทางการพยาบาล เป็นการบริหารองค์กรในระดับหอผู้ป่วยและเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะมีการมอบหมายงานที่มีความเหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยนั้นๆ การมอบหมายงานที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยที่เอื้อให้พยาบาลสามารถดำเนินการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้อย่างสัมฤทธิ์ผล(พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์, 25426) ส่งผลให้เกิดบริการที่ดีมีคุณภาพ ประหยัดค่าใช้จ่ายและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์, 2541) และทำให้เกิดความประทับใจในบริการที่ได้รับ ลักษณะการมอบหมายงานมีหลากหลายวิธี เช่นการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การมอบหมายงานตามหน้าที่ มีจุดมุ่งหมายเพื่อความสำเร็จของงานไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การมอบหมายงานแบบที่มเหมาะกับผู้ป่วยทั่วๆไปที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน การมอบหมายแบบรายกรณีเหมาะกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงเป็นบางครั้ง การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คล้ายกับการมอบหมายแบบรายผู้ป่วย ต่างกันตรงที่พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะเห็นว่าการมอบหมายงานแต่ละวิธีมีความเหมาะสมและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบันเป็นการมุ่ง

ดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อให้หายหรือทุเลาจากสภาพการเจ็บป่วย การมอบหมายงานส่วนมาก มักจะใช้การมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะหน้าที่หรือแบบเป็นทีม พยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะถูกหมุนเวียนสลับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร ไม่มีพยาบาลคนใดคนหนึ่งที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลไม่รู้จักรักผู้ป่วยและเข้าใจปัญหาผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล ได้อย่างชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) พยาบาลไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนได้ตรงขอบเขตและความรับผิดชอบตามวิชาชีพที่ได้ศึกษามา เนื่องจากมุ่งแต่ทำงานให้เสร็จ (task-oriented) (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2542) ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram และคณะ (1979) เป็นการมอบหมายงานที่สนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มความสามารถ โดยเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลมาใช้เพื่อมุ่งการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การดูแลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูล วางแผนและดำเนินตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง วัตถุประสงค์หลักของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้คือ มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลที่ต่อเนื่อง จากพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่แรกกับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พยาบาลต้องใช้เวลาและมีศิลปะในการเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยแก้ไข้ปัญหาและได้รับการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสียชีวิต การสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดความไว้วางใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ ดังนั้นการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่มุ่งการดูแลผู้ป่วยในองค์รวม ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการดูแลที่ต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ จึงสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติได้อย่างแท้จริง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในสังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีขนาด 400 เตียง เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มุ่งเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้บริการกับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล และรับ

ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จากโรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานคร และบริเวณข้างเคียง เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการดูแลร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป มีการกระจายอยู่ตามทุกแผนก โดยเฉพาะแผนกศัลยกรรมและแผนกอายุรกรรม จากสถิติปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งสิ้น 615 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหลอดเลือดสมอง ไตวาย เป็นต้น จากการสำรวจในเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2552 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 57 คน เดือน มกราคม – มิถุนายน 2553 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 157 คน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา

จากประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยพิเศษ (20/15) ผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ มาด้วยโรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้น เช่น โรคมะเร็ง ระยะ 3-4 ไตวายระยะสุดท้าย โรคทางระบบหลอดเลือดสมอง คิดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18 (สถิติ เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2553) การมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป คือการมอบหมายงานที่ผสมผสานระหว่างการดูแลตามหน้าที่ การทำงานเป็นทีม และการทำงานตามคำสั่งแพทย์ ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีเวลาน้อยในการดูแล พูดคุย และรับฟังปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ขาดการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และญาติ การรีบเร่งในการทำงานยังส่งผลให้พยาบาลขาดการสื่อสาร การให้คำแนะนำหรือการให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการให้กำลังใจกับผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตายอย่างสงบ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือผ่อนคลายความทุกข์จากการสูญเสีย และดำเนินชีวิตต่อไปได้ ประกอบกับการรักษามุ่งเน้นในเรื่องทางกายและการรักษาโรค การพยาบาลในปัจจุบันจึงเป็นการพยาบาลแบบแยกส่วนมากกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้ลักษณะการดูแลที่มีพยาบาลหมุนเวียนให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าที่จะบอกกล่าวความต้องการของตน หรือระบายปัญหาต่างๆที่อยู่ในใจ การเอาใจใส่ดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติจึงขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับการแก้ไข การดูแลจึงไม่ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 5 คน ระหว่าง เดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2553 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง การดูแลทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจและเอื้ออาทร การช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ตลอดจนการช่วยให้ผู้ป่วยสมหวังในชีวิตและคลายความวิตกกังวล โดยเฉพาะเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้น การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการสอน การให้การปรึกษา การบอกกล่าวข้อมูลต่างๆ การให้กำลังใจ



การดูแลและพูดคุยอย่างต่อเนื่อง จึงน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง เกิดความสบายใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ Robert (1980) ศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับกรมอบหมายงานระบบทีม พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแลเฉพาะบุคคลมากขึ้น สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) เรณู พุกบุญมี, จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, จุติพร แดงฉาย, สุปราณี เสนาดีสัย (2544) ได้ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีความเป็นอิสระและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าการมอบหมายงานในรูปแบบอื่น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Yoder-Wise, 1999; ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542; จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545; พรรัตน์ รัตนศิริวงศ์, 2552) ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากองค์กร โดยความพึงพอใจในบริการพยาบาลครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านศิลปะการพยาบาล ด้านคุณภาพการดูแลทางคลินิก ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ด้านความพร้อมในการบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และด้านประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล (Eriksen, 1988 อ้างใน พัชรี เจริญพร, 2546) ความพึงพอใจในบริการพยาบาล จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยสบายใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัย พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อนและแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา นำการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และจากไปอย่างสงบ และข้อมูลที่ได้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดียิ่งขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ มีความแตกต่างกันหรือไม่

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และไตวาย ที่มีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการพยาบาลมากขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค รวมทั้งกระบวนการในการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และจากไปอย่างสงบ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบ การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตามแนวคิดของ Marram และคณะ (1979) เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นวิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษามีการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่ายออกไปจากหอผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน วัตถุประสงค์หลักของมอบหมายงานแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้คือ มุ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย ตามแผนการที่วางไว้ ตลอดจน การสังเกตอาการ การสอน การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่เหมาะสม รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย (Coordination of patient care) เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) จากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เกิดการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ

(Comprehensive patients care) จากการพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการพยาบาลที่มีความซับซ้อน และต้องการให้มีการมีสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และมีความปลอดภัย ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการความรัก การได้รับการอภัย การมีความหวัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ตามแนวคิดของ WHO (2011) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นระยะสุดท้ายของโรคและครอบครัว โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ ตายดี

จากลักษณะงานของพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงควรนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้มาพร้อมกับกรมอบหมายงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพยาบาลจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้การดูแลผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาในการ เริ่มต้นรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งต้องใช้เวลามาก และผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ กล้าบอกปัญหาที่แท้จริงของตนเองออกมา และมีเวลาในการวางแผนการพยาบาล ตรวจ ข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การ พยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ลดความกลัวต่อความตายและความสิ้นหวัง ทำให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต ที่นำไปสู่ความหวังและต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการบูรณาการรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบครัว ผู้ป่วยและญาติเกิดการยอมรับในคุณภาพการพยาบาล และให้

การร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกับพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยคือ

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ด้วยโรคมะเร็งระยะ 3-4 และไตวายระยะสุดท้าย
2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Primary Nursing for End of life patients)** หมายถึง ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โดยที่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ได้รับการมอบหมายงานจากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายหรือผู้ป่วยเสียชีวิต และได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ** พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติและประเมินสภาพผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วย คือ ระยะคงที่ (stable) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) ระยะวาระสุดท้าย (end-of-life) ด้วยแบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: Palliative Performance scale version2 (PPS v2)

## ระยะที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลตามระยะต่างๆ โดยให้การดูแลผสมผสานร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และดูแลให้การตายเป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่เร่งรัดหรือยืดเยื้อการตาย

2. ดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ

3. ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุด

5. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ

6. ดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

7. ให้การดูแลโดยผสมผสาน Palliative care เข้ากับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

พยาบาลเจ้าของไข้เยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการพยาบาล ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ และเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

## ระยะที่ 3 การจำหน่ายผู้ป่วย

พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อน จำหน่าย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

**ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life patients)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็งระยะที่ 3-4 ที่มีการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น มีภาวะแทรกซ้อนของอาการต่างๆ จากโรค เช่น ปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร เป็นต้น หรือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ต้องอาศัยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือโดยการล้างไตด้วยน้ำทางช่องท้อง เพื่อประคับประคองชีวิตไว้ มาเข้ารับการดูแลรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ (20/14) และหอผู้ป่วยพิเศษ (20/15)

**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกี่ยวกับ ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ในช่วงระยะเวลานั้นๆ โดยประเมินจากแบบวัด

คุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ เฟอเรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 1995) 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติ สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการต่างๆ เช่น ความปวด ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

2. ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้านการเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความรู้สึกว่าตนเองยังมีความหมายและมีคุณค่า ความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับการให้ความเคารพ ยอมรับคุณค่าในฐานะบุคคล การทำประโยชน์ให้กับตนเองและบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการได้รับความรักและการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และความรู้สึกของการได้ปลดปล่อยภาระหรือไม่มีสิ่งที่ห่วงกังวล

3. ด้านสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม เช่น การมีผู้ดูแลหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างเช่น ญาติ เพื่อน พยาบาล แพทย์

4. ด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกี่ยวกับความรู้สึกสงบสุขในจิตใจ ความหวังและความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล และได้นำหลักคำสอนนั้นมาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำหรับผู้บริหาร นำไปพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ

2. สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และเป็นข้อมูลในการให้การสนับสนุนส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการทำงานของพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

3. สำหรับผู้ป่วยและญาติ ให้ได้รับการดูแลแบบครบองค์รวม ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลมากขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ สรุปประเด็นที่สำคัญเสนอตามลำดับดังนี้

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 1. บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง เป็นสถานพยาบาล ระดับตติยภูมิ มีขนาด 400 เตียง เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มุ่งเน้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้บริการกับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล และรับดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ จากโรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานคร และบริเวณข้างเคียง เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้บริการทางการแพทย์ บำบัดรักษาผู้ป่วย สร้างเสริมสุขภาพอนามัย และป้องกันโรค ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ และปฏิบัติงานร่วมกับส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย โดยได้มีการปรับปรุงพัฒนาการบริการให้ทันสมัย ตลอดจนฟื้นฟูสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐ ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ประชาชนในเขต Catchments area ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ประกันสังคมที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่งต่อ ทั้งในระบบและนอกระบบการส่งต่อ ที่มีเครือข่ายบริการในสังกัดกรุงเทพมหานคร มีนโยบายในการพัฒนาให้เป็นระบบบริหารเชิงคุณภาพทั้งองค์กร สนองตอบความต้องการของประชาชนผู้มารับบริการ และพัฒนาบุคคลให้มีศักยภาพสูงขึ้น เรียนรู้

ร่วมกันเป็นทีม จนเป็น องค์การแห่งการเรียนรู้ ประชาชนที่มาใช้บริการ จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ทันสมัย ได้มาตรฐาน บริการประทับใจ

สำหรับคุณภาพทางการบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลได้มีการสานต่อนโยบายของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ บนพื้นฐานของการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียม และได้มีนโยบายลงมายังหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ทั้งแผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก

สำหรับแผนกผู้ป่วยใน ได้มีการแบ่งหน่วยงานออกเป็นหอผู้ป่วยตามกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรมและห้องคลอด และ หู ตา คอ จมูก แต่ละกลุ่มงาน มีการแบ่งหอผู้ป่วยออกเป็น หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ ยกเว้น กลุ่มงานอายุรกรรม และ ศัลยกรรม ที่มีการเพิ่มหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การบริหารจัดการภายในแต่ละหอผู้ป่วย ยึดหลักนโยบายจากฝ่ายการพยาบาล และบริหารจัดการตามความเหมาะสม ซึ่งโดยส่วนใหญ่ จะเป็นการบริหารจัดการโดยการมอบหมายงานแบบหน้าที่ และแบบทีม บางหอผู้ป่วยเป็นแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ผสมผสานกับการทำงานตามหน้าที่ และมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลดังนี้

**ตารางที่ 1 การจัดอัตรากำลังพยาบาลในหอผู้ป่วย เปรียบเทียบ จำนวน RN : TN/PN ต่อหอผู้ป่วย และสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพ**

หอผู้ป่วย	จำนวน RN : TN/PN ต่อหอ			สัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลวิชาชีพ		
	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
หอผู้ป่วยหนักทั้งหมด	6	5	5	1.5:1	1.5:1	1.5:1
หอผู้ป่วยสามัญที่มี productivity > 115 %	6 : 3	3 : 2/3	3 : 2/3	5 : 1	10 : 1	10 : 1
หอผู้ป่วยสามัญที่มี productivity 85-115 %	5 : 2	2/3 : 2	2/3 : 2	4 : 1	10 : 1	10 : 1
หอผู้ป่วยพิเศษ	3/4 : 1	2	2	4 : 1	6 : 1	6 : 1



## รูปแบบการมอบหมายงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม จำนวน 12 คน ลักษณะเป็นห้องพิเศษเดี่ยว จำนวน 12 ห้อง

การจัดอัตรากำลัง สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย เวรเช้า 1: 4 เวรบ่าย 1: 6 เวรดึก 1: 6 โดยมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน เวรเช้า 3-4 คน เวรบ่าย 2 คน เวรดึก 2 คน

การมอบหมายงานดูแลผู้ป่วย เป็นการมอบหมายงานแบบผสมผสานระหว่างการมอบหมายงานตามหน้าที่และการมอบหมายงานแบบทีม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เป็นผู้เจ็บป่วยที่มีอาการและการดำเนินของโรคอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรักษาหรือฟื้นฟูสภาพได้และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าอยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต มีโอกาสเสียชีวิตสูง ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-13 วันนอนในโรงพยาบาล ลักษณะอาการและความรุนแรงของการดำเนินโรค ที่พบในหอผู้ป่วยมี 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคแบบเฉียบพลัน โดยการถูกคุมคามอย่างกะทันหัน อาการของโรคเกิดขึ้นภายในระยะเวลาอันสั้นและรวดเร็ว ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมรับกับเหตุการณ์ไวล่วงหน้า อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคอย่างเรื้อรัง อาการของโรคดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีแนวโน้มแยลงจนเข้าสู่ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมีโอกาสรับทราบโรคและอาการเจ็บป่วยของตนเองล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยตับวาย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการและโรคต่างๆ หลายโรค ซึ่งมีความรุนแรงต่อระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญภายในร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะการมอบหมายงานให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีขั้นตอนโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานให้พยาบาลในเวรนั้นๆเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย การมอบหมายงาน เป็นการมอบหมายงานแบบผสมผสานระหว่างการมอบหมายงานตามหน้าที่และการมอบหมายงานแบบทีม พยาบาลที่ปฏิบัติงานจะทำหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย เช่น ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลให้รับประทานอาหารและยา ให้น้ำ อดสติปัญญาชีพ เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้เขียนบันทึกทางการพยาบาลและประเมินอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยหนึ่งรายจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลจำนวน

มาก แต่ไม่มีพยาบาลคนใดรับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายนั้นทั้งหมด ส่วนพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่ในการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการจ่ายงานให้ผู้ร่วมงานไปปฏิบัติ เช่นการจ่ายงานให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกรายในทีมนั้นๆ นอกจากนี้ การมุ่งทำงานตามคำสั่งการรักษา ทำให้รีบเร่งทำงานเพื่อให้เสร็จทันเวลาทำให้พยาบาลขาดการสื่อสารและขาดการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การทำงานดังกล่าวจะหมุนเวียนกันไปในแต่ละเวร ลักษณะการทำงานเช่นนี้ พยาบาลมุ่งที่จะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จในแต่ละงานและในแต่ละเวร โดยไม่คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ไม่มีเวลา พุดคุย สื่อสาร สอน ให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล จึงไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติขาดความไว้วางใจในการที่จะบอกกล่าวปัญหาและความต้องการของตน จึงเกิดช่องว่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลทางการพยาบาลไม่ครบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรเทาจากความทุกข์ทรมานต่างๆ การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงควรนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้มา ร่วมกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพยาบาลจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายให้การดูแลผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่ต้องเสียเวลาในการ เริ่มต้นรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งต้องใช้เวลามาก ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ กล้าบอกปัญหาที่แท้จริงของตนเองออกมา และมีเวลาในการวางแผนการพยาบาล ตรวจ ข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การ พยาบาลและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ลดความกลัวต่อความตายและความสิ้นหวัง ทำให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและความหมายของชีวิต ที่นำไปสู่ความหวังและต้องการให้ชีวิตดำเนินต่อไป และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

มะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทย มะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นและทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้น เป็นอันดับที่ 1 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามกลุ่มอายุที่เกิดมะเร็งโดยทั่วไปพบได้ทุกอายุ แต่พบมากในอายุ ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 65 ปีโดยเฉลี่ย ผลกระทบจากโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ขณะเดียวกันก็ทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคมะเร็ง คือ เนื้องอกชนิดร้าย ที่เกิดขึ้นมาใหม่จากเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย มีการเจริญเติบโตอยู่นอกเหนือการควบคุมของร่างกาย และมีโทษต่อร่างกาย เซลล์มะเร็งจะมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดเป็นก้อน หรือเป็นแผลมะเร็งขนาดใหญ่ ลักษณะการโตของก้อนมะเร็ง จะเป็นแบบแทรกซ้น หรือมีส่วนยื่นเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติโดยรอบเหมือนขลุ่ย การแทรกซึมเช่นนี้ จึงมีการทำลายหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออก หรือจากการที่ก้อนมะเร็งโตเร็วมากจนขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง จึงเกิดการเน่าตายของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีกลิ่นเหม็นเป็นอย่างมาก และลักษณะที่สำคัญของมะเร็งคือ เซลล์มะเร็งจากมะเร็งปฐมภูมิสามารถจะแพร่กระจายไปได้ทั่วร่างกาย ไปเกิดขึ้นใหม่ เป็นมะเร็งทุติยภูมิตรงส่วนอื่นของร่างกายที่อยู่ห่างไกลออกไป

### สาเหตุของโรคมะเร็ง

1. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย เช่น การได้รับหรือสัมผัสกับสิ่งก่อมะเร็ง (Carcinogen) ที่ปะปนหรือแพร่กระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น อาหาร เครื่องดื่ม น้ำ อากาศ ยารักษาโรค เครื่องสำอาง คิวบรี เป็นต้น นอกจากนี้การได้รับรังสีบางชนิด การติดเชื้อไวรัสหรือพยาธิบางชนิด ก็เป็นปัจจัยหนึ่งของโรคมะเร็งบางชนิดได้เช่นกัน

2. สาเหตุจากภายในร่างกาย เช่น กรรมพันธุ์ ความผิดปกติทางพันธุกรรมความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน และความไม่สมดุลทางสภาวะโภชนาการหรือสภาพทุโภชนาการสาเหตุเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

### พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดเซลล์มะเร็ง เชื่อว่าเริ่มจากความผิดปกติเกิดขึ้นที่ DNA อันเป็นส่วนประกอบของยีนในเซลล์ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการทำลาย DNA โคนสารก่อมะเร็ง เช่น สารเคมี รังสี หรือจาก DNA ของเชื้อไวรัสบางชนิด เข้าไปรวมตัวกับ DNA ของเซลล์ ทำ

ให้กลายเป็นยีนที่ผิดปกติ ถ้าร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมหรือเปลี่ยนยีนที่ผิดปกตินี้ได้ ก็จะเกิดภาวะ Mutation เซลล์แบ่งตัวกลายเป็นเซลล์ผิดปกติหรือเซลล์มะเร็ง เมื่อภาวะผิดปกติของยีนมีมากพอ มีการแบ่งตัวเป็นเซลล์มะเร็งจนภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำลายเซลล์ผิดปกติเหล่านี้ได้หมด หรือมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เซลล์ผิดปกติหรือเซลล์มะเร็งเหล่านี้ก็จะเจริญเติบโตแบ่งตัวมากขึ้น กลายเป็นโรคมะเร็งในที่สุด

### ระยะของโรคมะเร็ง

สำหรับด้านการรักษา ได้แบ่งความรุนแรงของมะเร็งตามระยะของโรค โดยอาศัยการลุกลามของโรคออกไปเป็นระยะๆ การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นการประเมินการดำเนินการของโรค ว่าเป็นมะเร็งรุนแรงเพียงใด และลุกลามไปถึงที่ใด ซึ่งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษา การวิเคราะห์และการวินิจฉัยโรค การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของขนาดเนื้องอก การขยายขอบเขตการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (Kumer, Cotran, and Robbins, 1992)

Stage I มะเร็งขนาดเล็กยังจำกัดอยู่ในเฉพาะบริเวณที่เริ่มเป็นสามารถผ่าตัดได้ดี ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีโอกาสหาย ร้อยละ 70 – 90

Stage II มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือลุกลามผ่านอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ทำการผ่าตัดได้ แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 25 – 50

Stage III มะเร็งมีขนาดใหญ่มากขึ้น ลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง ถ้าทำการผ่าตัดไม่สามารถเอาเซลล์มะเร็งออกหมด มีโอกาสหาย ร้อยละ 5 – 20

Stage IV มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ห่างไป ซึ่งจะทำการผ่าตัดไม่ได้ โอกาสหายน้อยกว่า ร้อยละ 5

### ผลกระทบของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมดังนี้ (สมจิต หนูนเจริญ, 2536)

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่างๆ ทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ปัญหาและผลกระทบที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดความกังวลในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) กังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา 2) กังวลเกี่ยวกับอัตรามโนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (body image) ความสามารถและควมมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเคมีรักษา จะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ทั้งผมร่วง น้ำหนักลด ร่างกายอ่อนเพลีย 3) กังวลด้านการงานและการเงินเพราะต้องรักษาเป็นเวลานาน 4) กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ๆ รู้สึกว่าตนเองห่างไกลญาติพี่น้องเหมือนถูกทอดทิ้ง 5) กังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะทำให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง บางรายหวังที่จะหาย บางรายหวังใช้ชีวิตยืนยาวขึ้น แต่บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากโรค นอกเหนือไปจากการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากให้ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผลการรักษามากขึ้น

3. ด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) เมื่อมีการเจ็บป่วย บุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมาก เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความลำบาก และความยุ่งยากในชีวิตได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) ในขณะที่เจ็บป่วยจิตวิญญาณจะช่วยให้บุคคลมีความหวังและสามารถปรับตัวได้ต่อการเจ็บป่วย (Meraviglia, 2002)

4. ด้านสังคม ผู้ป่วยกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ และรู้สึกเป็นภาระต่อเพื่อนและผู้ร่วมงานที่ต้องทำงาน หรือมาเยี่ยมเยียน รวมถึงการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องลดลง เนื่องจากรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ หรือมีอาการอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมาก พยาธิสภาพของโรคได้ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวังกลัวการถูกทอดทิ้ง ความเจ็บปวด ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการปรับตัวยอมสภาพการเจ็บปวดในระยะสุดท้ายได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

## 2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไตหมดสภาพการทำงานแล้ว ไตจะไม่หวนกลับมาเป็นปกติได้อีก ผู้ป่วยต้องอาศัยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือโดยการล้างไตด้วยน้ำทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เพื่อประคับประคองชีวิตไว้ ต้องเสียค่ารักษาในการฟอกไตครั้งละประมาณ

2,000-3,000 บาท ฟอกไตสัปดาห์ละ 2 ครั้ง หรือเดือนละ 8 ครั้ง ผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงคนละ 3-4 แสนบาทต่อปี นอกจากนี้ยังทุกข์ทรมานจากอาการต่างที่เกิดจากไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดน้อยลง อาการและอาการแสดงของภาวะไตวายเรื้อรังในระยะแรกจะไม่มีอาการ เมื่อการทำงานของไตเสียไปมากกว่าร้อยละ 75 ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด มีตะอึก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ชัก หดสติ มีอาการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง น้ำคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยอาจมีภาวะซีด โลหิตจาง เนื่องจากการสร้างของอีริโทรโพอิตินลดลง นอกจากนี้ระดับแคลเซียมในเลือดจะต่ำ ฟอสเฟตจะสูงและมีอาการของกระดูกผุร่อน เป็นต้น

### สาเหตุของไตวายเรื้อรัง แบ่งเป็น

1. โรคปฐมภูมิที่ไต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบ ชนิดเนโฟรติกซินโดรม โรคไตที่เกิดจากการติดเชื้อต่างๆ โรคที่เกิดจากนิ่วหรือการอุดตันทางเดินปัสสาวะ และความผิดปกติแต่กำเนิดของไต
2. โรคระบบอื่นที่มีผลกับไต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคเกาต์ โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เอส.แอล.อี.

### พยาธิสรีรวิทยา

ไตวายเรื้อรัง เกิดจากหน่วยไตมีการสึกหรอและค่อย ๆ ถูกทำลาย เริ่มจากการขาดเลือด การอักเสบเกิดเนื้อตาย จนในที่สุดทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ และอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสมีก่ลดลง ทำให้มียูเรียไนโตรเจนและครีเอตินีนสูงขึ้น ส่วนหน่วยไตที่เหลือยังสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย หน่วยไตจะขยายตัวทำให้มีขนาดที่โตขึ้นในขณะการกรองที่ไตลดลง ลดการดูดซึ่มกลับของโซเดียม ความสามารถในการที่ให้ปัสสาวะเข้มข้นหรือเจือจางเสียไป ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เมื่ออัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลงเหลือน้อยกว่า 10-20 มิลลิลิตรต่อนาที จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของไตวาย ผู้ป่วยจะแสดงอาการซึ่งเป็นผลเสียมาจากที่มีของเสียคั่งในกระแสเลือด เรียกว่า ภาวะยูรีเมีย ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ทั้งร่างกายเสื่อมลงในที่สุด (Black, 2005)

### การแบ่งการทำงานของไตออกเป็นระยะต่างๆ

แพทย์ประเมินการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรองของเสียที่ไต ในทางปฏิบัติ อาจใช้ค่าอัตราการขจัดสารครีอะตินีนที่ไต (creatinine clearance, Ccr) เป็นตัวแทนค่าแรงม้าของไต แบ่งการทำงานของไตตามค่า Ccr ได้เป็นระยะต่างๆ 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Kidney Damage with Normal Filtration หมายถึง ระยะที่ค่า Ccr ของผู้ป่วยมากกว่า 90 ml/min/พื้นที่ผิวร่างกาย (body surface area) 1.73 m<sup>2</sup> BSA ไตเริ่มเสื่อม แต่ยังมีอัตราการกรองของเสียที่ไตปกติ

ระยะที่ 2 Kidney Damage with Mildly Decreased Filtration หมายถึง ระยะที่ค่า Ccr ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 60 – 89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> BSA ไตผิดปกติและมีอัตราการกรองของเสียที่ไตลดลง

ระยะที่ 3 Moderately Decreased Filtration หมายถึง ระยะที่ค่า Ccr ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 30 – 59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> BSA ค่าอัตราการกรองของเสียที่ไตลดลงประมาณร้อยละ 50

ระยะที่ 4 Severely Decreased Filtration หมายถึง ระยะที่ค่า Ccr ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15 – 29 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> BSA ค่าอัตราการกรองของเสียที่ไตลดลงมาก เหลือต่ำกว่าร้อยละ 30

ระยะที่ 5 End-stage kidney disease: ESRD หมายถึง ระยะที่ค่า Ccr ของผู้ป่วยอยู่ในช่วง < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> BSA ไตสูญเสียหน้าที่เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือโดยการล้างไตด้วยน้ำทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) หรือการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) เพื่อประคับประคองชีวิตไว้

ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไตหมดสภาพการทำงานแล้ว ไตจะไม่สามารถกลับมาทำงานเป็นปกติได้อีก ผู้ป่วยต้องอาศัยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือโดยการล้างไตด้วยน้ำทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ เป็นไปเพื่อประคับประคองชีวิตไว้ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 2.3 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตได้ไม่นาน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

สันต์ หัตถิรัตน์ (2544) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคไปอย่างมาก แพทย์ลงความเห็นว่าการของโรคเกินกว่ารักษาให้หายขาดได้ และเป็นที่น่าเศร้าว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้น

วันดี โภคะกุล (2543) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายว่า เป็นผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค เป็นความเจ็บป่วยจึงไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพดังเดิม แต่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด ได้อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล และความเจ็บป่วย เพื่อจากไปอย่างสงบ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามประกาศแพทยสภาหมายความว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่า การรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในขณะนั้นหรือที่ได้รับต่อไป ไม่สามารถทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้นานพอ ในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ประกาศแพทยสภา อ้างถึงใน แสงวง บุญวิภาส, 2547)

Johnson and Bourgeois (2003) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ต้องทนทรมานในโรคด้วยความกลัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจต้องทนทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ บุคคลที่อยู่ในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ยาวนาน เริ่มต้นจากความขัดแย้ง ความพ่ายแพ้ และขาดความมั่นใจ สิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การพยาบาลที่ให้ มีจุดประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการแสดงต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความตาย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (สุภาพร ดาวดี, 2537) ซึ่งการเจ็บป่วยอาจเป็นแบบเฉียบพลัน แบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเจ็บหนักเป็นครั้งๆ จนอาการทรุดลงเรื่อยๆ หมดหวังในการรักษาให้หายขาดได้ (นภดล โสภารัตนาไพศาล, 2547) มีการดำเนินของโรคอยู่ในขั้นสุดท้าย ร่างกายจะอ่อนแอลงมาก จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมอาการและอาการแสดงออกของโรคนั้นๆ ได้ ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา โดยการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือรอดชีวิตได้ ต้องทนทรมานต่อความเจ็บปวดและกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จุดมุ่งหมายของการดูแลเพียงเพื่อระดับประคองอาการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและตายอย่างสงบ



## 2.4 การปรับตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นภาวะที่วิกฤติในชีวิต ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการปรับตัวโดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (Kubler - Ross, 1997) ดังนี้

1. Shock & Denial ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ ช็อกกับข่าวร้ายที่เกิดกับตนเอง ปฏิเสธว่าข่าวนั้นไม่จริง ภาพฝันที่ตนเองคาดหวังไว้กับอนาคตพังทลายลง เป็นความรู้สึกยากที่จะรับได้กับความจริงที่กำลังเกิดขึ้น

2. Anger หลังจากตกใจกับข่าวร้ายที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกโกรธโชคชะตาที่ทำให้ร้ายตน ทั้งที่ตนมุ่งทำดี มีความฝันมาตลอด เริ่มไม่เชื่อเรื่องการทำดีจะได้ดี โกรธตนเองก็ไม่เข้ารับการรักษาแต่เนิ่น โกรธญาติมิตรเพื่อนฝูงที่เป็นสาเหตุให้เจ็บป่วย โกรธแพทย์ที่วินิจฉัยโรคไม่ได้แต่เนิ่นๆ หรือบอกว่ารักษาโรคของตนไม่ได้

3. Bargaining หลังจากผ่านสองระยะแรก ผู้ป่วยเริ่มทำใจยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น แต่ยังขอต่อรองว่า ถ้าตนทำความดี หรือยอมทำอะไรบางอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนกับโชคชะตา บางทีปาฏิหาริย์อาจมีจริง ทำให้ข่าวร้ายว่าตนเองกำลังจะตายอาจกลับตาลปัตรเป็นการยากจากโรคถาวร

4. Depression หลังจากผ่านระยะต่อรอง ผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่าความจริงดังกล่าวยังคงเป็นจริงอยู่ ไม่สามารถต่อรองเพื่อเปลี่ยนแปลงได้ อาการของโรคเริ่มแน่นชัดขึ้น เจ็บป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับต่อความตายด้วยอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ หดห้วง

5. Acceptance เมื่อท้อแท้หมดหวังถึงช่วงหนึ่ง ความตายเริ่มเข้ามาใกล้ ผู้ป่วยจะเริ่มปลงและยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามา อยากสั่งลากับญาติสนิทมิตรสหายต่างๆ

Kubler – Ross ยังกล่าวไว้ว่า ปฏิภิกิริยาทั้ง 5 ชั้น เป็นปฏิภิกิริยาเฉพาะบุคคลนั้นๆ อาจไม่เป็นตามลำดับ หรืออาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลนั้นๆ ทราบว่าชีวิตของตนเหลือเวลาน้อยลง อาจมีปฏิภิกิริยาต่อความตายที่ใกล้เข้ามาเป็น 3 ระยะกว้างๆ (new stage of dying) คือ

1. ระยะเผชิญหน้ากับข่าวร้าย (stage of facing the threat) เป็นช่วงแรกที่ผู้ป่วยได้รับข่าวว่าตนเองมีเวลาเหลือน้อยลง เป็นช่วงที่ปรับตัวกับข่าวร้ายที่ได้รับมา ทำให้ผู้ป่วยอาจมีปฏิภิกิริยาที่ผสมผสานจากหลากหลายอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ปฏิเสธ ตอรอง โกรธ กล่าวโทษคนอื่น ซึมเศร้า เสียใจ น้อยใจ ประชดประชัน แดกดัน ยอมรับความตายแบบปลงๆ ตรวจโรคซ้ำซากว่าการวินิจฉัยโรคยังคงเป็นเหมือนเดิมหรือไม่ เป็นต้น ช่วงนี้อาจกินเวลาสั้นหรือยาวนานก็ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ระยะเจ็บป่วย (being ill stage) ระยะนี้เป็นช่วงที่ความหลากหลายทางอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ จะเริ่มสงบลงด้วยการเจ็บป่วยต่างๆ จากตัวโรค เช่น ปวดท้อง ท้องโตขึ้น ปวดที่ก้นมะเร็ง เริ่มต้องพึ่งพาคนอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น อาการเจ็บป่วยทางกายหนักขึ้น อารมณ์จึงค่อนข้างซึมเศร้า ท้อแท้ เปื่อหน่ายกับอาการทุกข์ทรมานเพราะตัวโรค

3. ระยะสุดท้ายของชีวิต (last stage) จะเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มหมดสภาพไม่ทำงานอวัยวะต่างๆ เริ่มวาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ตัวว่าจะไม่สามารถมีชีวิตต่อได้อีกนานในช่วงระยะนี้ และเริ่มสั่งเสียญาติหรือพยายามจะทำสิ่งที่ตนเองยังไม่ได้ทำให้เสร็จ หรือนึกถึงภาวะสุดท้ายที่ตนเองอยากจะเป็น อยากจะตายในสถานที่ใด มีใครแวดล้อมบ้าง

#### 2.4 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเคยรักษาหายแล้ว ต่อมาเกิดมีโรคมะเร็งเป็นซ้ำใหม่ หรือมีโรคมะเร็งกระจายไกลไปตามอวัยวะต่างๆ และรักษาไม่หาย มีการกระจายของโรคมากขึ้น ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ ทั้งนี้พบรายงานอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในเพศชายและเพศหญิงดังนี้ (Maddocks, 1997)

#### ตารางที่ 2 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งในเพศชายและเพศหญิง

อาการ	ลักษณะ		
	ชาย	หญิง	รวม
ปวด	76.5	73.1	74.7
น้ำหนักลด	71.4	69.6	70.4
เบื่ออาหาร	66.2	58.9	62.3
ไอ	57.9	27.4	41.4
หายใจลำบาก	55.0	40.8	47.3
ท้องผูก	45.3	46.8	45.8
คลื่นไส้/อาเจียน	37.6	45.5	41.8
บวม/ท้องบวม	37.6	37.5	37.6
เหนื่อย	33.7	30.9	32.2

นอกจากนี้ จากการศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวที่บ้าน ภายใต้การดูแลของ Home care services สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 129 ราย พบผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการที่ก่อให้เกิด ความทุกข์ หรือ ทรมานอยู่ที่ 2-12 อาการ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.3 อาการ อาการที่พบประกอบด้วย (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2547)

### ตารางที่ 3 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Pain	78.46 %	Paralyse	15.38 %
Weakness	66.15 %	Pleural	15.38 %
Insomnia	60.00 %	effusion	13.85 %
Anxiety	49.23 %	Depression	12.31 %
Anorexia	47.69 %	Incontinence	12.31 %
Weight loss	40.00 %	Bed sore	10.77 %
Catheter	27.69 %	Hemorrhage	10.77 %
Palor	26.15 %	Drowsiness	9.23 %
Cough	21.54 %	Dysphagia	7.69 %
Edema	16.92 %	Ascites	7.69 %

และอาการที่เด่นชัดใน 2 วันสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย 129 รายนี้ประกอบด้วย อาการกระสับกระส่าย ครวญคราง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้แม้แต่การกลืน มีเสียงครี๊ดคราดในลำคอ ไม่สามารถกลืนอุจจาระและปัสสาวะได้ อาการดังกล่าวส่วนใหญ่ล้วนเป็นปัญหาการเสื่อมในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วย

#### 2.6 อาการช่วงสุดท้ายของชีวิต (Last hours of life)

Librach, 2000 อ้างถึงใน สายพิณ หัตถิรัตน์, 2546 ได้กล่าวถึงอาการช่วงสุดท้ายของชีวิตที่พบบ่อย และเพื่อเป็นการเตรียมให้ทุกฝ่ายให้รับทราบถึงอาการผิดปกติของร่างกาย ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงก่อนตาย อาการที่พบบ่อยมีดังนี้

1. อ่อนเพลีย ง่วงซึม เกิดจากอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมโทรมลง สารเคมี ความเป็นกรด-ด่างในร่างกายไม่สมดุล ผู้ป่วยจะใช้พลังงานน้อยลง และหลับเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ค่อยตื่น แต่จะรับรู้ความรู้สึกได้ ญาติควรใช้เวลา

ดังกล่าวพูดคุย ร้องไห้ กอด หรืออยู่ใกล้ชิด

2. กินหรือดื่มน้ำน้อยลง เกิดจากร่างกายไม่สามารถย่อยอาหาร หรือดูดซึมได้เหมือนเดิม สมอจึงสั่งให้รับประทานได้ลดลง การพยายามเพิ่มปริมาณอาหารให้ทางปากหรือทางสายยาง มีแต่จะเพิ่มความทรมานให้ผู้ป่วย เนื่องจากจะการย่อยอาหารไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ท้องอืดได้ง่าย ซึ่งการไม่ให้อาหารไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยตาย แต่ตรงกันข้าม การเพิ่มปริมาณอาหารอาจทำให้เกิดการสำลักและท้องอืดได้ง่าย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ดังนั้นจึงควรให้ปริมาณอาหารแต่พอควรเท่าที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ หากไม่รับประทานก็เป็นเพราะร่างกายไม่สามารถรับได้แล้ว

3. ปากและนัยน์ตาแห้ง เกิดจากผู้ป่วยเริ่มอ้าปากหายใจ และนัยน์ตามักจะหลับไม่สนิท เนื่องจากการหลับตาให้สนิทต้องใช้พลังงานกล้ามเนื้อหลายมัด ซึ่งผู้ป่วยระยะนี้ใช้พลังงานลดลง ปากและตาจึงแห้งง่าย ญาติควรช่วยหยอดน้ำหรือเช็ดในปากให้พอชุ่มชื้นไม่แห้งผาก ปากควรทาลิปมัน หรือวาสลีนไม่ให้แตกแห้ง ตาควรปิดพอดู หรือหยอดน้ำตาเทียมบ้าง

4. ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง เกิดจากกระบวนการที่ร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพ การรับสัมผัสและสารสื่อประสาทจึงลดลง พบว่า ผู้ป่วยระยะนี้เจ็บปวดน้อยลง ยาแก้ปวดประสิทธิภาพสูงอย่างมอร์ฟีนจึงอาจเป็นพิษได้ง่าย แพทย์ควรพิจารณาปรับลดขนาดยาลง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ท้องผูกอย่างรุนแรง และอาจเกิดอาการพิษอื่นๆ ได้ การสังเกตอาการปวดระยะนี้ ควรสังเกตที่สีหน้า หากมีสีหน้าแสดงอาการเจ็บปวด หน้าผากย่น แสดงว่าผู้ป่วยปวดจริง หากสีหน้าไม่บ่งบอก แต่กลับมีอาการครางเจ็บปวด แสดงว่าไม่ใช่อาการปวด เพราะระยะนี้กลองเสียงและหลอดลมเริ่มอ่อนแรง เสียงที่ลอดออกมาจึงฟังคล้ายเสียงร้องทั้งที่ไม่ได้ร้อง

5. กระสับกระส่าย ประสาทหลอน ระยะนี้ผู้ป่วยหลายรายมีอาการเพื่อ เห็นผี เห็นภาพเก่า เห็นญาติที่เสียชีวิต เห็นความผิดบาปในอดีต แพทย์ควรประเมินว่าเกิดจากผลข้างเคียงของยาทั้งหมดที่ให้หรือไม่ ควรปรับลดยาลง หากไม่เกิดจากพิษยา ก็อาจเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองเอง ควรทำความเข้าใจกับญาติ หากมีอาการรุนแรงก็ควรให้ยานอนหลับร่วมด้วย

6. หายใจไม่เป็นจังหวะ ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีอาการหายใจสะดุด ติดขัด ถี่ห่างเป็นช่วงๆ หรือเป็นชุดๆ ได้เพราะความผิดปกติของกรด-ด่างในร่างกาย การให้ออกซิเจนจะไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น เพราะไม่ได้ไปหยุดการตายของอวัยวะภายในร่างกายที่เสื่อมไปเพราะหมดสภาพได้

7. ส่งเสียงคล้ายสำลักในคอ กลองเสียงและหลอดอาหารของผู้ป่วยเริ่มไม่ทำงาน ไม่บีบตัวตามระบบประสาทอัตโนมัติที่เสื่อมลงด้วย การกลืนจึงไม่สมบูรณ์ ทั้งที่ต่อมน้ำลาย น้ำ

เมื่อยังทำงานอยู่ ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะบ่อยเพราะทำให้เจ็บคอ และคอยแต่จะสำรอก การไม่แก้ไขอาการดังกล่าวไม่ใช่การปล่อยให้ล้มลงตาย เสี่ยงที่เกิเกิดขึ้นจะคล้ายเสียงส่ำลัก แต่ไม่ใช่ เพราะร่างกายกลืนลงไปไม่ได้ น้ำลายและน้ำเมือกจึงดันออกมา ญาติสามารถช่วยตะแคงกึ่งคว่ำหน้าผู้ป่วยลง เพื่อให้ น้ำลายไหลออกมาเองและดูไม่อุจาดตาเกินไป

8. มือและเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ หลอดเลือดที่ไหลไปเวียนไปตามส่วนปลายของร่างกายเริ่มไม่ทำงาน ผิวหนัง แขน ขาจึงมีลักษณะเป็นจ้ำ ๆ สีออกม่วงแดงได้ แสดงให้เห็นถึงเนื้อเยื่อเริ่มขาดออกซิเจนและเน่าสลาย

9. ตาเบิ่งไร้แวว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่รู้สึกรู้สึกลายตา เลื่อนลอยไร้แวว ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจลุกมานั่งตาคงได้ กินได้ พูดได้ เหมือนหายแล้วในวันสุดท้าย ปรัชญาการณดังกล่าวพบได้ทั่วไปทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เชื่อกันว่าอาจจะเป็นพลังงานครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยพยายามจะตื่นขึ้นมาเพื่อให้ญาติได้รู้สึกดีขึ้น และมีโอกาสได้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดูแลให้อาหารและน้ำก่อนตาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2547) คุณลักษณะเช่นนี้จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

## 2.7 ความกลัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักทราบดีว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต ซึ่งนอกจากการเกิดปัญหาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากการเสื่อมของการทำหน้าที่แล้ว ยังก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงด้านจิตใจและอารมณ์ อาจมีพฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ วิดกกังวล เครียด กลัวตายกลัวการสูญเสียต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้อาจมีความรุนแรงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพื้นฐานและปัจจัยส่วนบุคคล และประสบการณ์การเรียนรู้ในชีวิตเป็นสำคัญ โดยความกลัวเกิดได้จากหลายสาเหตุเช่น กลัวเจ็บปวด กลัวทุกข์ทรมาน กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครดูแล และเป็นภาระของผู้อื่น รวมทั้งการกลัวความตายที่จะมาถึง ซึ่งลักษณะความกลัวจะมีแตกต่างกันออกไป โดยได้รายงานไว้ใน Chronic-living-dying phase ไว้ดังนี้ (Garfield, 1978 อ้างถึงใน อรรถพร ทองแดง, 2544)

1. Fear of unknown ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น จะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าไร จะเกิดอะไรขึ้นอีกต่อร่างกาย ญาติและครอบครัวจะมีปฏิกริยาอย่างไรต่อความเจ็บป่วยและการตายไปจากไป ครอบครัวจะอยู่กันอย่างไรหลังจากนั้น

2. Fear of loneliness กลัวการอยู่คนเดียวโดดเดี่ยว กลัวการตายคนเดียว ความรู้สึกนี้จะมากขึ้นถ้าบุคคลในครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย ทอดทิ้งผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้ไม่ได้เกิดจากการ

สูญเสียเท่านั้น แต่เกิดจากการถูกแยกจากบุคคลที่รักหรือบุคคลที่เป็นที่พึ่งพาด้วย เช่น การต้องการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

3. Fear of sorrow กลัวที่จะต้องโศกเศร้าเสียใจ มนุษย์ทุกคนไม่ชอบที่จะต้องเผชิญกับความเสียใจ โศกเศร้า ถ้าเป็นไปได้ทุกคนจะพยายามเลี่ยง แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเลี่ยงได้ และจะต้องพบกับความสูญเสียมากมาย ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า Anticipatory grief เกิดขึ้นคือมีความทุกข์ใจ เสียใจกรุ่นไว้ล่วงหน้าตลอดเวลาในช่วงก่อนจะถึงวันตายจาก

4. Fear of loss of family and friends สูญเสียครอบครัวและเพื่อน เพราะผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการต้องจากกันเนื่องจากโรคร้าย รอคอยวันนั้นด้วยความทุกข์และโศกเศร้า

5. Fear of loss of body สูญเสียร่างกาย โดยเฉพาะส่วนสำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน เปลี่ยนแปลงรูปร่าง ทำให้มีการสูญเสียความภูมิใจในตนเองรู้สึกมีปมด้อยอยู่ในสภาพไม่สมบูรณ์ หรือดูพิกลพิการ

6. Fear of loss self-control กลัวเสียการคุมตนเอง ขณะที่โรคร้ายคุกคามร่างกายไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้น้อยลง ขาดพลัง ขาดความเข้มแข็ง ขาดความมีชีวิตชีวา

7. Fear of loss of identity กลัวการสูญเสีย เอกลักษณ์ของตนเอง สูญเสียการสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการเน้นให้เห็นว่าเราเป็นใคร กับครอบครัวเป็นการเน้นว่าเรามีใครบ้าง มีบทบาทอย่างไรกับร่างกาย-จิตใจ เป็นการแสดงความเป็นเจ้าของตัวของเราเอง แต่ความเจ็บป่วยจะไปคุกคาม ทำให้สูญเสียสิ่งต่าง ๆ

## 2.8 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลมากขึ้น และยาวนานขึ้น ปัญหาที่พบได้บ่อยมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความซับซ้อน แต่ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็เหมือนผู้ที่มีชีวิตอยู่โดยทั่วไป แต่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จึงต้องการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548; สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548) มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่างๆ ที่เสื่อมโทรมลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งล้มเหลวในที่สุด อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ ความเจ็บปวด พบมากถึงร้อยละ 78.46 และผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน(สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548) ร่างกายชूपมหายใจเหนื่อย มีอาการทางระบบประสาท อาการแพ้ สับสน มึนงง และกระวน

กระวาย ความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ เปลี่ยนไป และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย (Berry et al., 2002; Quill, 2001) จากการที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ความสะดวกและความสบายของร่างกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้ไม่สบายเกิดความทุกข์ทรมาน เช่น การควบคุมอาการเจ็บปวด รวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สายพิณ หัตถ์รัตน์, 2545)

2. ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีอาการแทรกซ้อนด้านจิตใจขึ้นมากมาย ที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (สถาพร ลีลานั้นนทิก, 2548) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2547; สถาพร ลีลานั้นนทิก, 2548) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวการหายใจไม่ออก กลัวการตาย และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548)

3. ปัญหาและความต้องการด้านสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการเหนื่อยหิว ท้อแท้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น (จำลอง ดิษยวณิช, 2547; อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2548) และจากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้สูญเสียรายได้ มีปัญหาค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเพื่อการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่มีญาติคอยดูแล หรือผู้ป่วยที่มีภาระรับผิดชอบในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ถึงแม้จะมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับในส่วนของค่ารักษาพยาบาลก็ตาม (สุทธิลักษณ์ สุนทร, 2547; อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2548) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ทำให้มีความต้องการทางสังคมสูงขึ้น อาจมีปัญหาตนเองในบรรดาญาติพี่น้อง เช่น มรดก หนี้สิน ทรัพย์สิน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2547)

4. ปัญหาและความต้องการด้านจิตวิญญาณ หลังจากที่ได้รับรู้ถึงความตาย กำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจเป็นอย่างมาก ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขออโหสิกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต และในผู้ป่วยที่ไม่เชื่อว่ามีชีวิตหลังการตายอาจไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เมื่อเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) บางรายคิดลงโทษตัวเองหรือทำร้ายตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต นอกจากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยยังกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการตายและที่สำคัญที่สุดคือ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องการ

ได้กลับไปเยี่ยมเยียน สักลา หรือได้พบได้อยู่กับบุคคลที่ตนรักและสิ่งทีตนเองรู้สึกผูกพัน ผู้ป่วยบางรายต้องการกล่าวขอโทษกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดในอดีต ต้องการได้รับการอภัยจากบุคคลอื่น จากตนเอง และจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ ซึ่งมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ต้องการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ สวดมนต์ภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ ผู้ป่วยบางรายต้องการทำบุญต่ออายุ ทำบุญถวายสังฆทานตามความเชื่อของชาวพุทธ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความหวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปกว่าเดิม มีความหวังว่าอาการจะดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความหวังจะได้ทำภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ให้เสร็จสิ้นก่อนจะเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหวังเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ เพื่อช่วยให้มีกำลังใจแข็งแกร่งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตาย เมื่อถึงเวลาสุดท้ายผู้ป่วยต้องการได้รับการนำเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบก่อนสิ้นใจ (จำลอง ดิษยวณิช, 2547; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548; พระไพศาล วิสาโล, 2547)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมายเนื่องจากระบบสำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการนั้นๆ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2.9 ความหมายและหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลระยะสุดท้าย หรือ การดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) หมายถึง การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยประเมินและให้การรักษาอาการปวด หรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณประกอบด้วย

1. ให้ความสำคัญต่อชีวิต และถือว่าความตายเป็นกระบวนการสิ้นชีวิตที่เป็นปกติ
2. ไม่ควรเร่งรัดหรือยืดเยื้อการตาย
3. ดูแลให้บรรเทาจากความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ
4. ให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ



5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขเท่าที่จะทำได้จนถึงวันสิ้นชีวิต
6. สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเผชิญกับภาวะ เศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิต
7. ดูแลเป็นทีม เพื่อระบุความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการให้คำปรึกษาภายหลัง การสูญเสียผู้ป่วย
8. ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุดระหว่างการรักษา
9. ให้การดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยผสาน Palliative care เข้ากับการรักษา โดยไม่ต้องรอจนถึงระยะที่ทราบว่าการรักษาไม่หายแน่ๆ แล้วจึงเริ่ม

Twycross(1996) ได้ให้ความหมาย ว่าเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อโรคของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายและคาดว่าจะอยู่ได้อีกไม่นาน โดยเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนมีระบบการช่วยเหลือคำจูนแก่ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

Maddock (2001) ได้ให้ความหมาย ว่าหมายถึง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือภาวะของโรคมีการลุกลามรุนแรงจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเป้าหมายของการดูแลคือ เพื่อขจัดสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานที่ที่พึงพอใจและคงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพ ตลอดเวลาตั้งแต่ก่อน และหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยมีหลักในการดูแลร่วมกันดังนี้

1. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งแรกที่จะต้องคำนึงถึง การวินิจฉัยเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้สามารถพยากรณ์โรคได้
2. ญาติ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย บุคลากรในทีมการพยาบาล ดูแลระยะสุดท้าย ต้องทราบว่าใครเป็นผู้มีบทบาท มีความหมายสำหรับผู้ป่วย ใครจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ หรือใครที่จะเป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ผู้ให้การดูแลระยะสุดท้ายต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างมากพอ เพื่อที่จะลดภาวะกดดันที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติ
3. ผู้ให้การดูแลระยะสุดท้ายจะต้องเอาใจใส่ต่อปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ ความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายผู้ป่วยได้ บุคลิกภาพและการแสดงออกที่นุ่มนวลของผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น
4. ผู้ให้การดูแลต้องให้ความสนใจผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดตลอดระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล

5. การจัดรูปแบบการดูแลในระยะสุดท้าย ต้องเป็นการให้ความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ญาติ พยาบาลชุมชน โรงพยาบาล องค์การทางศาสนา เพื่อน และ/หรือ หน่วยงานอื่นๆ เพื่อความสงบสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

6. ทีมงาน บุคลากรในทีมการดูแลในระยะสุดท้ายจะต้องมีความเข้าใจและยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนและผู้ร่วมทีมทุกคน

7. การใช้วิจารณ์ญาณในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การให้การรักษาปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ อาจมีการปรับเปลี่ยนหรือเลื่อนไปตามความสงบสุขของผู้ป่วย เช่น การเลื่อนกำหนดให้ยาเคมีบำบัดเพราะผู้ป่วยมีไข้สูง

8. แนวทางการให้การดูแล จะขึ้นอยู่กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยหลายรูปแบบตามความเหมาะสม

BC Cancer Agency (2001) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการดูแลที่จัดขึ้นเป็นพิเศษเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการของโรคแพร่กระจายจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยรูปแบบการดูแลนี้อาจจัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาล โรงพยาบาล บ้านหรือสถานพักฟื้น โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกัน ในการให้การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต ตลอดจนให้การดูแลญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

จันทรเพ็ญ มโนศิลป์กร (2546) ได้ให้ความหมายว่า คือ การดูแลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามโดยเน้นทางด้าน จริยธรรมและมนุษยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วิรัช วุฒิกุมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งวัศมี และสิรินทร์ ศาสตราภรณ์ (2542) ให้ความหมายว่าเป็นการให้การดูแลที่มุ่งหวังในการให้การประคับประคอง (Support) ให้ความสะดวกสบาย (Comfort) ลดความทรมานจากความปวด (Pain relief) รักษาเท่าที่จำเป็น ตอบสนองทางจิตวิญญาณ (Spiritual Healing) และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ (Human dignity) โดยมีหลักสำคัญดังนี้

1. มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค
2. มุ่งช่วยลดอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย ทั้งร่างกายและจิตใจ ในวาระสุดท้ายของชีวิต
3. ดูแลครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบและพึงพอใจ

5. ดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิตแล้ว

6. ถือว่าความตายเป็นสัจธรรมเป็นกระบวนการปกติ เป็นธรรมชาติของชีวิตซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเจ็บป่วยหรือไม่ได้ก็ได้

7. ไม่ควรพยายามเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ (Neither prolong nor hasten death)

กล่าวโดยสรุปคือ การดูแลระยะสุดท้ายเป็นการใช้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายจนแพทย์ไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาพยาบาลที่ได้ จะเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ลดความวิตกกังวลของผู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ ตลอดจนเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความมนุษย์ พยาบาลเจ้าของไข้เป็นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด เพราะต้องให้การพยาบาล ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์ผู้ทำการรักษาและบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือ ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## 2.10 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การปฏิบัติงานของพยาบาลนับเป็นแกนหลักสำคัญของงาน Palliative Care เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และโดยวิชาชีพที่ให้ความสำคัญกับการดูแล (Care) ที่มีความหมายมากกว่าผลการรักษา (Cure) โดยพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในมรณวิถีและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักมาใช้ในการประเมิน วางแผนการให้การพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องคำนึงอยู่เสมอว่าแผนการดูแลผู้ป่วยนั้นมีเป้าหมายเป็นการบรรเทาอาการเพื่อหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของอาการ และความต้องการของผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและสำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์นั้น มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่าและสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง โดยพยาบาลต้อง

เริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย ต้องไว อดทน และสังเกตด้วยความระมัดระวังจากการเป็นผู้ฟังที่ดี แสดงกิริยาตอบรับตามความสมควร เปิดโอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และทำกิจกรรมตามความเชื่อประเพณี วัฒนธรรมและสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเตรียมผู้ป่วยใกล้ชิดในครอบครัวก่อนจะเข้าหาผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และให้กำลังในการดำเนินชีวิตต่อไปแม้หลังผู้ป่วยจากไปแล้ว

กิตติกร นิลมานัต (2548) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยดังนี้

1. พยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ (Nurse as an information provider) การรับทราบเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาในอนาคต สิ่งที่สามารถคาดหวังได้ รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกควบคุมต่อเหตุการณ์ สามารถวางแผนอนาคตได้ และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้

2. พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแล (Nurse as a carer) ในที่นี้หมายถึง การให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการอื่นๆ อย่างดีที่สุด พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด และช่วยจัดการควบคุมกับอาการต่างๆ ให้ลดลงมากที่สุด รวมทั้งให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวคลายความกังวลใจ

3. พยาบาลในฐานะผู้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพอื่น และ/หรือหน่วยงานอื่น (Nurse as a care coordinator) ขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือจาก บุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และระหว่างบุคลากรสุขภาพด้วยกัน ทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค และความเจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะสุดท้ายมีความต้องการเหล่านี้สูง ดังนั้นพยาบาลควรเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานอื่นๆ นอกจากนี้ในกรณีที่มีการขัดแย้งด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัว หรือกรณีที่มีช่องว่างในการสื่อสารภายในครอบครัวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจที่จะพูดความจริงที่เจ็บปวดต่อกัน พยาบาลอาจประสานงานให้มีการประชุมระหว่างครอบครัวและผู้รักษา หรือหาโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสได้พูดคุยกัน (Family meeting) เพื่อหาข้อยุติร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและเพื่อคลายเครียดจิตใจหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว

4. พยาบาลในฐานะผู้ฟัง (Nurse as an active listener) ในภาวะที่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดจากอาการของโรคและการดูแล การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความทุกข์และความตึงเครียด พยาบาลอาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูด โดยการใช้เทคนิคสะท้อนคิด หรือ การสื่อสารด้วย ท่าทางเช่น การพยักหน้ารับฟัง สบตา หรือการสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ว่ายพยาบาลให้ความสนใจรับฟังเรื่องราวความทุกข์ของครอบครัวและไม่ใช้ทัศนคติหรือความเชื่อของพยาบาลไปประเมินตัดสินในเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าให้ฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกคลายความทุกข์ใจลงได้ระดับหนึ่ง การเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัว เชื่อว่าจะช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสได้พิจารณาความเป็นไปของชีวิต และค้นหาความหมายของชีวิต ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการฟังเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

5. พยาบาลในฐานะผู้สนับสนุน (Nurse as a supporter) พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและให้ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ครอบครัวอาจไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการสาธิตวิธีการทำหัตถการต่าง ๆ แก่ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วย หรือช่วยในการอาบน้ำศพ เชื่อว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวยอมรับในความสูญเสียและความตายที่เกิดขึ้น

6. พยาบาลในฐานะผู้จัดการสิ่งแวดล้อม (Nurse as environment facilitator) พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยาทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างบรรยากาศของการดูแลบนพื้นฐานของความไว้วางใจและอบอุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสบายใจ การอยู่เป็นเพื่อนในยามที่ครอบครัวรู้สึกทุกข์ใจ เพื่อไม่ให้ครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยว และเมื่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วยใกล้มาถึง พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นส่วนตัว อาจปฏิบัติโดยการกั้นม่าน และให้ครอบครัวได้มีโอกาสในการกล่าวลาซึ่งกันและกัน รวมทั้งการอนุญาตให้ครอบครัวได้ทำพิธีตามความเชื่อทางศาสนา

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมีความหลากหลาย ซึ่งการแสดงบทบาทการช่วยเหลือได้ ขึ้นอยู่กับบริบทและความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นของผู้ป่วยและครอบครัว และยึดหลักให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล นอกจากนี้ การให้การช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดได้แก่ พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นจากที่กล่าวมาข้างต้นผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การรักษามุ่งเน้นการเยียวยาตามอาการของโรคที่แสดงออก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การประเมินปัญหาและความต้องการ ตลอดจนทำการศึกษาลักษณะพฤติกรรมต่าง ๆ แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ แล้วนำมาสรุปประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางให้การพยาบาลในทุก ๆ ด้าน พยาบาลจึงนำกระบวนการพยาบาลของ Yura and Walsh (1988 อ้างถึงในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, และวิพร เสนารักษ์, 2534) ใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย รวบรวมมาจัดเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์กันเรียกว่าข้อมูลพื้นฐาน

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะราย

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด โดยนำเอาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นลงสู่การปฏิบัติโดยอาศัยความรู้ ทักษะ ตลอดจนสติปัญญาในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งมีการบันทึกผลการปฏิบัติ

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล (Actual outcome) กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (Outcome Criteria)

สรุป บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการที่พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายที่การส่งเสริมช่วยเหลือ และดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองของความ ต้องการในด้านต่างๆ อันจะนำไปสู่ภาวะปกติสุขในชีวิต

มากที่สุด เป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักในการดูแลร่วมกัน คือ การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความสุขสบายและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

### 2.11 คุณสมบัติของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครบองค์รวม จะเป็นความจริงได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ระดับการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลจะมีคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ปฏิบัติมีความรู้ในเรื่องที่ตนปฏิบัติคือ ได้รับการศึกษามาอย่างดี ผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษาสูงย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความสามารถและมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (อรรถพร อมรพรหมภักดี, 2547) พยาบาลที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี จะปฏิบัติงานเรื่องการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายมากกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (วันทิวา วัฒนะโชติ, 2540) พยาบาล ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่า พยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Ferrell et al., 2000) พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเต็มหลักสูตร จะให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 1-2 ชั่วโมง (Kuuppelomäki, 2001)

2. ประสบการณ์ด้านการพยาบาล ประสบการณ์การทำงานทำให้นุคนกเกิดการเรียนรู้เกิดความเข้าใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน ช่วยขยายโลกทัศน์ให้กว้างไกล สามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่อยู่ในอาชีพนานกว่าย่อมมีความสามารถในการปฏิบัติเรื่องนั้นๆ ได้มากกว่าสามารถที่จะวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้ดีกว่า ประสบการณ์ของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน (Orem, 1991) พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก มีการปฏิบัติงานเรื่องของการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย (วันทิวา วัฒนะโชติ, 2540) พยาบาลที่มีอายุมากกว่าและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นานกว่าสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สั้นกว่า (Ferrell et al., 2000) พยาบาลที่มีอายุมาก และมีทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยดีกว่าสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และมีทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยไม่ดี (White, Coyne, Patel, 2001)

3. คุณสมบัติเฉพาะตัวของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น มีเมตตากรุณา เป็นผู้ที่เท่าทันอาการและอารมณ์ของตนเอง เป็นผู้ฟังที่ดี รู้จักใช้ภาษาอย่างระมัดระวัง มีใจเปิดกว้าง เคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ไม่ยึดติดกับสิ่งใดๆ สนใจใฝ่รู้ในศาสนา (คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2552)

การจะให้พยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ โดยเฉพาะความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีประสบการณ์ในการทำงาน ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาได้ระยะหนึ่ง และมีทัศนคติที่ดีต่อความตาย เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและความตาย คุณสมบัติเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครบองค์รวม และมีประสิทธิภาพ

### 3. แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ลักษณะการทำงานของผู้บริหารในองค์กรต่าง ๆ ผู้บริหารทุกคนจะทำการมอบหมายงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติ การมอบหมายงานจะเป็นสิ่งที่ขาด มิได้ในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ขององค์กร ซึ่งเป็นการมอบหมายอำนาจหน้าที่ตามไปด้วย เป็นการบริหารด้วยวิธีการกระจายอำนาจ การมอบหมายงานที่ดีมีส่วนช่วยให้ผู้ปฏิบัติประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน เพราะจะเท่ากับเป็นการแนะนำการปฏิบัติไปด้วย และเป็นผลทำให้การพยาบาลต่อเนื่องกัน

#### 3.1 ความหมายของการมอบหมายงาน

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การมอบหมายงาน ไว้ดังนี้

Tappen (1995) ได้กล่าวว่า การมอบหมายงาน เป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของ ผู้บริหารจัดการทางการพยาบาล ซึ่งการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพต้องพิจารณาจากปัจจัย หลาย ๆ อย่าง ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ความสามารถของบุคลากร และความยุติธรรมในการมอบหมายงาน ปัจจัยอื่นที่พิจารณานั้นประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง บุคลากรได้รับตำแหน่งสูงขึ้นและมีโอกาสในการเรียนรู้มากขึ้น ปัจจัยที่บอกถึงความล้มเหลวในการมอบหมายงาน คือ ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการได้รับการดูแล และบุคลากรเสียขวัญและกำลังใจ

Ellis & Hartley (1999) ให้ความหมายของการมอบหมายงานว่า เป็นการกำหนดหน้าที่ให้แต่ละบุคคลเพื่อทำงานส่วนที่ตนได้รับนั้นให้สำเร็จ

สมพงษ์ เกษมสิน (2523) กล่าวว่า การมอบหมายงาน เป็นการจัดองค์การ ซึ่งหมายถึง การวางระเบียบกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การให้ดำเนินไปได้ดีส่วนกัน โดยกำหนดว่า



ใครมี หน้าที่อะไร มีอำนาจและความรับผิดชอบอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานขององค์การบรรลุตามแผนที่กำหนดไว้

กองการพยาบาล (2539) ได้กล่าวถึง การมอบหมายงาน เป็นการจัดแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบให้กับผู้หนึ่งผู้ใดไปปฏิบัติงานตามเขตอำนาจความรับผิดชอบของผู้นั้น บุคคลนั้น จะต้องเต็มใจที่จะรับหน้าที่เหล่านั้นไปปฏิบัติตามส่วนที่ตนพึงกระทำได้

สรุป การมอบหมายงาน หมายถึง การจัดแบ่งอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ การพยาบาลแก่ผู้ร่วมงานตามขอบเขตความสามารถของแต่ละบุคคล โดยหัวหน้างานจะต้อง คำนึงถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้การมอบหมายงานประสบความสำเร็จ

### 3.2 ความสำคัญของการมอบหมายงาน

การมอบหมายงานต้องเกี่ยวข้องกับ หน้าที่ (Job function) ความรับผิดชอบ (Responsibility) และอำนาจ (Authority) ดังนั้น การมอบหมายงานที่ถูกต้องจึงควรมีทั้ง หน้าที่ ความรับผิดชอบและให้อำนาจในการตัดสินใจด้วย ปัญหาที่พบในองค์การโดยทั่วไป คือ มีการ มอบหมายแต่หน้าที่ความรับผิดชอบ แต่ไม่มอบอำนาจให้ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งก้าวก่ายใน งานซึ่งกัน และกัน ดังนั้นการมอบหมายงานควรกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้แน่นอน พร้อมทั้ง ระบุว่าจะมีอำนาจในการตัดสินใจอะไรได้บ้าง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน และ ความรู้สึกที่ จะต้องรับผิดชอบทุกอย่างในสิ่งที่ตนปฏิบัติ (วิเชียร ทวีลาภ, 2534) เมื่อนำการ มอบหมายงาน มาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามที่ต้องการนั้น Marram และคณะ (Marram, et al., 1974) ได้เสนอหลักเกณฑ์ของการมอบหมายงานที่จะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการ พยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนี้คือ

1. การมอบหมายอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบการให้การพยาบาลแก่ บุคลากรพยาบาล จะต้องกระทำโดยพยาบาล
2. ผู้รับบริการจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกด้าน
3. วิธีการของการให้บริการพยาบาลจะต้องมีประสิทธิผลคุ้มค่าแก่การลงทุน ซึ่ง จะทำให้ เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการมากที่สุด
4. ผู้รับบริการจะต้องได้รับการบริการที่ต่อเนื่องกันไปตลอดทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล และ ชุมชนโดยมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง
5. การให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องให้บริการพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

6. ผู้รับบริการจะต้องได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน
7. มีการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีในการให้การพยาบาลแก่ ผู้รับบริการ
8. ผู้รับบริการจะต้องได้รับบริการที่อบอุ่น และเป็นกันเองจากผู้ให้บริการ
9. ผู้รับบริการจะต้องได้รับบริการที่สมบูรณ์
10. พยาบาลจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข สบาย

### 3.3 รูปแบบการมอบหมายงาน

การมอบหมายงานการพยาบาล เป็นการบริหารองค์กรในระดับหอผู้ป่วย ซึ่งผู้นำทางการ พยาบาลควรให้ความสนใจในส่วนประกอบทั้งหมดขององค์กร เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสม (Bernhard & Walsh, 1995) ซึ่งการมอบหมายงานการ พยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. การมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย (Case assignment) เป็นรูปแบบการจ่ายงาน ที่เก่าแก่ที่สุดในการพยาบาล เกิดขึ้นในสมัยที่มีการพัฒนาเรื่องของความรู้สึกไว้วางใจ พยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบหนึ่งต่อหนึ่งในแต่ละเวร นิยมใช้ใน การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care setting) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและ เป็นที่นิยมมากในการสอนนักศึกษาพยาบาล ให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบสมบูรณ์

2. การมอบหมายงานตามหน้าที่ (Functional assignment) เป็นการทำงานที่มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จของงาน ไม่ได้คำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น พยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่ให้ยา อาบน้ำ เช็ดตัว แจกอาหารให้ผู้ป่วย เป็นต้น การกระทำเช่นนี้เพื่อตอบสนองระบบขององค์กรที่ต้องการผลผลิตจำนวนมาก ไม่เน้นคุณภาพ ผู้ป่วยหนึ่งรายจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลจำนวนมาก อาจเป็น 5 – 6 คน แต่ไม่มีผู้ใดที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายนั้นทั้งหมด

3. การมอบหมายงานแบบทีม (Team nursing assignment) เป็นการทำงานที่พยาบาลคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมทีมดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำทีมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในความดูแล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการจ่าย งานให้ผู้ร่วมงานไปปฏิบัติ พยาบาลหัวหน้าทีมจะต้องรู้จักการวินิจฉัยโรค ยา คำสั่งการ

รักษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกรายในทีมนั้นๆ นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบในการวางแผน สำหรับผู้ร่วมงาน ในทีม ได้แก่ เวลาพัก รับประทานอาหาร เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทำให้ แผนการดูแลผู้ป่วยได้รับ การบันทึกไว้น้อยมาก บางครั้งเป็นเพียงการเขียนซ้ำตามคำสั่งการรักษา ของแพทย์เท่านั้น

4. การมอบหมายงานแบบการจัดการตามกรณี (Case management) เป็นการ กระจาย ผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาล ซึ่งเรียกว่า ผู้จัดการ (Case manager) พยาบาลนั้นจะ เป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทั้งหมด ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นกลุ่ม อาจจะเป็นกลุ่มตามพื้นที่ หรือเป็นกลุ่มตามชนิดของโรค ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วย การมอบหมายงานแบบนี้ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภท เหมาะกับ ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงมาเป็นครั้งคราว หรือผู้ป่วยพิกการเท่านั้น

5. การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing assignment) เป็น การทำงานที่คำนึงถึงศักยภาพของพยาบาล มองถึงจุดเด่นและจุดด้อยของการพยาบาลอย่าง จริงจัง มีการค้นพบความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาล การพยาบาลแบบเจ้าของไข้มีความ คล้ายคลึงกับ การจ่ายงานเป็นรายผู้ป่วย ต่างกันตรงที่พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ไม่ใช่เพียงในแต่ละเวรนั้น ๆ

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการมอบหมายงาน งานการพยาบาลมีหลายวิธีและมี ความสำคัญทั้งกับบุคลากรพยาบาลและผู้ป่วย เมื่อจัดการมอบหมายงานการพยาบาลที่ดีจะทำให้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามที่ต้องการ ขณะเดียวกันทำให้บุคลากรทุกระดับที่ได้รับมอบหมาย งานเกิดความพึงพอใจและได้รับการเรียนรู้ จากการมอบหมายงานนั้น ๆ

### 3.4 ความหมายของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Marram และคณะ (1979) ให้ความหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า เป็นวิธีการให้การพยาบาลที่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็น รายบุคคล โดยให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา มีการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายออกไปจากหอผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน และเป็นผู้ติดต่อสื่อสารโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกับ สมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ

Manthey (1970) ให้ความหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการให้ การพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) การมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลแต่ละคน รับผิดชอบเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ 2) พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 3) มี

การติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล 4) พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงต่อวัน และ 7 วันต่อสัปดาห์

Komplin (1995) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยมีพยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละรายในระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้การดูแลตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลการรักษา

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536) ให้ความหมายของพยาบาลเจ้าของไข้ว่าเป็น การมอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเป็นรายบุคคล ในฐานะเป็น “พยาบาลเจ้าของไข้” หรือพยาบาลมีโอกาสเลือกผู้ป่วยในการดูแล พยาบาลจะวางแผนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยแต่ละคนตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดไปจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และให้การพยาบาล ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน เวลาอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้จะเป็นหน้าที่ของพยาบาลคนอื่น ที่ปฏิบัติงานแทน เรียกว่า พยาบาลผู้ช่วย

ดังที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ดังนี้ การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยใหม่ มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน รวมทั้งพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานในการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพอื่นๆ หากไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้การดูแลตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลการรักษา

### 3.5 แนวคิดและหลักการของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

แนวคิดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1970 โดย Manthey ซึ่งเป็นแนวทางในการใช้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากกว่า 30 ปี โดย มารี่ แมนเธย์ ได้ให้แนวคิดที่สำคัญของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ My Patient- My Nurse ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างบุคคล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การดูแลพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ Marram และคณะ (1979) ได้เสนอแนวคิดการดูแลพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งสรุปใจความสำคัญได้ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มอบหมายงานให้พยาบาลแต่ละคนในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลแต่ละคน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทั้งหมดเกี่ยวกับความต้องการทางการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่ง Marram และคณะ (1979) ได้เรียกลักษณะการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า A Triple A Nurse นั่นคือ ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ความมีอำนาจหน้าที่ในการดูแล (Authority) และความสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบ (Accountability)

2. พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย บันทึกแผนการรักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการพยาบาล คำแนะนำที่ให้ ตลอดจนรายละเอียดในการเตรียมจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติ หรือได้ปฏิบัติไปแล้ว

3. พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม โดยการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน จะต้องติดตามปัญหาของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะเป็นผู้ร่วมให้การดูแลแทนโดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางแผนไว้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือภาวะฉุกเฉิน แต่จะต้องติดต่อสื่อสารให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication) จากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารโดยตรง (Direct Communication) โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Verbal Communication) การใช้แผนการพยาบาล (Nursing care plan) และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Patient centered conference) พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

Manthey (1973) กล่าวว่า การนำการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ไปใช้จะต้องให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละแห่ง โดยมีหลักการที่สำคัญของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

1. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ตัดสินใจในการให้การดูแลผู้รับบริการจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
  2. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้
  3. มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล
  4. หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการปฏิบัติงาน เป็นผู้นิเทศงานและสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้
- นอกจากนี้ Macguire (1989) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับหลักปฏิบัติพื้นฐาน 10 ประการ ของการดูแลพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ดังต่อไปนี้
1. ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการจัดแบ่งให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงานหรือจำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับการแนะนำตัวจากพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
  2. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน จะมีการติดต่อประสานงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นให้ทราบถึงความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย
  3. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลที่ให้ ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
  4. การวางแผน และการประเมินผลทางการพยาบาล กระทำร่วมกันกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ พร้อมกับผู้ป่วยและครอบครัว
  5. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบติดต่อประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆในฐานะเป็นตัวแทนผู้ป่วย
  6. พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมายทุกครั้งขึ้นปฏิบัติงาน
  7. เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลผู้ป่วยควรมีการปรึกษาพยาบาลเจ้าของไข้

8. ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน ควรจัดให้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

9. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน และได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางการพยาบาล ในด้านการวางแผน และการประเมินผลการพยาบาล

10. พยาบาลเจ้าของไข้ต้องได้รับการสนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่อื่นๆเช่น ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เสมียนประจำหอผู้ป่วย หรือบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่พยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกๆด้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย

Shukla (1980) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ จากประสบการณ์การบริการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมินนิโซตา 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มอบหมายงานผู้ป่วยแต่ละคนให้อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลคนหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้รับผู้ป่วยใหม่ โดยพยาบาลจะเริ่มการประเมินผู้ป่วย การวางแผน และการประสานงานต่างๆ ตลอดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และพยาบาลเจ้าของไข้จะให้การดูแลผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน

2. พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้แผนการพยาบาล การประเมินการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้จะทำงานร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล ซึ่งจะให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้แน่ใจว่าแผนการพยาบาลได้ปฏิบัติจริง พยาบาลเจ้าของไข้จะติดต่อประสานงานทั้งการเขียนและการใช้วาจาโดยตรงกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ

3. ความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการเป็นตัวแทนของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนการจำหน่าย ต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเสมอ

สรุปได้ว่า การพยาบาลแบบเจ้าของไข้ เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย 1 คน ต่อพยาบาล 1 คน โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่เมื่อแรกรับผู้ป่วยใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยแทน นอกจากนี้พยาบาลเจ้าของไข้จะต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรด้านอื่นๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลสูงสุด

### 3.6 วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

วัตถุประสงค์หลักของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้คือ มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ต้องพัฒนาบุคลากรพยาบาลด้วย ซึ่ง Marram และคณะ (1979) ได้กล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) โดยปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผู้ป่วยตามแผนการที่วางไว้ ประกอบด้วย 1) ศึกษาและค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการ 2) เขียนแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่ โดยเขียนความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย จัดทำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาล 3) รวบรวมข้อมูลที่สำคัญตั้งแต่รับใหม่ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน

2. เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (accountability for patient care) โดยเป็นการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้กับบุคลากรทางการพยาบาลตามความรู้ความสามารถ และทักษะของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้ 1) มอบหมายผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบของพยาบาลตามพื้นฐานความรู้ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ส่งเสริมการใช้วิธีการจัดตารางการปฏิบัติงานและมอบหมายหน้าที่เสริมประสิทธิภาพของพยาบาล 3) รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด รวมทั้งประสานงานและติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วย 4) พยาบาลทุกคนมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงมาตรฐานการดูแลไว้

3. เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of patient care) เป็นความต่อเนื่องของการดูแล ที่เกิดจากการที่มีพยาบาลคนเดียวกันรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้ มีแนวทางดังนี้ 1) มอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล โดยผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของพยาบาลคนเดิม 2) ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการสื่อสารแผนการดูแลกับบุคลากรอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ไปยังบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลอย่างสมบูรณ์

4. เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบ (Comprehensive patients care) โดยมีแนวทางดังนี้ 1) พิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ



อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ 2) ตัดสินใจเลือกชนิดและปริมาณความต้องการพยาบาลโดยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย

5. เพื่อให้เกิดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วย (Coordination of patient care) โดยมีแนวทางดังนี้ 1) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดถือความต้องการของผู้ป่วยและแผนการพยาบาลเป็นหลัก 2) ใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ใช้ทรัพยากรในชุมชน วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นๆ

6. เพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากร (Staff development) เป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ด้านความรู้และการปฏิบัติงานในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างเหมาะสม โดย 1) ประเมินความรู้ ความสามารถและทัศนคติบุคลากร 2) ส่งเสริมให้มีการนำวิชาการและทักษะมาใช้ในการพยาบาล 3) ให้คำปรึกษา ประเมินผล และกระตุ้นตามลักษณะเฉพาะบุคคล 4) ให้โอกาสในการศึกษาและพัฒนาความรู้ โดยจัดโปรแกรมการอบรมต่างๆ และการอบรมเชิงปฏิบัติการให้เหมาะสมมาเสมอและต่อเนื่อง

### 3.7 บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้วิจัยได้รวบรวมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้ดังนี้ (Swansburg, 1990)

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย (Head Nurse) มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการควบคุมการพยาบาล และดำเนินการให้การปฏิบัติงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้บรรลุ จึงต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะของ ผู้นำ มีความสามารถในการจูงใจ เป็นความสำคัญและให้ความสนใจต่อการพัฒนาบุคลากร นอกจากนี้ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาลเนื่องจากจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาท สำคัญในการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งพอสรุปบทบาท หน้าที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยดังนี้

1.1 มอบหมายผู้ป่วยแต่ละรายให้พยาบาลเจ้าของไข้

1.2 มอบหมายพยาบาลผู้ช่วย (Associate Nurse) ผู้ดูแลผู้ป่วยแทนพยาบาลเจ้าของ ไข้ที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน

1.3 ร่วมรับและส่งเวรเพื่อรับทราบและรวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยและ การพยาบาล

1.4 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับพยาบาลเจ้าของไข้และทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหา ของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการรักษาพยาบาล

1.5 ตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อประเมินผลการพยาบาล

1.6 แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำต่อปัญหาของผู้ป่วยและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา

1.7 แนะนำเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

1.8 รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมินผล แจ้ง ผลการประเมินและแนวทางการแก้ไขปัญหา

1.9 สํารวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งเสริมสมรรถภาพในการปฏิบัติงาน

1.10 สร้างโปรแกรมการอบรมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์ระยะยาวและระยะสั้น

1.11 จัดให้มีการอบรม ประชุม หรือสัมมนาพร้อมกันภายในหน่วยงาน ประจำวัน สัปดาห์ หรือประจำเดือน

1.12 จัดให้บุคลากรมีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ

1.13 จัดหาอุปกรณ์ หรือเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยดี และมีคุณภาพ

1.14 ถ่ายโอนอำนาจ ให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยของตนได้อย่างเต็มที่

1.15 เป็นที่ปรึกษาที่ดี เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ต้องการคำแนะนำปรึกษา

1.16 ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งการประเมินผลนี้จะมี ความสำคัญในการควบคุมคุณภาพ

2. บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) เป็นผู้ที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาล เจ้าของไข้จึงต้องมีความรับผิดชอบโดยตรงในการวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง และ ตลอดไป ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทที่สำคัญมีดังนี้

1.1 รับผิดชอบผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายเป็นรายบุคคล

1.2 แนะนำตัวให้ผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนแพทย์ และเพื่อนร่วมงาน ทราบถึง ความรับผิดชอบของตนเองต่อผู้ป่วย

1.3 วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยในความรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดไป ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกแผนการพยาบาลในแบบ บันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารเข้าใจตรงกันถึงปัญหา ของผู้ป่วยตลอดจนแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

1.4 ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแต่แรกรับ

1.5 มีการติดตามประเมินผลอาการผู้ป่วย

1.6 มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ตลอดจนร่วมปรึกษาหารือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

1.7 มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยรับผิดชอบในการ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วย พยาบาลผู้ช่วยมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้กำหนดไว้ได้แก่

3.1 รับผิดชอบผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้น ปฏิบัติงาน

3.2 แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและบอกหน้าที่ความรับผิดชอบ ต่อผู้ป่วย และญาติ

3.3 ให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา ให้การดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ ญาติตามที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางแผนการพยาบาลไว้จนกระทั่งจำหน่าย พร้อมทั้ง บันทึกการพยาบาลครบขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

3.4 ให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ

3.5 รายงานภาวะหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าเวรเพื่อขอคำปรึกษา

3.6 ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีอาการทุเลาโดยเร็ว

3.7 ประสานความสัมพันธ์โดยเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว

3.8 มีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล  
เจ้าของไข้

### 3.8 ประโยชน์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน  
ตลอดจนหน่วยงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องจากเป็นการ  
บริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง  
จำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลโดยตรง จากพยาบาลคนเดิมทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี  
ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบเฉพาะราย มีการค้นหาปัญหาและแนว  
ทางแก้ไข สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และครอบคลุม ซึ่งเป็นการดูแล  
ผู้ป่วยแบบองค์รวม(Sella & Macleod,1991) ผู้ป่วยจะได้รับปรับปรุงประเมินแผนการพยาบาลอยู่  
เสมอ เพื่อปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยเกิด  
ความมั่นใจและมีความพึงพอใจมากขึ้น (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542)

2. ประโยชน์ต่อพยาบาล ในฐานะพยาบาล การมอบหมายงานให้เป็นพยาบาล  
เจ้าของไข้ จะทำให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ทั้งในด้านความรู้และการดูแล  
รักษาพยาบาล ทักษะการปฏิบัติงาน มีอิสระต่อการทำงาน และมีการแสดงออกถึงความเป็น  
วิชาชีพเพิ่มขึ้น เกิดการปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาล

3. ประโยชน์ต่อผู้บริหารและองค์กร การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการ  
กระจายอำนาจจาก ผู้บริหารในด้านการวินิจฉัย ตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พยาบาล  
เจ้าของไข้แต่ละคนจะแข่งขันในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ  
มาใช้บริการมากขึ้น นอกจากนั้นผู้บริหารสามารถติดตามประเมินผลได้ง่ายและชัดเจนมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาล 1 คน จะได้รับมอบหมาย  
ให้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยรับผิดชอบตั้งแต่รับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ใช้กระบวนการ  
พยาบาลเป็นเครื่องมือ โดยการประเมิน วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยน  
แผนการรักษา รวมทั้งติดต่อประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ จึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ  
ผู้ป่วยมากที่สุด

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้การบริการรักษาพยาบาล โดยเน้นด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บถือเป็นเป้าหมายของบุคคลทั่วไป เมื่อบุคคลเจ็บป่วยโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง เช่น โรคไต เบาหวาน มะเร็ง เอดส์ เมื่อโรคมีการดำเนินการเข้าสู่ระยะสุดท้าย อาจจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลต่อการคุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่น้อยลง การกลับมาสุขภาพที่ดีย่อมเป็นไปได้ยาก ฉะนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคคลในการเผชิญกับโรคและการรักษา โดยการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เน้นการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลให้กระบวนการตายเป็นไปตามธรรมชาติ ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และจากไปอย่างสงบ

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในหมู่นักวิจัยและการดูแลสุขภาพ แต่ถึงกระนั้นความหมายหรือคำอธิบายของคำว่าคุณภาพชีวิตยังไม่เป็นที่ชัดเจนและเห็นพ้องกันอย่างสิ้นเชิง แต่โดยภาพรวมแล้ว การอธิบายคุณภาพชีวิตนั้นมักจะกล่าวรวมอยู่ในขอบเขตของปัจจัยหลักหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ในครอบครัว การประกอบอาชีพหรือการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม (Curtis et al.,2002)

##### 4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

Burkhardt (1989) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือการรับรู้คุณภาพในชีวิต ของตนว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุดี (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และความสามารถที่จะมี ปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ ชุมชน/ สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง การทำให้บรรลุผล และการหาเวลาพักผ่อน

Orem (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well Being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อ การมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ ของความพึงพอใจความรู้สึก เป็นสุขภายในจิตใจ

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจของบุคคลซึ่งมาจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น โดยต้องคำนึงถึงภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ

Ferrans & Perwers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกถึงการมีความสุขของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

WHOQOL group (1994) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อชีวิต ภายใต้บริบทแห่งวัฒนธรรมและระบบความเชื่อ โดยเกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายในชีวิต ความคาดหวังและความสนใจในสิ่งนั้น

Meeberg (1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป การประเมินสภาวะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิต สภาวะทางกาย จิตสังคม และอารมณ์ที่บุคคลตัดสินใจในสุขภาพว่ายอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่น ว่ามีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Ferrell (1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่มาจากประสบการณ์ในชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ

Lindberg, Humler and Kruszewski (1998) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) กล่าวถึงความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้ให้นิยามศัพท์ไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรับรู้หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาพชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่เขาใช้ชีวิตอยู่ และมีความเชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน รวมทั้งความกังวลสนใจที่เขามีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนคติที่มีขอบเขตกว้างขวาง ครอบคลุมเรื่องต่างๆที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สภาวะทางจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเอง ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และสัมพันธ์ภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

สุภางศ์ จันทวานิช และ วิศนีย์ ศิลตระกูล (2541) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542) กล่าวว่า ลักษณะของคุณภาพชีวิต หมายถึงการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

ดุชนีย์ สุทธิปริยาศรี (2542) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดี ลักษณะพิเศษ ลักษณะประจำตัวชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดี ความอยู่ดีมีสุข ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตโดยทั่วไปของบุคคล
- 2) ความสามารถด้านจิตใจในการประเมินชีวิตตนว่าพอใจหรือไม่ หรือเป็นสุขหรือไม่
- 3) การยอมรับสภาพทางกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของบุคคล
- 4) การประเมินโดยบุคคลอื่น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ กล่าวโดยรวมสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2548) กล่าวว่า ความสุขที่เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก หรือทั่ว ๆ ไปใช้คำว่า ความอยู่ดีมีสุข หรือ คุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นรูปธรรม และวัดเชิงภาวะวิสัย (Objective) ดัชนีที่ใช้ในปัจจุบันเป็นการวัดองค์ประกอบความสุขจากปัจจัยภายนอก เช่น สุขภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ สภาพความเป็นอยู่ในชุมชน

จากนิยามและความหมายของคุณภาพชีวิตที่กล่าวมาสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

## 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แนวคิดในลักษณะโครงสร้างองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 2 แนวคิด คือ

1. คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติเดียว เป็นแนวคิดที่มองว่าคุณภาพ ชีวิตสามารถสรุปเป็นภาพรวมโดยผ่านคำถามเดียวได้ เพราะเชื่อว่าบุคคลรับรู้ชีวิตของตนเป็นองค์ รวมตามความเป็นจริงที่ตนประสบอยู่ไม่สามารถแยกแยะตามขอบเขตที่กำหนดได้ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. คุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ เป็นแนวคิดที่มองว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย องค์ประกอบหลายด้าน เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลสามารถกระทบได้ด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น การประเมินจึง ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของบุคคล มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบบหลายมิติ ดังนี้

Padilla และ Grant (1985) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์ ทางกายภาพของผู้อยู่วัยมะเร็งเต้านมพบว่าคุณภาพชีวิตมี 6 องค์ประกอบคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and systems) ได้แก่ ความแข็งแรง ของร่างกาย ความเหนื่อยล้า ภาวะสุขภาพ ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และการรับรู้ถึง ประโยชน์ของตน

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) เป็นมิติที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความผาสุก ความรู้สึกสนุกสนาน ความพึงพอใจในชีวิต ความพอใจในการรับประทานอาหาร และความพึงพอใจในการนอนหลับ

3. การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนภายหลังการรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บปวด ความสามารถในการปรับตัวต่อสูญเสียอวัยวะ รวมทั้งการปรับตัวอยู่กับสภาพ ร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีผลต่อสัมพันธภาพทางเพศ อาการข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของความเจ็บปวด

5. การตอบสนองต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลง น้ำหนัก และความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร

6. ความผาสุกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในด้านที่เกี่ยวกับการติดต่อกับบุคคลในสังคม การได้รับการต่อต้านจากบุคคลอื่น รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนตัวของบุคคล



Zhan (1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ทุกๆ ด้านทั่วๆ ไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและครอบครัว ซึ่งบุคคลจะรับรู้ได้โดยดูจากความแตกต่างระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อที่เกี่ยวกับตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรวมทั้งภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมทั่วๆ ไป ที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต มีปัจจัยได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้

Ferrell (1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (Physical Well-Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (Psychological Well-Being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นในด้านการเผชิญกับความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3. ด้านความผาสุกทางสังคม (Social Well-Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ได้แก่ ความหวังและความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

WHOQOL Group (1996) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ คุณภาพชีวิต

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบายความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การหลับนอนและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of Independence Domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านร่างกายสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร และสภาพภูมิประเทศ เป็นต้น

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ

Ferrans (1994) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and Functioning Domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พลังความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันความสามารถในการจัดการความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการชีวิตทางเพศของตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Domain) เกี่ยวข้องกับเพื่อน เพื่อนบ้านกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้ผู้มิตรและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชนความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงิน สภาพบ้านหรือที่พักอาศัย การศึกษา การทำงานหรือการว่างงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual Domain) เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขในใจ

ความเป็นตัวของตัวเองความศรัทธาในศาสนา ความหวังในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต และความวิตกกังวลในชีวิต

4. ด้านครอบครัว (Family Domain) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รัก หรือคู่สมรส สุขภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด และได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงควมมีอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือการรับรู้เรื่องราวความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่นสภาพบ้านเรือนมลพิษ สาธารณูปโภค การรับรู้ที่ตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การ

คนมาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันตนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามที่กล่าวมานั้น เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากองค์ประกอบทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม ยังมีองค์ประกอบทางด้าน จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีเหมาะสมกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Ferrell (1996) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

### 4.3 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในมิติต่างๆ ดังมีรายละเอียดดังนี้ (สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2548)

1. ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ประกอบด้วยความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตให้เหมือนปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ และความสามารถที่จะทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้ เช่น การได้ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การดำรงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการได้ทำงานอดิเรกที่ให้ความเพลิดเพลิน การทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีความหมายและยังเป็นปกติ ทำให้รู้สึกว่าจะยังคงดำเนินชีวิตต่อไปได้แม้จะใกล้ตาย ความสามารถในการควบคุมอาการ เช่น ความปวด ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการคลื่นไส้ และความสามารถด้านปัญญา เช่นการคิดและการตัดสินใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

2. ด้านจิตใจ คุณภาพในมิติด้านจิตใจ ได้สะท้อนในลักษณะของความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกว่าคุณเองยังมีความหมายและมีคุณค่า ความสามารถหาความเพลิดเพลินให้กับชีวิต ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการสามารถแสวงหาการดูแลที่มีคุณภาพ และได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับการให้ความเคารพ ยอมรับคุณค่าในฐานะบุคคล ความรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลใกล้ชิด เช่นการได้รับความรักและการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และความรู้สึกของการได้ปลดปล่อยภาระ ไม่มีสิ่งที่ห่วงกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้เตรียมตัวตายเช่นผู้ป่วยได้มีการจัดการด้านการเงินและเตรียมงานศพของตนเอง ช่วยลดภาระการตายของตนหลังจากที่เสียชีวิตไปแล้ว

3. ด้านจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตที่สำคัญตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือความรู้สึกสงบสุขในจิตใจ เป็นความรู้สึกมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดจากการมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนา และได้นำหลักคำสอนนั้นมาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยการได้อยู่ในสถานที่ที่สามารถให้การดูแลได้ดี และได้อยู่ในบรรยากาศที่เข้าถึงธรรมชาติ มีความสงบ ร่มรื่น อาจเป็นบ้านหรือโรงพยาบาลที่สามารถให้การดูแลได้ดีและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

5. ด้านผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านนี้ คือการมีผู้ดูแลหรือให้ความช่วยเหลือด้วยความจริงใจและความกรุณาที่ปราศจากเงื่อนไข รวมทั้งลักษณะของการเสนอให้ความช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเป็นผู้ขอรับ

6. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับความตาย โดยที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยได้อย่างอิสระเกี่ยวกับความจริงที่ว่าผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตแล้ว

#### 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (2548) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดการกับอาการที่ดี เนื่องด้วยในระยะนี้ผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆมากมาย ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการสามารถควบคุมอาการได้ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในมิติอื่นๆด้วย

2. การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด การเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต จำเป็นต้องพึ่งพานุคคลอื่น ถ้าหากขาดการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจึงมีส่วนสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

3. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือ การบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา สะดวกรวดเร็ว และต่อเนื่อง และบุคคลที่ให้การดูแลมีสมรรถนะในการดูแล การตัดสินใจ การให้ความหวัง การให้ข้อมูล สามารถพูดคุยปรึกษาได้ และมีสัมพันธภาพที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และบุคลากรในทีมสุขภาพได้ให้การดูแลอย่างจริงจัง

4. สถานที่ที่ดี อาจเป็นบ้านหรือโรงพยาบาลก็ได้ ที่มีความสงบและเป็นความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 4.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ แนวความคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา ได้ มีผู้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไว้หลายแนวทาง ดังนี้

Frank-Stromberg (1984) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต 3 ลักษณะคือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Objective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์หรือบุคคลในทีมสุขภาพ เป็นต้น จะประเมินเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Subjective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั้นเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของตน เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆและความสุขที่ได้รับ ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงคุณภาพ (Subjective Scale Yielding Qualitative Data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวเอง แต่ให้ บุคคลบรรยายเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นการบรรยาย

Zhan (1992) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภทดังนี้

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ

2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective Indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตการประเมินคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมีแนวความคิดว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต

Meeberg (1993) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้โดยบุคคลอื่น

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิดของตัวผู้ป่วยเอง เช่น ความพึงพอใจในชีวิตความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิต ยังมีการพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตมี 3 ลักษณะ ดังนี้ (King et al., 1997; Mast, 1995)

1. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างมิติเดียว (Unidimensional Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว ซึ่งการประเมินวิธีนี้จะขาดความไว และไม่สามารถแยกความแตกต่างขององค์ประกอบในแต่ละด้านได้

2. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินทางเดียว (Multidimensional Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่กว้างและหลายมิติ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ซึ่งปัญหาจากการประเมินวิธีนี้คือ ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตจะซ้ำซ้อนกัน และ ขาดข้อมูลในเชิงลึก

3. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินหลายทาง (Multiple Separate Measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้แยกตามองค์ประกอบในแต่ละด้าน เช่น การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพอารมณ์ ความเครียด และความสัมพันธ์ เป็นต้น

แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrell และคณะ (1995) เป็นแบบวัดที่ Ferrell และคณะ สร้างขึ้น เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยสร้างข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ข้อคำถามประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านความผาสุกด้านร่างกาย
- 2) ด้านความผาสุกด้านจิตใจ
- 3) ด้านความผาสุกด้านสังคม และ
- 4) ด้านความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

แบบวัดคุณภาพชีวิตมีข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนด้วยตนเองว่า ความรู้สึกของตนเองมีค่าเท่าใด ถ้าไม่มีเลยให้ 0 คะแนน และถ้ามีอย่างเต็มที่ให้ 10 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความทางด้านบวก 15 ข้อ และข้อความทางด้านลบ 31 ข้อ ข้อความทางด้านลบประกอบด้วย ข้อ 1-7, 9, 10, 17-29, 31, 33-39, และ 43 สำหรับการให้คะแนน ข้อความในด้านลบจะให้คะแนนในด้านตรงข้าม เช่น ถ้าตอบ 3 จะได้ 7 คะแนน โดย Ferrell และคณะ (1995) ได้ทดสอบหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์จำนวน 110 คน โดยการนำมาเครื่องมือมาทดสอบซ้ำ ค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่ระดับ .89 แยกเป็นรายด้านมิติความผาสุกด้านร่างกาย .88 มิติความผาสุกด้านจิตใจ .88 มิติความผาสุกด้านสังคม .81 และมิติความผาสุก

ทางด้านจิตวิญญาณ .90 และการทดสอบความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แบบ แอลฟา ครอนบาค พบว่า ค่าความตรงของเครื่องมืออยู่ที่ระดับ .93 มิติความผาสุกด้านร่างกาย .77 มิติความผาสุกด้านจิตใจ .89 มิติความผาสุกด้านสังคม .81 และมิติความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ .71 ซึ่งถือว่าเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตจาก แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrell และคณะ (1995) โดยได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งจะมีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นมาตราส่วนเชิงเส้นตรง 10 ระดับ มีข้อความทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางด้านบวก 14 ข้อ และข้อความทางด้านลบ 26 ข้อ ข้อความทางด้านลบประกอบด้วย ข้อ 1-7, 9, 10, 17-26, 28-33, และ 37

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Marram และคณะ(1979) ได้ศึกษาการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการที่ได้รับจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบหมายระบบทีมและระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ โดยพบว่าผู้บริการที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในฐานะที่ผู้รับบริการเป็นบุคคลหนึ่ง คือการพยาบาลจัดขึ้นเฉพาะราย ผู้รับบริการมีความรู้สึกที่พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้บริการดีและพอใจที่จะให้การดูแล และยังมีความเห็นด้วยว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้การรักษาพยาบาลทันที และได้นำเอาการรักษาพยาบาลไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจที่จะไต่ถามความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอ ที่เห็นได้ชัดอีกข้อหนึ่งคือพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ใช้เวลาอยู่กับผู้รับบริการสูงกว่าวิธีการมอบหมายงานแบบอื่นๆ ผู้รับบริการได้รับความสนใจจากพยาบาลสูง หมายถึง พยาบาลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยพยายามให้การพยาบาลเกิดผลดีมากที่สุด ในเรื่องของความมั่นคงปลอดภัย ระบบพยาบาลเจ้าของไข้และการมอบหมายแบบรายผู้รับบริการนั้น พบว่าผู้บริการมีความรู้สึกเช่นนี้สูงกว่าใช้การมอบหมายงานระบบทีมและระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ อีกข้อหนึ่งที่สำคัญคือ ผู้บริการในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลสูงสุด ถึงร้อยละ 65 และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้พบว่าหลัง



การใช้ระบบนี้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดถึงร้อยละ 65 ซึ่งก่อนการใช้มีความพึงพอใจเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น

Robert (1980) ศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับการมอบหมายงานระบบทีมในโรงพยาบาลเมือง Winnipeg ประเทศแคนาดา พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแลเฉพาะบุคคลมากขึ้น แต่ผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่ม มีความพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่าพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจมากกว่าเนื่องจากมีอิสระในการใช้ความรู้ความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาลด้วยตนเองมากขึ้นได้รับการยอมรับนับถือจากผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน

Bilbe and Purcell (1992 อ้างในเพ็ญญา ตองติตรัมย์, 2549) ศึกษาผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วยจิตเวช พบว่า พยาบาลผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย เพราะมีความต่อเนื่องในการดูแลและมีความรับผิดชอบมากในการดูแลผู้ป่วยและมีพัฒนาการสื่อสารได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mary and Sandra (2004 อ้างในเพ็ญญา ตองติตรัมย์, 2549) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ระบบการทำงานแบบหน้าที่ และระบบการทำงานแบบทีม พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการพัฒนาในด้านคุณภาพการพยาบาลมากกว่าเพราะสามารถศึกษาปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมกว่า มีความต่อเนื่องในการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่า

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลด้วยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้รับบริการก่อนและหลังการจัดการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการจัดการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มเกณฑ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการเรื่องกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ได้ศึกษาถึงผลการใช้ระบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล พบว่าการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนและต่อเนื่อง

มากกว่า และมีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า ในรูปแบบการมอบหมายงานแบบทีม

ศศิธร แสงศร (2545) ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้นั้นมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้เกิดการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานและมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยคุ้นเคย มีความอบอุ่นใจ เชื่อมมั่นและไว้วางใจ มีความต่อเนื่องในการดูแล พยาบาลมีความรู้ในข้อมูลต่างๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการพยาบาล สามารถประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม สำหรับพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

เพ็ญนภา ตองติธรรมย์ (2549) ศึกษาผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรพิมล ศรีสำราญ (2553) ศึกษา ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม ต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า การรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชัชชาภรณ์ นนทร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อแยกตามรายด้านพบว่าให้การพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การดูแลสวมเสื้อผ้าหรือปกปิดร่างกาย ส่วนการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การรักษาเรื่องความลับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย การพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรับผิดชอบและคิดว่าเป็นการได้บุญ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกตามรายด้านแล้วพบว่า ต้องการการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ต้องการให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจ ความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตสังคมและ

ด้านจิตวิญญาณตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลด้านร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือด้านจิตวิญญาณและด้านจิตสังคมตามลำดับ

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประเด็นคือ ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการการให้อภัย การอโหสิกรรมก่อนตายและต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

Singer, Martin, & Kelner, 1999 อ้างถึงใน นิการีหมีะ นิจินิการี, 2547 ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมุมมองของผู้ป่วยจำนวน 126 คนพบว่า คุณภาพชีวิต 5 ประการ ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการคือ 1) สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ 2) ต้องการหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เหมาะสมมีผลทำให้ยืดความตายออกไป 3) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต 4) สามารถควบคุมประสาทสัมผัสต่าง ๆ และไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแลและ 5) มีสัมพันธภาพที่มั่นคงด้วยความรักจากครอบครัว สังคมและบุคคลรอบข้าง

Loise (2002) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและคุณภาพชีวิตผู้รับบริการในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า สิ่งที่ผู้รับบริการต้องการมากที่สุด เรียงตามลำดับตามลำดับคือ

1. ต้องการการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองได้
2. ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล
3. ต้องการความรักเอาใจใส่จากครอบครัวและบุคคลซึ่งเป็นที่รัก
4. ความต้องการความช่วยเหลือให้ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
5. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

Wesolowski T และ Szyber P (2004) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต เปรียบเทียบกับคนทั่วไป โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-100 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตดีในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากคนปกติในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยอายุ ระดับการศึกษาและการทำงานมีผลต่อคุณภาพชีวิต

นัชชา ศรีวัง (2548) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปราชินบุรี นครนายก นนทบุรี และปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านร่างกาย เป็นความต้องการช่วยแก้ปัญหาที่สร้างความทุกข์ทรมานในทันทีเมื่อมีปัญหา เช่น ปวด เหนื่อย หายใจลำบาก ทางด้านจิตอากรมณ์

ต้องการให้มีผู้รับฟังปัญหาและระบายความรู้สึก การต้องการคำแนะนำ คำปรึกษา การเยี่ยมให้กำลังใจ ทั้งจากครอบครัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางสุขภาพ ด้านจิตสังคม ต้องการให้เพื่อนบ้าน เข้าใจเห็นใจอาการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง ไม่อยากให้รังเกียจในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านจิตวิญญาณต้องการโอกาสในการทำบุญ ให้อุทิศ ไปเที่ยวพักผ่อนและต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พะวงศ์ (2548) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการสังเคราะห์พบว่า ในแต่ละระยะขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในมิติต่าง ๆ คือ ระยะที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และระยะที่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ในระยะที่ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้ คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะขึ้นกับ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ สามารถดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตให้เหมือนปกติเท่าที่จะเป็นไปได้และสามารถจะทำประโยชน์ให้กับบุคคลอื่นได้ 2) ด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจได้สะท้อนในลักษณะของความรู้สึก ได้แก่ การมีความหมายและมีคุณค่า ตนเองยังเป็นปกติแม้จะใกล้ตาย มีความสุข เพลิดเพลินกับชีวิต รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และมีความหวังว่าสภาพร่างกายจะดีขึ้น 3) ด้านจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยคือ จิตใจสงบพร้อมที่จะเผชิญความตาย มีความเชื่อและความหวังว่าตนเองจะมีการตายที่ดี ส่วนในระยะที่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบด้วย 1) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ สามารถควบคุมอาการได้ และมีความสามารถด้านปัญญา รู้ คิด ตัดสินใจ 2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยความรู้สึกมีศักดิ์ศรี และได้รับการเคารพ ยอมรับคุณค่าในฐานะบุคคล รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ รู้สึกได้ปลดปล่อย ไม่มีสิ่งที่ยังห่วงกังวล 3) ด้านจิตวิญญาณคือความรู้สึกสงบสุขในจิตใจ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมคือ ได้อยู่ในสถานที่ที่สามารถให้การดูแลได้ดี และได้อยู่ในบรรยากาศที่เข้าถึงธรรมชาติ สงบ ร่มรื่น 5) ด้านผู้ดูแลคือ การมีผู้ดูแลและได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดด้วยความจริงใจ ไม่มีเงื่อนไข และ 6) ด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยคิดว่า การได้พูดคุยสื่อสารอย่างอิสระเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายมีความสำคัญ

สิติรัตน์ สมัครสมาน (2550) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาระดับคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณและความหมายและเป้าหมายของชีวิตค่อนข้างสูง โดยเฉพาะความต้องการทำชีวิตที่มีอยู่ให้เกิดคุณค่า พยายามไม่เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลและต้องการความเอาใจใส่จากญาติ และต้องการให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการคำแนะนำและเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และต้องการรักษาเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และไม่ต้องการให้เกิดความเจ็บปวด

และทุกชีวิตก่อนสิ้นชีวิตและเมื่อถึงวาระสุดท้ายผู้ป่วยมีความต้องการจากไปอย่างสงบอยู่ท่ามกลางลูกหลาน ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการความเอื้ออาทร กำลังใจจากญาติ ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการทำบุญซึ่งถือว่าเป็นการประพฤติปฏิบัติตามแนวทางของพุทธศาสนา เพราะเมื่อทำบุญแล้วทำให้เกิดความสบายใจ และเชื่อว่าบุญกุศลจะส่งผลให้พวกเขาพบกับสิ่งดีดี ความต้องการด้านจิตวิญญาณในด้านการมีความหวัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมีความหวังอยู่ในระดับสูง มีความเชื่อว่า คุณงามความดีช่วยให้โอกาสทุเลาลง ไม่ทรมาณ ต้องการจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลานและพบสิ่งที่ดีหลังความตาย ถึงแม้จะไม่ทราบว่าชีวิตหลังความตายเป็นอย่างไร ละกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองเห็นว่าศาสนา และบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดมีส่วนเกี่ยวข้องกับความต้องการ และส่วนใหญ่ยอมรับว่าการเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต

ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลจากระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญจากพยาธิสภาพของโรค ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งรูปแบบของการดูแลที่ควรจัดให้กับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตนั้นควรตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิตและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบพยาบาลเจ้าของใช้ส่งต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งความผาสุกในการดำเนินชีวิตและความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลที่ได้รับจากองค์กร โดยความพึงพอใจในบริการพยาบาลครอบคลุม 6 ด้าน คือ ด้านศิลปะการพยาบาล ด้านคุณภาพการดูแลทางคลินิก ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ด้านความพร้อมในการบริการ ด้านการดูแลต่อเนื่อง และด้านประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการดูแล (Eriksen, 1988 อ้างใน พัทธี เจริญพร, 2546) ความพึงพอใจในบริการพยาบาล จะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเอาใจใส่สุขภาพที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพรุนแรงของโรค เพื่อขจัดสาเหตุของปัญหาต่างๆ และคงไว้ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและ การบรรเทาอาการ ต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบทุกมิติ ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยได้ อันจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้นรูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการร่วมกับการดูแลในระยะสุดท้ายจะเป็นการเอื้อโอกาสให้พยาบาลเจ้าของไข้สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สามารถ สอนให้คำปรึกษาและรับฟังตลอดจนการค้นหาปัญหาต่างๆของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษา ทำให้ผู้รับบริการนั้นเกิดความสบายใจและรู้สึกปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจในบริการ จึงน่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

จากความรู้ในการศึกษาแนวคิด รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram และคณะ(1979) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แท้จริง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานโดยมีเป้าหมายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ และมีผลการวิจัยสนับสนุนว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ส่งผลต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงบูรณาการกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

### รูปแบบบริการการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลวิชาชีพ ได้รับการมอบหมายงานจากพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล อย่างครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง มีการใช้กระบวนการทางการพยาบาลและให้การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

#### ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

- สร้างสัมพันธภาพ
- ประเมินสภาพผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วย ด้วยแบบประเมิน

Palliative Performance scale version2 (PPS v2) เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม

#### ระยะที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- ให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลตามระยะต่างๆ โดยให้การดูแลผสมผสานรวมกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และดูแลให้การตายเป็นไปตายธรรมชาติ โดยไม่เร่งรัดหรือยืดเยื้อการตาย
2. ดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ
3. ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุด
5. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ
6. ดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
7. ให้การดูแลโดยผสมผสาน Palliative care เข้ากับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

- การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ

- ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

#### ระยะที่ 3 การจำหน่ายผู้ป่วย

- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อน จำหน่าย
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน
- ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ

(Marram และคณะ ,1979, WHO ,2011)

### คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Ferrell (1996)

- ด้านร่างกาย
- ด้านจิตใจ
- ด้านสังคม
- ด้านจิตวิญญาณ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เป็นการศึกษารูปแบบเปรียบเทียบโดยอาศัยกลุ่มอ้างอิง (Criterion – group design) เพื่อศึกษา ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

E	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
C			O <sub>3</sub>

E แทน กลุ่มทดลอง

C แทน กลุ่มที่ใช้เป็นเกณฑ์เทียบเคียง

X แทน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

O<sub>1</sub> แทน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

O<sub>2</sub> แทน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

O<sub>3</sub> แทน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร



### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 และไตวายระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในสังกัดกรุงเทพมหานคร หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 ซึ่งเป็นกลุ่มเกณฑ์เทียบเคียง จำนวน 20 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติดังนี้

1. แพทย์ให้การวินิจฉัย เป็น โรคมะเร็งระยะที่ 3-4 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการต่าง ๆ จากโรค เช่น ปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร เป็นต้น หรือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ต้องอาศัยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือโดยการล้างไตด้วยน้ำทางช่องท้อง เพื่อประคับประคองชีวิตไว้
2. รู้สึกตัวดี สามารถรับรู้วัน เวลาและสถานที่ได้ปกติ มีสติดีมีความสามารถในการรับรู้ ทั้งด้านความคิด ความจำ ความรู้สึก สามารถสื่อสารได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ การมองเห็น
3. เข้ารับการรักษาทันทีที่หอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15
4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวน ไม่ต่ำกว่า 15 ราย หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit and Hugger.1999) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มเกณฑ์ 20 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจากการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก็จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มเกณฑ์และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มเกณฑ์ไว้ที่หอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 จำนวน 20 คน และจัดกลุ่มทดลองไว้ที่หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จำนวน 20 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Matched pairs group โดยจัดคู่กลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเกณฑ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ ดังนี้

1. เพศ แบ่งเป็น เพศชาย และ เพศหญิง
2. อายุ กำหนดเป็นช่วงอายุตามพัฒนาการของมนุษย์ (สุชา จันทน์เอม , 2536) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ
  - กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 21-40 ปี
  - กลุ่มวัยกลางคน อายุ 40-60 ปี
  - กลุ่มวัยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. โรค แบ่งเป็น โรคมะเร็ง ไตวาย

### การจับคู่กลุ่มเกณฑ์ และกลุ่มทดลอง

การเลือกผู้ป่วยที่นำมาเข้ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มแรก จัดให้เป็นกลุ่มเกณฑ์ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และอีก 20 คน จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษากลุ่มเกณฑ์ และกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุด โดยจับกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน และเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งได้กลุ่มผู้ป่วยทั้งสิ้น 40 คน โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2554 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2554 เก็บกลุ่มเกณฑ์ได้จำนวน 26 คน และเก็บกลุ่มทดลองได้ 20 คน นำมาจับคู่เพื่อความใกล้เคียงกัน ทั้งสิ้น 20 คู่ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยกลุ่มเกณฑ์ และกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของเพศ อายุ และโรค

ลำดับ	กลุ่มเกณฑ์			กลุ่มทดลอง		
	เพศ	อายุ	โรค	เพศ	อายุ	โรค
1	ชาย	72	มะเร็ง	ชาย	74	มะเร็ง
2	หญิง	53	มะเร็ง	หญิง	52	มะเร็ง
3	ชาย	58	มะเร็ง	ชาย	55	มะเร็ง
4	หญิง	54	มะเร็ง	หญิง	50	มะเร็ง
5	หญิง	72	มะเร็ง	หญิง	74	มะเร็ง
6	หญิง	69	ไตวาย	หญิง	70	ไตวาย
7	หญิง	70	มะเร็ง	หญิง	70	มะเร็ง
8	ชาย	80	มะเร็ง	ชาย	71	มะเร็ง
9	หญิง	68	มะเร็ง	หญิง	67	มะเร็ง
10	ชาย	74	มะเร็ง	ชาย	71	มะเร็ง
11	หญิง	69	มะเร็ง	หญิง	65	มะเร็ง
12	ชาย	68	ไตวาย	ชาย	68	ไตวาย
13	ชาย	30	ไตวาย	ชาย	36	ไตวาย
14	หญิง	83	ไตวาย	หญิง	72	ไตวาย
15	หญิง	53	มะเร็ง	หญิง	54	มะเร็ง
16	หญิง	82	ไตวาย	หญิง	71	ไตวาย
17	หญิง	81	ไตวาย	หญิง	70	ไตวาย
18	หญิง	78	มะเร็ง	หญิง	76	มะเร็ง
19	ชาย	74	ไตวาย	ชาย	74	ไตวาย
20	ชาย	82	มะเร็ง	ชาย	81	มะเร็ง

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเกณฑ์และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และมีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ คิดเป็น ร้อยละ 65 และ 70 ศาสนา พุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 และ 100 ส่วนใหญ่ได้รับการ วินิจฉัยโรค เป็นมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 70 ไตวายระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 30 รายละเอียดกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สถานะทางการเงิน ของครอบครัว อาชีพ ผู้ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โรค ศาสนา (ศรัทธา/ความเชื่อ) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเกณฑ์ (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	8	40	8	40
หญิง	12	60	12	60
2. อายุ				
21-40 ปี	1	5	1	5
40-60 ปี	4	20	4	20
60 ปีขึ้นไป	15	75	15	75
3. สถานภาพสมรส				
โสด	3	15	2	10
คู่	13	65	14	70
หม้าย หย่า แยก	4	20	4	20
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	14	70	14	70
มัธยมศึกษา	3	15	3	15
อนุปริญญา/ปวช.,ปวส.	2	10	1	5
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	1	5	2	10

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเกณฑ์ (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. สิทธิการรักษา				
ชำระเงินสด	1	5	-	-
เบิกทางราชการ	16	80	18	90
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1	5	2	10
ประกันสังคม	2	10	-	-
6. สถานะทางการเงินของครอบครัว				
ไม่พอใช้ เป็นหนี้	1	5	1	5
มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ	10	50	11	55
มีพอใช้ และเหลือเก็บ	9	45	8	40
7. อาชีพ				
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	4	20	5	25
รับจ้างทั่วไป	1	5	-	-
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	4	20
งานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6	30	4	20
เกษตรกร	-	-	1	5
ไม่ได้ทำงาน	7	35	6	30
8. ผู้ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย				
สามี/ภรรยา/บุตร	17	85	17	85
พี่น้อง	2	10	1	5
ลูกพี่/ลูกน้อง/ญาติ	-	-	1	5
ผู้ดูแล	1	5	1	5
9. โรค				
มะเร็ง	14	70	14	70
ไตวายระยะสุดท้าย	6	30	6	30

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเกณฑ์ (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. ศาสนา (ศรัทธา/ความเชื่อ)				
พุทธ	19	95	20	100
คริสต์	1	5	-	-
อิสลาม	-	-	-	-
11. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา				
บ่อย	11	55	10	50
นานๆครั้ง	9	45	10	50
ไม่เลย	-	-	-	-

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

## ชุดที่ 1 เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1.1 โครงการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ สำหรับจัดอบรมความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพ

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1974) มาบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011)

1.3 คู่มือ ส่ง่างามท่ามกลางความเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.5 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

### ชุดที่ 1 เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1.1 โครงการฝึกอบรม เรื่องการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในขณะเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยจัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จำนวน 8 คน ระยะเวลา 1 วัน คือ วันที่ 6 มิถุนายน ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล โดยโครงการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1979) ร่วมกับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดของ WHO (2011)

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรม เรื่องการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาล เจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ

1.1.3 กำหนดเนื้อหาในโครงการฝึกอบรม เรื่องการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาล เจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย

1.1.3.1 การให้ความรู้ เรื่องการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีวิทยากร นางสาวนิตยา พ่วงดี จากโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นผู้ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงาน ตลอดจน แนวคิด ปัญหา อุปสรรค และประโยชน์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

1.1.3.2 การให้ความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการบรรยาย 2 ชั่วโมง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ ความหมายและหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนบทบาทของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม สามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.1.3.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง อธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่การมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลแต่ละคน เพื่อเป็นพยาบาล

เจ้าของไข้ ให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.1.3.4 มีการประชุมกลุ่มระดมสมอง เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่เข้ารับการดูแลรักษา ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โดยคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1979) ร่วมกับการให้การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้หลักการตามแนวคิดของ WHO (2011) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้ในการศึกษาด้วยตนเอง หลังจากได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างคู่มือดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ เพื่อพยาบาลสามารถนำไปใช้อย่างเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย

1.2.2.1 ความหมาย แนวคิด/หลักการ วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.2.2.2 ความหมาย หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.2.2.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วยรายละเอียด ของขั้นตอนดังนี้คือ

#### **ขั้นตอนที่ 1** ขั้นตอนมอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลเจ้าของไข้

1. หัวหน้าผู้ป่วยมอบหมายงานกับพยาบาลวิชาชีพ ให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนละไม่เกิน 1 ราย ต่อการปฏิบัติงานในหนึ่งเวร โดยพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วย ความรู้ความสามารถ ภาระงาน ประสบการณ์ และทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ดังนี้



1.1 พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะความชำนาญน้อยกว่า 5 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาซับซ้อนน้อย เช่นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ (stable) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลค่อนข้างน้อย

1.2 พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญ 5-10 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional)

1.3 พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญมากกว่า 10 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) และระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) ที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความต้องการ การดูแลจากพยาบาลค่อนข้างมาก

2. หัวหน้าผู้ป่วยมอบหมายพยาบาลผู้ช่วย เพื่อดูแลผู้ป่วย เฉพาะเวรที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ ขึ้นปฏิบัติงาน

**ขั้นตอนที่ 2** ขึ้นปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เจ้าของไข้ โดย

1. พยาบาลเจ้าของไข้ ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยระยะแรก พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินระยะของผู้ป่วยออกเป็น 3 ได้แก่ ระยะคงที่ (stable) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) ระยะวาระสุดท้าย (end- of -life) ด้วยแบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง: Palliative Performance scale version2 (PPS v2) ระยะที่ 2 พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการการดูแลแบบ ประคับประคอง ตามแนวคิด ของ WHO (2011) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.ให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการ การรักษา และดูแลให้การตายเป็นไปตายธรรมชาติ โดยไม่เร่งรัดหรือยืดเยื้อการ ตาย 2. ดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ 3. ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุด 5. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ 6. ดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 7. ให้การดูแลโดยผสมผสาน Palliative care เข้ากับการรักษาตั้งแต่ ระยะเริ่มต้น มีการติดตามประเมินผลการพยาบาล และตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจน ประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์สูงสุด และพยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับ

มอบหมายในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้มิได้ขึ้น ปฏิบัติงาน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลของ พยาบาลเจ้าของไข้ มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลและการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

**ขั้นตอนที่3** การจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการ ดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อเป็นทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

1.2.2.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายประกอบด้วย

Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านร่างกาย

Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านจิตใจ

Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านสังคม

Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ

1.3 คู่มือ ส่งงานท่ามกลางความเจ็บป่วย จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการศึกษาด้วยตนเอง นำมาเป็นแนวทางในการให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และเป็นแนวทางในการเตรียมกายและใจสู่ความสุขสงบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับคู่มือ ส่งงานท่ามกลางความเจ็บป่วย จากพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่พยาบาลเจ้าของไข้เริ่มต้นให้การดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคู่มือ แล้วนำแนวทางการดูแลตนเองมาปฏิบัติในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีขั้นตอนในการสร้างคู่มือดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหา วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้อย่างเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด เนื้อหาประกอบด้วย

1.3.2.1 สัจธรรมชีวิต

1.3.2.2 อาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และการจัดการ

แก้ไขในระยะเจ็บป่วย

1.3.2.3 การเตรียมใจสู่ความสงบ

1.3.2.4 การทำสมาธิ

1.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.4.2 นำความรู้ที่สรุปจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสร้างเป็นแบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งการกำหนดข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.5 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1.5.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.5.2 นำความรู้ที่สรุปจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสร้างเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ลักษณะแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบ Check list จากกิจกรรมที่ทำทั้งหมด ว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลตามการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่ โดยมีเกณฑ์คะแนน ถ้าปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางดังกล่าวจริงและถูกต้องให้ลงบันทึกในช่องปฏิบัติ ซึ่งให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ลงบันทึกในช่องไม่ปฏิบัติ ซึ่งให้ 0 คะแนน การกำหนดข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย (หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15) เป็นผู้สังเกต โดยช่วงเวลาราชการ ผู้ช่วยวิจัย(หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15) เป็นผู้สังเกต ส่วนนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตตามสถานการณ์ โดยการสังเกตการให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคน คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ถ้าพบว่าไม่มีพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามข้อรายการของแบบสังเกตไม่ครบทุกข้อ ของรายการแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆ ทราบ เพื่อให้มีการแก้ไข และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโครงการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คู่มือ ส่งงามท่ามกลางความเจ็บป่วยแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ จากนั้นนำข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนนำไปใช้

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยค่าความยากง่ายที่ยอมรับได้มีค่าระหว่าง .20 ถึง .80 และค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าคำนวณค่าอำนาจจำแนกออกมามีค่าบวกสูง แสดงว่าอำนาจจำแนกใช้ได้ แต่ถ้าค่าเป็นลบ หรือเป็นศูนย์ ถือว่าอำนาจจำแนกใช้ไม่ได้ ค่าอำนาจจำแนกที่ถือว่าจำแนกกลุ่มอ่อน และกลุ่มเก่งได้ จะใช้อำนาจจำแนกตั้งแต่ .2 ขึ้นไป ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก ของแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ามีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .30 และ .90 และค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง .2 และ .85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และคำนวณหาความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) พบว่าค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 1 ซึ่งถือได้ว่ามีค่าความเที่ยงสูง

แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบพยาบาลเจ้าของใช้ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน ร่วมกันใช้ และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวร แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง ระหว่างการสังเกต (Inter Rater Reliability) นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยค่าความเที่ยงของการสังเกตต้องมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ .7 จึงจะยอมรับได้ จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของใช้ พบว่าค่าความเที่ยงของการสังเกตการพยาบาลเจ้าของใช้ เท่ากับ .77 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

## ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrell และคณะ (1995) โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2.1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่างๆ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrell และคณะ (1995) โดยนำมาปรับปรุงและพัฒนา ปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) ด้านจิตใจ จำนวน 17 ข้อ (ข้อที่ 9-25) ด้านสังคม จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 26-34) และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 35-40) มีข้อความทั้งหมด 40 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยประมาณค่าคะแนนด้วยตนเองว่า ความรู้สึกของตนเองมีค่าเท่าใดในแต่ละข้อความ ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งเฉพาะของแต่ละบุคคล เป็นผลจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ต่อสถานการณ์ต่างๆกัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ถ้าไม่มีเลยให้ 0 คะแนน และถ้ามีอย่างเต็มที่ให้ 10 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อความทางด้านบวก 14 ข้อ ข้อความทางด้านลบ 26 ข้อ ข้อความทางด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1-7, 9, 10, 17-26, 28-33, และ 37 สำหรับการให้คะแนนข้อความในด้านลบจะกลับคะแนนก่อน เช่น ถ้าตอบ 3 จะได้ 7 คะแนน แล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด คะแนนทั้งหมดในแบบ

วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีค่าตั้งแต่ 0-400 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็ม เท่ากับ 10 คะแนน

2.1.3 การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัย ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ได้ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (รายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบรายละเอียด ความครอบคลุมของเนื้อหา และสำนวนภาษาที่ใช้ โดยผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด หากค่าความสอดคล้องของความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา  $CVI = .83$  ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนนำไปใช้

2.1.4 การหาความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายในที่มารับบริการในโรงพยาบาลกลาง และเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 30 คน วันที่ 1-15 มีนาคม 2554 แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยรวม มีค่าแอลฟาครอนบาค .96 จำแนกตามรายด้าน ด้านร่างกาย มีค่าแอลฟาครอนบาค .89 ด้านจิตใจ มีค่าแอลฟาครอนบาค .93 ด้านสังคม มีค่าแอลฟาครอนบาค .85 ด้านจิตวิญญาณ มีค่าแอลฟาครอนบาค .81 ซึ่งถือว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชุดนี้มีความน่าเชื่อถือ

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โครงการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และคู่มือการดูแลตนเองสู่ความสงบ แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

## 1.2 เตรียมสถานที่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยวิจัย สำหรับการทดลอง ดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ตลอดจนประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2.2 เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยการปรึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วย พิเศษ 20/15 และประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ขอความร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเตรียมและการทดลอง จัดการอบรมพยาบาลวิชาชีพ โดยดำเนินโครงการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วันที่ 6 มิถุนายน 2554 เวลา 08.00 น.- 15.00 น. เชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นวิทยากรเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้เข้าอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จำนวน 8 คน ดังรายละเอียดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ปรากฏในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จำแนกตาม อายุ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รายละเอียดพยาบาลวิชาชีพ (n=8)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
24 ปี	2	25
32 ปี	1	12.5
34 ปี	2	25
39 ปี	1	12.5
48 ปี	2	25
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3	2	25
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6	3	37.5
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7	3	37.5
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	2	25
5-10 ปี	1	12.5
10-15 ปี	2	25
15-20 ปี	1	12.5
มากกว่า 20 ปี	2	25
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
1-5 ปี	2	25
5-10 ปี	1	12.5
10-15 ปี	2	25
15-20 ปี	1	12.5
มากกว่า 20 ปี	2	25



1.2.3 เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ไม่ได้เข้าร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และมีความสมัครใจในการเป็นผู้ช่วยในการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบ และอธิบายวิธีการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ และฝึกทดลองใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## 2. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนเข้ารับการอบรม โดยการทำแบบทดสอบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

2.2 จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน ตั้งแต่เวลา 08.00-15.00 น. วันที่ 6 มิถุนายน 2554 เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการนำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รูปแบบการอบรมเป็นแบบบรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการระดมสมองเพื่อหาแนวทางร่วมกัน และปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15

2.3 หลังการอบรมให้พยาบาลวิชาชีพ ทำแบบทดสอบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ไว้ว่า หลังการอบรมผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ ถ้ากลุ่มที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจง แนะนำซ้ำ และเปิดโอกาสให้ซักถามเป็นการส่วนตัว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้

ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรม (Pre-test) และแบบทดสอบความรู้ก่อนหลังการอบรม (Post-test) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม ดังนี้

ตารางที่ 7      คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะ  
สุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

แบบทดสอบเรื่อง	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย ก่อนการอบรม	คะแนนเฉลี่ย หลังการอบรม
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ พยาบาลเจ้าของไข้	30 (100%)	25.13 (83.77%)	27.75 (92.5%)

ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการอบรม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบก่อนเข้ารับการอบรม เท่ากับ 25.13 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.77 และคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบหลังเข้ารับการอบรม เท่ากับ 27.75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.5 จากคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ พยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม แต่ยังไม่สามารถตอบได้ทุกข้อ ซึ่งจาก การตรวจข้อคำถาม พบว่าส่วนใหญ่ข้อคำถามที่ผู้เข้ารับการอบรมตอบผิดเป็นเรื่องของ การดูแล แบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือการดูแลแบบทีมผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผู้เข้ารับการอบรม ยังมีความสับสนระหว่าง การดูแลแบบทีม กับ การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินการชี้แจง แนะนำซ้ำ และเปิดโอกาสให้ซักถามเป็นการส่วนตัว ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

หลังจากเสร็จสิ้นการอบรม ผู้วิจัยได้เฉลยข้อสอบ และอธิบายเหตุผลในคำตอบ แต่ละข้อ ให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบ และมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

2.4 หลังเสร็จสิ้นการอบรม พยาบาลวิชาชีพเริ่มนำรูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้จากการปรับปรุงพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกัน มาทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร เป็น ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 7-21 มิถุนายน 2554 โดยในแต่ละวัน ผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าของพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในวัน ต่อไป ทั้งนี้ในสัปดาห์แรกที่เริ่มทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย ยังเป็น ระยะปรับตัวของพยาบาล การดำเนินการวิจัยจึงมีปัญหามาก แต่ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของพยาบาลวิชาชีพทุกคน ทำให้สามารถหาข้อตกลงร่วมกัน เพื่อใช้ เป็นข้อมูลในการดำเนินการวิจัยต่อไปให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.5 ดำเนินการทดลองรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม 2554 โดยมีขั้นตอนดำเนินการทดลองดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ทำความ เข้าใจ เกี่ยวกับรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. หัวหน้าผู้ป่วยมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของไข้ ให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนละไม่เกิน 1 รายต่อการปฏิบัติงานในหนึ่งเวร

3. พยาบาลเจ้าของไข้ ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยการมอบหมายงานของหอผู้ป่วย จากการพิจารณาตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ให้ดูแลเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ผู้ป่วย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ดูแลตามรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินระยะและปัญหาของผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และ ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมายในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้มิได้ขึ้น ปฏิบัติงาน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้ มีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล และการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

4. พยาบาลเจ้าของไข้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ตามแนวทางของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้กำกับการทดลอง โดยเข้าเยี่ยมการปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ฝ้าสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยช่วงเวลาราชการ ผู้ช่วยวิจัย(หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เป็นผู้สังเกต ส่วนนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตตามสถานการณ์ โดยการสังเกตการให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคน

คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ามีพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด หมายถึง การที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามข้อรายการของแบบสังเกตไม่ครบทุกข้อ ของรายการแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลคนนั้นๆ ทราบเพื่อให้มีการแก้ไข และปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการพยาบาล  
เจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (n=8)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4 (50%)	4 (50%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
2.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการแนะนำตนเองให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติทราบว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่จะให้การดูแลตลอดเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล	5 (62.5%)	3 (37.5%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
3.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
4.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมและให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
5.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน	4 (50%)	4 (50%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
6.	พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลได้ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้และมีการประเมินผลการพยาบาลได้ครอบคลุมองค์รวม	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
7.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการ ปรึกษาหารือตลอดจนการ ติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในทีมสหสาขา วิชาชีพ	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)	0 (100%)	8 (100%)	0 (0%)
8.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการ ประสานงานกับแพทย์เจ้าของ ไข้เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและญาติ	5 (62.5%)	3 (37.5%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
9.	พยาบาลเจ้าของไข้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลพยาบาลแก่ ผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งให้ เวลาในการตอบข้อซักถาม ต่างๆเท่าที่ผู้ป่วยและญาติ ต้องการ	4 (50%)	4 (50%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
10.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการรับฟัง ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ ตลอดจนให้ คำปรึกษาและร่วมหาแนว ทางแก้ไขปัญหา	4 (50%)	4 (50%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
11.	พยาบาลเจ้าของไข้ให้ คำแนะนำ/สอน วิธีการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่ญาติ	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
12.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการพูดคุย และให้กำลังใจผู้ป่วยระยะ สุดท้ายและอยู่เป็นเพื่อนเมื่อ ผู้ป่วยต้องการ	4 (50%)	4 (50%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
13.	พยาบาลเจ้าของไข้และญาติ ร่วมกันวางแผนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่ ตอบสนองต่อความต้องการของ ผู้ป่วยอย่างครบองค์รวม	4 (50%)	4 (50%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)
14.	พยาบาลเจ้าของไข้เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ แผนการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
15.	พยาบาลเจ้าของไข้เคารพและ ยอมรับในการตัดสินใจของ ผู้ป่วยและญาติ	6 (75%)	2 (25%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
16.	พยาบาลเจ้าของไข้ให้การ พยาบาลโดยคำนึงถึงความสุข สบายและความต้องการของ ผู้ป่วยเป็นหลัก	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)	8 (100%)	0 (0%)
17.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการสื่อสาร แผนการดูแลผู้ป่วย สื่อสาร ความต้องการของผู้ป่วยและ ญาติ ไปยังบุคลากรอื่นๆในทีม สุขภาพ ทั้งด้วยวาจาและเป็น รายลักษณะณ์อักษรอย่างชัดเจน	5 (62.5%)	3 (37.5%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)	0 (0%)
18.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการ ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย	4 (50%)	4 (50%)	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0 (0%)

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การสังเกตครั้งที่ 1		การสังเกตครั้งที่ 2		การสังเกตครั้งที่ 3	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
19.	พยาบาลเจ้าของไข้เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์ผู้ทำการรักษาและบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม คือครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4	4	6	2	8	0
		(50%)	(50%)	(75%)	(25%)	(100%)	(0%)
20.	พยาบาลเจ้าของไข้เฝ้าอำนาจความสะอาดต่างๆในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	7	1	8	0	8	0
		(87.5%)	(12.5%)	(100%)	(0%)	(100%)	(0%)

จากตารางที่ 8 การสังเกตพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามรายกิจกรรม ทั้ง 20 ข้อ ในการสังเกตครั้งที่ 1 กิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติได้มากที่สุด ถึง 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 87.5 คือกิจกรรม พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความสุขสบายและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และกิจกรรม พยาบาลเจ้าของไข้เฝ้าอำนาจความสะอาดต่างๆ ในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สำหรับกิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติได้น้อยสุด คือ มีการปฏิบัติเพียง 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 คือกิจกรรม พยาบาลเจ้าของไข้มีการปรึกษาหารือตลอดจนการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการแก้ไข ให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ การสังเกตพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครั้งที่ 3 พยาบาลเจ้าของไข้ ทั้ง 8 คน สามารถปฏิบัติตามแบบสังเกตได้ทั้งหมด

### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผล

ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ก่อนการให้การพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



หลังการให้การพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ และนำข้อมูลจากการตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เมื่อได้รับการอนุมัติเห็นชอบ ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบ และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการวิจัย วิธีการดำเนินการทดลอง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และสามารถออกจากกรวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ และข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หรือหน่วยงานแต่ประการใด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมการวิจัย ในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

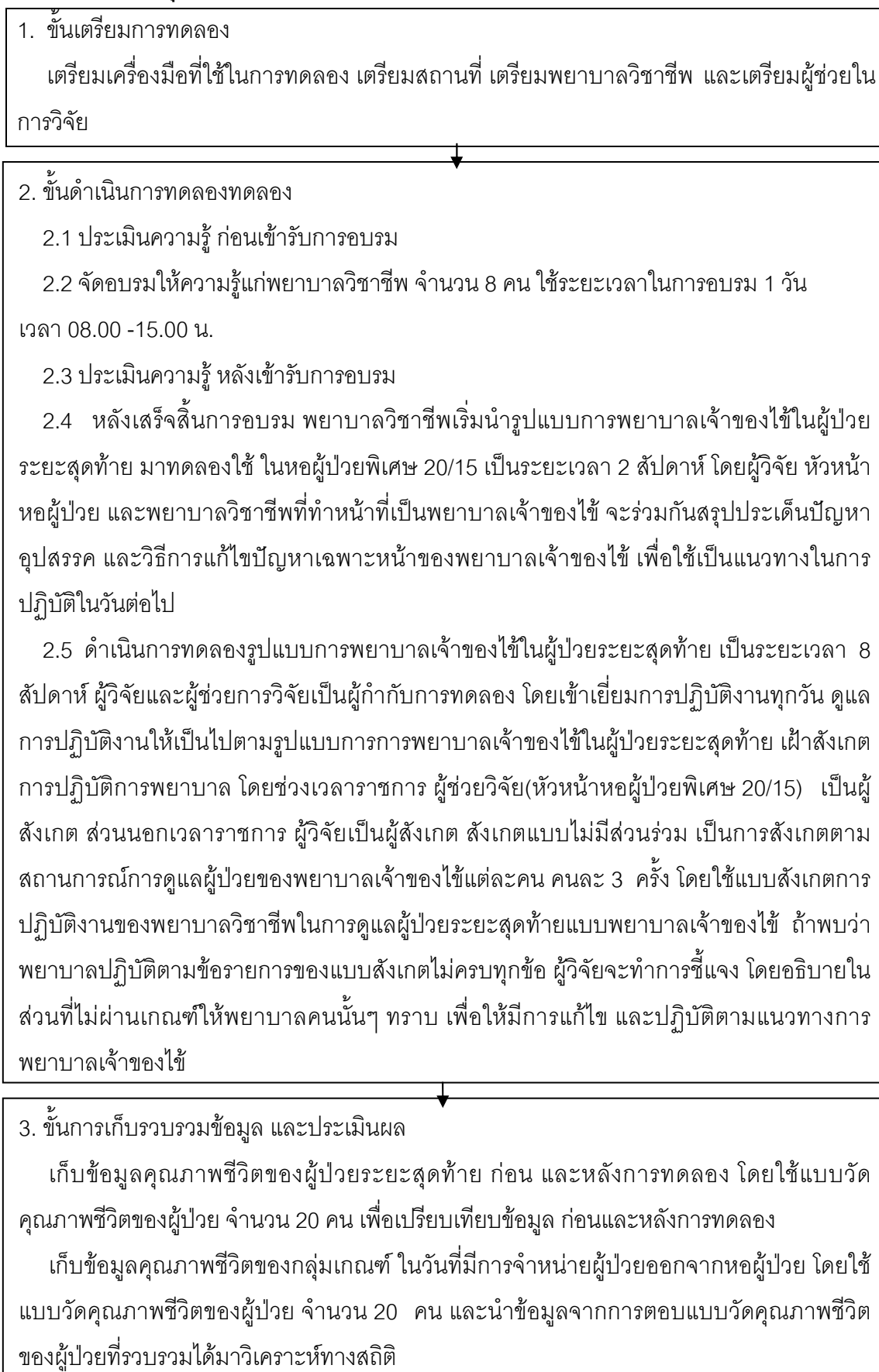
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการให้สถิติทดสอบ paired t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการใช้สถิติทดสอบ independent t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ( Experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ที่เข้ารับการรักษาตัว ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่เข้ารับการรักษาตัว ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 (กลุ่มเกณฑ์) จำนวน 20 คน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

**ส่วนที่ 2** การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านร่างกาย	4.12	1.47	5.65	1.36	19	13.313	.000
ด้านจิตใจ	4.50	1.68	6.07	1.53	19	9.385	.000
ด้านสังคม	6.26	2.13	7.04	1.89	19	8.781	.000
ด้านจิตวิญญาณ	4.12	1.47	5.65	1.36	19	6.455	.000
โดยรวม	6.40	1.60	7.28	1.45	19	15.810	.000

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่างก็สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 เช่นกัน

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มเกณฑ์) กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (กลุ่มทดลอง)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มเกณฑ์) กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (กลุ่มทดลอง) จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=40)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มเกณฑ์		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านร่างกาย	4.88	1.39	5.65	1.34	37.98	1.764	.043
ด้านจิตใจ	5.33	1.35	6.07	1.53	37.41	1.619	.057
ด้านสังคม	5.73	1.85	7.04	1.89	37.98	2.218	.017
ด้านจิตวิญญาณ	6.28	1.67	7.28	1.45	37.25	2.025	.025
โดยรวม	5.47	1.12	6.39	6.39	37.39	1.761	.011

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้านจิตใจ ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเกณฑ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นก็สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษา ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3-4 และไตวายระยะสุดท้าย ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 ซึ่งเป็นกลุ่มเกณฑ์ จำนวน 20 คน และหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน สัมภาษณ์เข้าร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการจับคู่ ตาม เพศ อายุ และโรค เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย 1) โครงการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาล เจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ สำหรับจัดอบรมความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดรูปแบบพยาบาลเจ้าของ ไข้ของ Marram (1979) มาบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) 3) คู่มือ ส่งงามท่ามกลางความเจ็บป่วย สำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และ 5) แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Ferrell และคณะ (1995) โดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) ด้านจิตใจ จำนวน 17 ข้อ (ข้อที่ 9-25) ด้านสังคม จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 26-34) และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 35-40) รวมข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .83 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

ดำเนินการวิจัยโดย

### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โครงการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาล เจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ 3) คู่มือส่งางามท่ามกลางความเจ็บป่วย 4) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ 5) แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และ 6) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ตลอดจนประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และขอดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

1.3 เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยการปรึกษากับหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 และประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย และทำการเข้ารับการอบรม

1.4 เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ไม่ได้เข้าร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และมีความสมัครใจในการเป็นผู้ช่วยในการวิจัย

### 2. ขั้นตอนการทดลองทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม โดยการทำแบบทดสอบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ใช้ระยะเวลาในการอบรม 1 วัน ตั้งแต่เวลา 08.00 - 15.00 น. วันที่ 6 มิถุนายน 2554 ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15



1.3 หลังเสร็จสิ้นการอบรม พยาบาลวิชาชีพเริ่มนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้จากการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกัน มาทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 7-21 มิถุนายน 2554 ดำเนินการทดลองรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 สิงหาคม 2554 โดยมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ** พยาบาลเจ้าของไข้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติและประเมินสภาพผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วย คือ ระยะคงที่ (stable) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) ระยะวาระสุดท้าย (end-of-life) ด้วยแบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: Palliative Performance scale version2 (PPS v2)

**ระยะที่ 2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล โดยให้การดูแลผสมผสานรวมกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และดูแลให้การตายเป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่เร่งรัดหรือยืดเยื้อการตาย 2. ดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ 3. ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุด 5. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ 6. ดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 7. ให้การดูแลโดยผสมผสาน Palliative care เข้ากับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น พยาบาลเจ้าของไข้เยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ และประสานงานกับทีมสหสาขาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

**ระยะที่ 3 การจำหน่ายผู้ป่วย** พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อน จำหน่าย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยเป็นผู้กำกับ การทดลอง โดยเข้าเยี่ยมการปฏิบัติงานทุกวัน ดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตาม รูปแบบการพยาบาล เจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เผื่อสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยช่วงเวลาราชการ ผู้ช่วยวิจัย(หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 เป็นผู้สังเกต ส่วนนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต เป็นกร

สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สังเกตตามสถานการณ์ โดยการสังเกตการให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล เจ้าของไข้แต่ละคน คนละ 3 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผล

ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ก่อน และหลังให้การพยาบาลรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กลุ่มทดลอง) จำนวน 20 คน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/14 ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มเกณฑ์) จำนวน 20 คน ในวันที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการให้สถิติทดสอบ Paired t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ด้วยการให้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น หลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม หลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นรายด้าน (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลังการให้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ต่างก็สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 เช่นกัน

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้านจิตใจ ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นต่างก็สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 และค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram (1979) มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น อธิบายได้ว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ได้สร้างสัมพันธภาพตั้งแต่แรกรับ ต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงเกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจจากผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแล ช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และให้การช่วยเหลือและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ มีการให้คำแนะนำ ปรีกษา สอน และปฏิบัติงานด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ เชื่อมั่นต่อพยาบาลผู้ให้การดูแล และพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ รวมทั้งนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองตามแนวคิด ของ WHO (2011) มาใช้ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้เข้าใจปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรอบด้าน ไม่ว่าจะ เป็น ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิต และจิตวิญญาณ พยาบาลเจ้าของไข้จะสามารถวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะอย่างสำหรับผู้ป่วยต้องการได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

ทั้งยังสามารถวางแผนการพยาบาล การให้ข้อมูล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ Marram (1979) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแนวคิด ของ WHO (2011) เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล ซึ่งการส่งเสริมการดูแล ทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณจะเกิดได้เมื่อผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและเกิด ใ้วางใจพยาบาลและกล้าที่จะบอกถึงปัญหาและความต้องการของตนเองกับพยาบาล ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงมีระยะเวลาของการดำเนินการ ทดลอง 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ได้มีการ เข้าไปแนะนำตนเองกับผู้ป่วยให้ทราบว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแล ผู้ป่วยตลอดช่วงที่เข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในหอผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพ ทำความคุ้นเคยกับ ผู้ป่วย ค้นหาสภาพการณ์จริง ประเมินระยะการเจ็บป่วย ประเมินปัญหา ค้นหาความต้องการของ ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกกล่าวความต้องการของตน ตลอดจนการขอความช่วยเหลือ จากพยาบาลเจ้าของไข้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความอบอุ่นใจและมี ความมั่นใจในการได้รับการพยาบาลจากพยาบาลเจ้าของไข้และผ่อนคลาย สามารถจัดการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ระยะที่ 2 เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ ประเมินปัญหา วาง แผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลตามระยะต่างๆ โดยให้ การดูแลผสมผสานร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามแนวคิด ของ WHO (2011) พยาบาลเจ้าของไข้เยี่ยมตรวจทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนแผนการ พยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ มีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจง มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเพื่อลดและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากอาการต่างๆของ โรค ตามคู่มือส่งงามท่ามกลางความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่วันแรกที่ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้คอยประเมินและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด ซึ่งการให้การพยาบาลและการให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละ คน จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรคได้ในระดับหนึ่ง และลดปฏิกริยา ตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจและช่วยลด

ความเครียด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ระยะที่ 3 เป็นการจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของใช้ติดตามเยี่ยมตรวจอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลทางการพยาบาล และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อน จำหน่าย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการต่างๆขณะที่อยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับอาการ ช่างเคียงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพิ่มระดับความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆได้ด้วยตนเองและช่วยลดความวิตกกังวลได้ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถทำงานในบทบาทหน้าที่ต่างๆได้ พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับ จึงส่งผลต่อผลคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ในด้านของการมอบหมายงานพยาบาลเจ้าของใช้ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงาน ตามความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ทำงานของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยตามความเหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลมีการใช้ความรู้ความสามารถของตนได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลเจ้าของใช้สามารถดำเนินการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้อย่างสัมฤทธิ์ผล ส่งผลให้เกิดบริการที่ดีมีคุณภาพ ผู้ป่วยเกิดความประทับใจในบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะความชำนาญน้อยกว่า 5 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีปัญหาซับซ้อนน้อย เช่นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่ (stable) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลค่อนข้างน้อย พยาบาลที่ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญ 5-10 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) พยาบาลที่ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความชำนาญมากกว่า 10 ปี มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) และระยะวาระสุดท้าย (end-of-life) ที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลค่อนข้างมาก การมอบหมายงานดังกล่าว เป็นการมอบหมายงานที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกรพยาบาลจึงมีคุณภาพ พยาบาลเจ้าของใช้ให้การพยาบาลอย่างเต็มประสิทธิภาพตามความรู้ความสามารถของตน พยาบาลเจ้าของใช้ ไม่เกิดภาวะกดดัน หรือเกิดความเครียดขณะให้การดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในงานที่ตนได้รับมอบหมาย และมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ปี ในช่วงแรกยังไม่กล้าเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือพูดคุยกับผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การทำงานในครั้งต่อไปมีคุณภาพมากขึ้น และช่วยลดปัญหาขณะทำงาน มีการเรียนรู้ร่วมกันขณะทำงาน และเกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ส่วนพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มีการปฏิบัติงานเรื่องของการสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาซับซ้อนได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย จึงเหมาะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) และระยะวาระสุดท้าย (end-of-life) การปฏิบัติการณ์พยาบาลในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จึงสามารถดำเนินไปตามกระบวนการพยาบาล เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยข้างต้น การจัดรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามรู้ความสามารถและประสบการณ์ทำงานของพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย มีความต่อเนื่องในการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ดูแลบรรเทาความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและใช้ชีวิตอย่างปกติที่สุด ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ให้ความสำคัญความสำคัญต่อชีวิต และดูแลให้การตายเป็นไปตามธรรมชาติ สามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนได้ในระดับหนึ่ง และลดปฏิกริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจและช่วยลดความเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความอบอุ่นใจและมีความมั่นใจ และไว้วางใจในบริการที่ได้รับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลเจ้าของไข้ ตามแนวคิดของ และ Marram (1979) สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายและมาตรการการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาใช้ในหน่วยงาน สนับสนุนให้คงอยู่ในหน่วยงาน และเผยแพร่รูปแบบการดูแลไปยังหน่วยงานอื่นๆ เพื่อแสดงถึงการเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น
2. ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้นำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ในการประกอบการอบรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำงานให้กับพยาบาล และนำไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ
3. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรจัดปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ในหอผู้ป่วยและฝึกปฏิบัติก่อนการปฏิบัติงานรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งจัดให้มีพยาบาลที่เลี้ยงคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ
4. ผู้บริหารควรมีการจัดระบบการทำงานของหน่วยงานที่จะเอื้อให้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักหรือพยาบาลเจ้าของไข้ สามารถปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มที่

### ด้านบริการ

1. องค์ประกอบของทีมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างน้อยควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเจ้าของไข้ และหากสามารถพัฒนาทีมได้ ควรมีการขยายทีมที่มีการนำ พระภิกษุ เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เข้ามาร่วมในทีมด้วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
2. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในหน่วยงาน บุคลากรทุกคนควรมีความเข้าใจในรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยในลักษณะวิจัยเชิง คุณภาพที่จะเห็นถึงความต้องการ และวิธีที่ช่วยเหลือที่แตกต่างในแต่ละคน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามแต่ละบุคคล ทั้งองถิ่น และวัฒนธรรม

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

3. ควรมีการศึกษาเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน เพื่อชี้วัด คุณภาพการดูแลที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ใน ระยะสุดท้าย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กิตติกร นิลมานันต์. 2548. **ครอบครัว: หน่วยการดูแลระดับประคอง. อ้างถึงใน สกล สิงหะและ  
ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ). **คืนสู่เหย้ากลับบ้านเข้าสู่สังคมการช่วยเหลือด้านจิต  
สังคมผู้ป่วยมะเร็ง.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.**
- กิตติพร เอื้อยะสมบุญ. 2551. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เอกสารประกอบการประชุม  
วิชาการเรื่อง **มิต้องค์รวมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. 9-11กรกฎาคม 2551** โรงแรม  
เจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสการพิมพ์.**
- กฤษณะ สุวรรณภูมิ, ธเนศ แก่นสาร. 2552. **บริการปฐมภูมิทันยุค 2552: Update in Primary  
Care 2009.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กฤษณา นรนาพันธ์. 2544. **ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบผู้จัดการรายผู้ป่วยต่อ  
ความเป็นอิสระในการปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของ  
ผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาธาณสุข, กระทรวง. 2552. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552** กรุงเทพมหานคร: กระทรวง  
สาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2539. **คู่มือการจัดการบริการพยาบาล  
จากหลักการสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญตา บาลทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. 2543. **ความต้องการของ  
ผู้ป่วยเอดส์ระยะเฉียบกับภาวะใกล้ตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 20(1) : 33-  
44.**
- ไชแสง ชวศิริ. 2530. **รายงานการวิจัย เรื่องการยอมรับและการปฏิบัติหน้าที่เป็นอิสระของ  
พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย.** สงขลา: ภาควิชาการบริหารการพยาบาล คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขั้นสุดท้าย. 2538. **คู่มือการดูแล  
ผู้ป่วยมะเร็งขั้นลุกลาม.** กรุงเทพมหานคร: เข็กส์เมเรียนรูชาเซล.

คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. 2552.

**การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** ม.ป.ท.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550. **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ใน**

**ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน.** นครปฐม: เอส พี กราฟฟิค.

จำลอง ดิษยวณิช. 2547. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. อ้างถึงใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ),

**การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 54-61).** กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2542. **Pediatric Nursing in The Year 2000 : Primary Nursing**

**System.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

จันทร์เพ็ญ มโนศิลป์กร. 2546. **ทัศนคติ ความรู้ ประสบการณ์ที่ต้องเลือกและการจัดการ**

**พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์. George Mason University.

จิรภัค สุวรรณเจริญ. 2545. **ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอด**

**และหลังคลอด ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจ**

**ต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมพร.** วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ชมพูนุท พงษ์ศิริ. 2538. **บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน.** **วิทยา**

**สารพยาบาล, 20(1),210-218.**

ชัชนาฏ ณ นคร และคณะ. 2538. **บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและ**

**ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** **วิทยาสารพยาบาล 20(3): 331-339.**

ไชเกียรติ รินโปเช. 2544. **ประตูลู่สภาวะใหม่ คำสอนนิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้**

**ใกล้ตาย.**(พระไพศาล วิสาโล,ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา. 2533. **การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. การประชุมวิชาการครั้งที่ 5, 25-**

**26 มกราคม สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์**

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2534. **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรค**

**เอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสมาธิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี

บัณฑิต ภาควิชาจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. 2542. **Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์.**

กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

- ทิพารัตน์ จิระนนทนาการ. 2542. พยาบาล: บทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็ง.  
กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์.
- ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่อง  
ท้องแบบถาวร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ทองประทีป . 2543. กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล.**  
15(3):55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป . 2545. การส่งเสริมสุขภาพะด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล**  
17(3),51-56.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. 2548. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. **เอกสารประกอบการ  
ประชุมวิชาการ ประจำปี 2548,** วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป . 2549. **เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร : องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทัศนีย์ บุญทอง. 2531. **มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม.** เอกสารประกอบการประชุม  
วิชาการครั้งที่ 2. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัชชา ศรีรัง. 2548. **ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน.** ปทุมธานี :  
ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธ วิทยาลัยพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทนา น้ำฝน . 2538. **เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ.** สงขลา: เทพการพิมพ์.
- นิการิหะ นิจินิการิ. 2547. **การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิม  
ใน 5 จังหวัดชายแดนใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิลาวรรณ มัศยาอานนท์. 2544. **ผลการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม  
ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2550. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร:  
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง กวรรณสูตร. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร:  
เอ็กเปอร์เน็ท.

- ประภาศรี สังข์ศรีทองษ์. 2547. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเขตตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปริญญา สนิทวาที. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์. 2541. การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- พัชรี เจริญพร. 2546. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. 2547. บทบาทของบุคลากรที่มีสุขภาพในการจัดการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2547, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรรัตน์ รัตนศิริวงศ์. 2552. ผลของการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยติดสารเสพติด ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพิมล ศรีสำราญ. 2553. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม ต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ. เอกสารการเสนอผลงานวิจัยทางสุขภาพ การประชุมวิชาการวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ครั้งที่ 1. 4-6 กรกฎาคม 2553 อาคารรวมจิตเพ็ญธรรม ชั้น 11 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- พระไพศาล วิสาโล. 2541. ประตูลู่สภาวะใหม่. กรุงเทพมหานคร: โกลดคิม-ทอง.
- พระไพศาล วิสาโล. 2547. การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. วารสารเกื้อการุณย์ 11(2):1-11.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. 2536. 50 ปีชีวิตและงาน อาจารย์พวงรัตน์ บุญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองการพิมพ์.

- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2538. **การประกันคุณภาพการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ว่างใหม่บุลูพรินต์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2546. **ขุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปริ้นติ้ง.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และทัศนีย์ นะแสง. 2539. **วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- เพ็ญนภา ตองติดดรัมย์. 2549. **ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล. 2546. **ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบราฮิม. 2541. **นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. **สาระการบริหารการพยาบาล**. โครงการพัฒนาตำรา สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มีนา เกาทัณฑ์ทอง. 2550. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล การได้รับการเสริมพลังอำนาจในงาน กับการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. 2543. **ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

เรณู พุกบุญมี. 2542. **ระบบพยาบาลเจ้าของไข้: หนทางสู่การพยาบาลแบบองค์รวม**  
**เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2542 งานการพยาบาลกุมารศาสตร์.**

กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรณู พุกบุญมี, จันทรีทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, จุติพร แดงฉาย และสุปราณี เสนาดีสัย. 2544. ผลของการ  
มอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการ  
พยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ. **วารสารรามาคิบัติ**  
7(1): 27-41.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การ**  
**สนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนิดา ศรีวรกุล. 2537. **การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายใน**  
**โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, วิชาเอกการบริหาร  
โรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ เขมโชติกูร. 2541. **ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ**  
**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วสันต์ หัตถิรัตน์. 2542. **สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง.** กรุงเทพฯ: หมอ  
ชาวบ้าน.

วาสนี วิเศษฤทธิ์. 2550. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. **เอกสารประกอบการสอน**  
**วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร**  
**การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** (อัดสำเนา).

วันดี โภคะกุล. 2543. **ภาวะสุดท้ายของชีวิตแนวคิด – ปรัชญา. อ้างถึงใน วันดี โภคะกุล และ**  
**สถาพร สีสานันทกิจ (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย.**  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วันทิวา วัฒนะโชติ. 2540. **การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และ**  
**การปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิรัช วุฒิมูมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราวุฒิชัย. 2542. Palliative Care วิถีแห่งการ  
 คลายทุกข์. อ้างถึงใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ). Palliative Care การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ  
 วิทยาการวิถีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วิเชียร ทวีลาภ. 2534. นิเทศการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- ศศิธร แสงศร. 2545. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนัก: กรณีศึกษา  
 โรงพยาบาล สมิติเวชสุขุมวิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2544. สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร:  
 หมอชาวบ้าน.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. 2545. คู่มือหมอครอบครัว 9: หลักการดูแลผู้ป่วยหมดหวังอย่างมีหวัง. *คลินิก*  
 ,18(1), 33-37.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. 2546. หลักการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังอย่างมีความหวัง. อ้างถึงใน สมบัติ  
 ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อระยะสุดท้ายของชีวิต*.  
 กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สมจิต หนูนเจริญ. 2536. คุณค่าการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล* 43(2):99-111.
- สมพงษ์ เกษมสิน. 2523. การบริหารบุคคลแผนใหม่. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ. 2540. ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ  
 รอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย  
 มะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสง บุญเฉลิมวิภาส. 2547. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับ  
 ขอบเขตทางกฎหมาย. อ้างถึงใน ลักษณะมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะ  
 สุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. 2550. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะ  
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริกัญจน์ บริสุทธิบัณฑิต. 2540. ผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของ  
 ไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติ  
 กิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. 2548. การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ: คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 28(3):46-55

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. 2548. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็ง: การมีชีวิตร่วมกับโรคมะเร็ง. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** 23(2):15.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. อ้างถึงใน ปริธาน หล่อเลิศวิทย์. (บรรณาธิการ). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541**. กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาพร ลีลานั้นทกิจ. 2548. ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา. **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุกัญญา โกวศัลย์ดีลิก. 2537. **ผลการใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักต่อกระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และ วิพร เสนารักษ์. 2534. **กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและการนำไปใช้**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชา จันทน์เอม. 2536. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุนิศา สุขตระกุล. 2544. **ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาพร ดาวดี. 2537. **การศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภางค์ จันทวานิช และ วิศนี ศิลตระกุล. 2541. การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ. อ้างถึงใน อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจฉ่ำ. (บรรณาธิการ). **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สวก.).



- สุมาลี นิมนานนิตย์. 2546. **ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย หนังสือที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ นายจรัสนิมนานนิตย์ 23 สิงหาคม 2546.** ม.ป.ท.
- สุวรรณ โชคประจักษ์ชัด อุซุตานนท์. ม.ป.ป. **ไม่กลัว ไม่ตาย: อยู่อย่างมีความหมาย ตายอย่างมีชีวิต.** กรุงเทพมหานคร: วีพรีนท์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ คณะ. 2541. การเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. **วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3): 4-15.**
- สุทธิลักษณ์ สุนทร. 2548. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของงานสิทธิประโยชน์. อ้างถึงใน **ลักษณะวิชาชีพเวช (บรรณานุกรม), การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. **ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. **สถิติสาธารณสุข [ออนไลน์].** แหล่งที่มา: <http://203.157.19.191/index1.html> . [2554, สิงหาคม 26]
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2548. **ความสุขคืออะไร.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hsro.or.th>. [2553, สิงหาคม 11]
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2546. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ประสบการณ์ตรงการประชุมวิชาการเรื่องการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ.(อัดสำเนา)
- อุบล วรรณกิจ. 2547. **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษณีย์ หลิมกุล. 2544. **ผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล.** **วารสารการพยาบาล 3(1): 51-61.**
- อรพรรณ ทองแดง. 2544. **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยโรคมะเร็ง.**
- อรรถพร อมรพรหมภักดี. 2547. **พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบัน.** ม.ป.ท.

### ภาษาอังกฤษ

- Aranda, S. 1999. Global perspectives on palliative care. **Cancer Nursing** 22(1) 33-38.
- Archibong, U. E. 1999. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. **Journal of Advanced Nursing** 29(3): 680-689.
- Backer, B. A., Hanmon, N. R., & Russell, N.A. 1994. **Death and dying: understanding and care**. New York: Delmar Publishers.
- BC Cancer Agency. 2001. **Palliative and hospice care** .
- Berry, P.H., Kuebler, K.K., & Heidrich, D.E. 2002. **End of life care clinical practice guidelines**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bloom MV, Smith DA. 2001. **Brief mental health interventions for the family physician**. New York: Springer.
- Brown, J. B. 1982. **Perspective in primary nursing**. London: Aspen.
- Brunhard, L.F. and Walsh, M. 1995. **Leadership : the Ker to the Professional of Nursing**. New York : Mosby Year book.
- Burkhardt, M.A.1989. Spirituality:An analysis of the concept. **Holistic Nursing Practice** 3(3): 69-77.
- Cam A. Hamilton. 2009. The Simulation Imperative of End-of-Life Education. **Clinical Simulation in Nursing**.
- Curtis, R.F et al.,2002. A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members. **Journal of Pain and Symptom Management** 24(1): 17-31
- Emanuel LL, von Gunten CF,Ferris FD. 1999. **The Education for physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum**.
- Ellis, J.R. and Hartley, C.L. 1999. **Marraging and Coordinating nursing care**. Washington : Lippincott Williams & Wilikins.
- Fairbanks, J. 1980. Primary nursing: More data. **Nursing Administration Quarterly** 5(3): 51-62.
- Ferrans, C.E.,& Powers,M.J.1992. Psychosomatic assessment of the quality of Life index. **Research in Nursing Health** 15: 29-36.

- Ferrans, C.E. 1994. Quality of life through the eyes of survivors of breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 21(10): 1645-1651.
- Ferrans, C.E. 1997. Development of A Conceptual Model of Quality of Life. In A.G.Gift. (ed.). **Clarifying Concepts in Nursing Research**. New York: Springer, pp. 110-121.
- Ferrans, C. E. 2000. Quality of life as an cancer care. In C. H Yarbro, M. H. Frager, M. Godman, , and S. L. Groenwald (Eds). **Cancer nursing principle and Practice**. Boston : Jones and Bartletts.
- Ferrell BR, Dow KH, Grant M. 1995. Measurement of the quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research** 4: 523-531.
- Ferrell, B.R. 1996. The Quality of Life: 1525 Voices of Cancer. **Oncology Nursing Forum** 23 (6): 909-916.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. 2000. Dignity in dying. **Nursing Management** 31(9): 52-57.
- Frank-Stromberg, M. (1984). Selecting an instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum** 11(5): 88-91.
- Frederick, A. F. & Scott I. 2001. Specialized care of the terminally ill. In Vincent T, De vita Jr, Samuel Hellman, Steven A. Rosemberg. ed. **Cancer: Principle and practice of Oncology 6th ed**. Philadelphia: USA.
- Higginson I, Wade A, McCarthy M. 1990. **Palliative care: views of patient and their families**. **B M J** 301(6746): 277-281.
- Jean, S. K., Cordt, T. K., & David, E. N. 2001. Symptom burden at the end of life: Hospice providers' perceptions. **Journal of Pain and Symptom Management** 21(6): 473-480..
- Kathol, D. K. 1984. Anxiety in surgical patient's families. **AORN** 40 (1):131-137.
- King, C.R. et al. 1997. "Quality of Life and The Cancer Experience: The State-of-The-Knowledge." **Oncology Nursing Forum** 24 (1): 27-41.
- Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. 2000. Critical care nurse' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end of life care to dying patients. **American Journal of Critical Care**, 9(2): 96-104.

- Kubler-Ross E. 1969. **On Death and Dying**. New York, NY: the Macmillan Company.
- Kubler-Ross E. 1974. **Questions and answers on death and dying**. New York, NY: the Macmillan Company.
- Kuber-Ross. 1997. **On death and dying**. New York: Macmillan.
- Komplin, J.1995. Care delivery Systems. In. Y. Wise (ed), **Leading and managing in nursing**. Louis: Mosby.
- Kuuppelomäki, M. 2001. Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. **Journal of Clinical Nursing**, 10(4), 660-670.
- Loise, W. 2002. **Basic nursing : Foundation of skill concepts**. New York : Delmar Thoson Learning , Inc.
- Macguire,J, 1989. An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit for the elderly: Principles and practice. **International Journal of Nursing Study**. 26(3), 243-251.
- Maddocks,I. 1977. **Palliative care: A guide general practition**. 6<sup>th</sup>ed. South Australia: Southerm Hospice Foundation.
- Maddocks,I. 1997. **Palliative Care : A Study Text**. Australia: Flinders Press.
- Maddocks,I. 2001. **Palliative care :A guide general practition**. South East Asia: Yayasan Teratai.
- Manthey, M., Criske, K., Robertson, P.& Harris,I. 1973. **Primary nursing: A return to the concept of "my nurse" and "my patient"** **Nursing Forum** (9): 65-83.
- Marram,G.et al. 1974. **Primary Nursing : A model for Individualized care**. St. Louis : C.V. Mosby Company.
- Marram, G.D. Barrett, M.W. and Bevis, E.O. 1979. **Primary nursing: A model for individualized care**. Saint Louis: Mosby.
- Meraviglia, M. (2002). Prayer in people with cancer. **Cancer Nursing** 25(4): 326-331.
- Murray, M. E., and Atkinson, L. D. 1994. **Understanding the nursing process: The next generation**. New York: McGraw-Hill.
- Meeberg,G.A. 1993. Quality of Life: A Concept Analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18(January): 32-38.

- National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2004. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Brooklyn, NY.
- Orem, D.E. 1985. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc Graw Hill Book Company,
- Orem, D. E. 1991. Nursing: concepts of practice. St Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing Concepts of Practice. 5th ed.** Missouri, USA: Mosby St. Louise.
- Padilla,G.V. and Grant, M.M. 1985. Quality of Life as a cancer Nursing Outcome Variable. **Advances in Nursing Science** October: 45-60.
- Peason, A. 1983. Primary nursing. **Nursing Time** 79(40): 37-38.
- Pelara, M. L. & Hentinen, M. 1989. Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. **International Journal of Nursing Studies** 26:231-242.
- Polit, Denise F. 1999. **Nursing Research:Principle and Method.** Philadelphia:Lippincott.
- Russell, S. & Beckman, J.c. 1983. Primary Nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. **International Journal of Nursing Studies** 20(4): 265-273.
- Robert,L.E. 1980. Primary nursing: Do patients like it? Are nurses satisfied? Does it cost more ? **Canadian nurse** December: 20-23.
- Sella S.,& Macleod,J.A.1991. one year later: Evaluation a changing delivery system. **Nursing Forum**, 26(40): 265-273.
- Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. & Ullric. A. 2002. Palliative Care: theWorld Health Organisation ' s global perspective. **Journal of Pain & Symptom Management** 24(2): 91-96.
- Shukla, R.K., and Tuner, W.E. 1984, Patients' perception of care under primary and team nursing. **Research in Nursing and Health** 7(2): 93-99.
- Smith R.1998. **Lesson from the dying.** Boston: Wisdom Publication.
- Swansburg,Russell C. 1990. **Management and leadership for nurse managers.** New York : Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Tappen, Ruth M. 1995. **Nursing leadership and management : concept and practice.** Philadelphia : F.A. Davis.

- Taylor, SH. 1987. Drug Therapy and Quality of Life in Angina Pectoris. **American Heart Journal** 114: 234-240.
- Twycross, R. 1996. **Introducing Palliative care**. New York: Rodcliffe Medical Press.
- UNAIDS. 2000. **AIDS: Palliative Care**. [n.p.].
- Weissman, D. 2000. **Fast fact and concept #03: syndrome of imminent death**.  
Milwaukee, WI: End-of-life Physician Education Resource Center.
- Wesolowski T, Szyber P. 2004. Usage of the WHOQOL-100 as a trial of objective estimation of quality of life in end-stage renal disease patients treated with renal transplantation. **Pol Merkurise lek**. Sep:17(99):260-266.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. 2001. Are nurses adequately prepared for end of life care? **Journal of Nursing Scholarship** 33(2): 147-151.
- WHOQOL Group. 1996. What quality of life. **World Health Forum** 17: 354-356
- WHOQOL Group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychol Med** 28: 551-558.
- World Health Organization. 2005. **Definition of palliative care**. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. 2006. **A guide for patients, family members and community caregivers: caregiver booklet**.
- World Health Organization. 2006. **World Health Report 2006: Working together for health**. Geneva.
- World Health Organization. 2011. **WHO definition of palliative care**. [Online]  
Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [2011 Mar 30].
- Yoder Wise, P.S. 1999. **Leading and Managing in Nursing**. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.
- Zander, S. K. 1980. **Primary nursing Development and Management**. London: An Aspen Publication.
- Zhan, L. 1992. Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. **Journal of Advanced Nursing** 17(7): 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

### ตำแหน่ง/ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์

#### 1. พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

#### ตำแหน่ง

อาจารย์แพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์

- Certification in Academic Fellowship Program สาขา Family Medicine
- Primary Mental Health Care Certificate สาขา Psychiatry in Primary Care
- Certification in Clinical Fellowship สาขา Palliative Care
- Certification in Clinical Fellowship สาขา Care of the Elderly (Geriatric)
- Master of Science สาขา International Primary Health Care

#### 2. ผศ.ดร. เรณู พุกบุญมี

#### ตำแหน่ง

อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

#### ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์

- การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดี
- การพยาบาลรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้
- วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- เขียนหนังสือทางวิชาการ

**ผู้ทรงคุณวุฒิ****ตำแหน่ง/ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

3. รศ.ดร. ทศนีย์ ทองประทีป

**ตำแหน่ง**

อาจารย์พยาบาล

ภาคิวิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

- การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม, การดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณ
- วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- เขียนหนังสือทางวิชาการ

4. นางพรวิรินทร์ นุตราวังศ์

**ตำแหน่ง**

พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

- เป็นอาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตายอย่างมีความสุข มานานกว่า 10 ปี
- วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล

5. นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์

**ตำแหน่ง**

พยาบาลวิชาชีพ 8 ระดับชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลรามาริบัติ

**ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์**

- คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลรามาริบัติ
- วิทยากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศบ 0512.11/ 2๐๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุปรียา ดิยัง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวสุปรียา ดิยัง โทร. 08-5917-5566

ที่ ศบ 0512.11/ ๒๐๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุปรียา คีอิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง คาริน จตุรภัทรพร อาจารย์แพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง คาริน จตุรภัทรพร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวสุปรียา คีอิ่ง โทร. 08-5917-5566

### ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
หนังสือหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย  
และใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

### เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

- 1.ชื่อโครงการ ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2.หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวสุปรียา ดียิ่ง
- 3.สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
- 4.ผู้สนับสนุนการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 5.ความเป็นมาของโครงการ ที่ทำให้ต้องศึกษาเรื่องนี้

ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้ดีมาก แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยในระยะสุดท้ายของโรค ต้องทนทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆที่ใช้ในการยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ถึงที่สุด เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดสัญญาณชีพ เป็นต้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องทนทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย เป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกลัวการตาย และ กลัวพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น สูญเสียรายได้ มีปัญหาค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายในการรักษา เสียกำลังใจ ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต หรืออาจไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าเมื่อเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง ผู้ป่วยจึงต้องทนทรมานกับสภาพที่เป็นอยู่ ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำเป็นให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานกันทุกฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยและญาติจึงมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ในทุกๆด้านอย่างมากมาย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย บรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการมอบหมายงานที่มีความเหมาะสม จะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีคุณภาพ

การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลมาใช้เพื่อมุ่งการดูแลผู้ป่วยในองค์รวม พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้การดูแลพยาบาล ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการ

ดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง จากพยาบาลคนเดียวกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล จนเกิดความไว้วางใจ ให้กำลังใจและเอื้ออาทร การช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ตลอดจนการช่วยให้ผู้ป่วยสมหวังในชีวิตและคลายความวิตกกังวล ดังนั้น การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ระยะเวลาสุดท้ายและญาติได้อย่างแท้จริง จึงน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จึงตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อนและแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป จึงสนใจศึกษา นำการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และจากไปอย่างสงบ และข้อมูลที่ได้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดียิ่งขึ้น

## 6. วัตถุประสงค์

6.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

6.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

## 7. จะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

ท่านที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยในระยะสุดท้ายของโรค จะได้รับการชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ และได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ตั้งแต่ท่านเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 จนกระทั่งท่านได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจะมีการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

## 8. ประโยชน์

8.1 สำหรับผู้บริหาร เพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ

8.2 สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและ



ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และเป็นข้อมูลในการให้การสนับสนุน ส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการทำงานของพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาล

8.3 สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบครบวงจร ได้รับการดูแล อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เกิด ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาลมากขึ้น

## 9. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่านและ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่ สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

## 10. ค่าตอบแทน

ไม่มี

## 11. การรักษาความลับของท่าน

ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของท่าน ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้สำหรับการ วิจัยโดยเฉพาะและจะเปิดเผยต่อหน่วยงานหรือสาธารณชนในลักษณะที่เป็นภาพรวมและสรุป ผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

## 12. เจ้าหน้าที่โครงการวิจัยที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด โปรดสอบถามหรือติดต่อได้ที่ นางสาวสุปรียา ดียิ่ง หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โทร 08-5917- 5566

## หนังสือหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่

บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวสุปรียา ดิยัง เรื่องผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อากาศ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือ ให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ค่าตอบแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในกรณีการเข้าร่วมโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้า

ผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ได้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยพึงจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์ จะต้องมิผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย



# ด่วนที่สุด

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.155

วันที่ 23 มิถุนายน 2554

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวสุปรียา ตี๋อิง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์



กองวิชาการ สทพ.
รับที่ 729
วันที่ 27 ส.ย. 2554
เวลา 11.12 น

ตามบันทึก กท.0602/3816 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2554 เรื่อง ขออนุมัติโครงการทำวิจัยในคน ซึ่ง ขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาวสุปรียา ตี๋อิง เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิต" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่า โครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ ให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ เมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ และให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งหมดที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อ ลงในแผ่น CD ให้กรุงเทพมหานคร ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน พ.ส.อ.ก.ร  
เพื่อโปรดดำเนินการต่อไป

*[Signature]*

(นางสาวพัชราภรณ์ กระบวนรัตน์)  
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป  
โรงพยาบาลกลาง

ประมวดี ตุนเดอ  
(นางสาวประมวดี คฤหเดช)  
กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน  
ของกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลกลาง  
เลขที่ 244/54  
วันที่ 30 ก.ย. 2554  
เวลา 10.05 น.

๒๗ ส.ย. ๒๕๕๔  
เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

*[Signature]* 27/6/54

(นางสาวกนกวรรณ พินิจวิเทศภินท์)  
นักวิชาการเงินและบัญชี : กลุ่มงานการคลัง  
สำนักงานเลขานุการ สำนักงานการแพทย์  
ปฎิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานการคลัง  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการแพทย์

ด่วนที่สุด

ที่ กท ๐๖๐๒.๔/วค.๑๐๓๖  
เรียน วค.รพก.

ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลกลาง  
เลขที่ 2760  
วันที่ 30 ส.ย. 2554  
เวลา

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

เรียน หัวหน้าฝ่าย วค. ข้าราชการ วค.  
เพื่อดำเนินการต่อไป

(นางสมพร คุ้มแก้ว)  
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคคล  
กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการแพทย์  
๓๐ ส.ย. ๒๕๕๔

*[Signature]*

(นายสมศักดิ์ บุรณะไวสอ)

27/6/54



Ethics Committee  
For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

No. *Wc 71* .....

---

Title of Project : The Effect of Primary Nursing for End of Life Patients on Quality of Life

Registered Number : 033.54

Principal Investigator : Miss Supreeya Deeying

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration  
General Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

*P. Saicheua*

(Mr. Pirapong Saicheua)  
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL *22 JUN 2011*

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย
  - 1.1 โครงการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
  - 1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 1.3 คู่มือ ส่งงามท่ามกลางความเจ็บป่วย
  - 1.4 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้
  - 1.5 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## 1. ตัวอย่างโครงการฝึกอบรม

**โครงการฝึกอบรม**  
**เรื่อง “การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้**  
**จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ”**  
**วันที่ 6 มิถุนายน 2554**  
**ห้องประชุม หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โรงพยาบาลกลาง**

.....

### หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นโรคมะเร็ง ไตวาย เมื่อมีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องทนทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้าน

สำหรับโรงพยาบาลกลาง จากสถิติปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งสิ้น 615 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสำรวจใน เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2552 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 57 คน เดือน มกราคม – มิถุนายน 2553 มีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 157 คน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา ภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังนี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย และญาติ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย บรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ช่วยคงความหวังต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกวันอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นระบบการมอบหมายงานที่มีความเหมาะสม จะช่วยเอื้อโอกาสให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น

จากลักษณะการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 ที่ผ่านมา เป็นการมอบหมายงานตามหน้าที่ มอบหมายงานเป็นทีม และทำงานตามคำสั่งแพทย์ ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีเวลาน้อยในการพูดคุยและรับฟังปัญหาต่างๆของผู้ป่วย ขาดการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และญาติ การรีบเร่งในการทำงานยังส่งผลให้พยาบาลขาดการสื่อสาร การให้คำแนะนำหรือการให้

ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนการให้กำลังใจกับผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการตายอย่างสงบ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือผ่อนคลายความทุกข์จากการสูญเสีย และดำเนินชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ลักษณะการดูแลที่มีพยาบาลหมุนเวียนให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าที่จะบอกกล่าวความต้องการของตน หรือระบายปัญหาต่างๆที่อยู่ในใจ การเอาใจใส่ดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ จึงขาดความต่อเนื่องและไม่ได้รับการแก้ไข การดูแลจึงไม่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่บูรณาการร่วมกับรูปแบบการดูแลในระยะสุดท้ายตามแนวคิดของ WHO (2011) จะเป็นการเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายหรือผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อมุ่งการดูแลผู้ป่วยในองค์รวม มีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความวิตกกังวลลดลง เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากขึ้นอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จึงเห็นควรให้มีการจัดอบรมเรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ ให้กับพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โรงพยาบาลกลาง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดียิ่งขึ้น อย่างครบองค์รวม เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

### วัตถุประสงค์การจัดอบรม

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับไปปฏิบัติ เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและครบองค์รวม เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



### ผู้รับผิดชอบการอบรม

นางสาว สุปรียา ตี๋ยั้ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนีย์ วิเศษฤทธิ

### ผู้เข้าร่วมการอบรม

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โรงพยาบาลกลาง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 8 คน

### วิธีการจัดอบรม

บรรยาย อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน

### ระยะเวลาในการอบรม

ใช้ระยะเวลา 1 วัน ตั้งแต่เวลา 08.00 – 15.00 น. วันที่ 6 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554

### สถานที่ฝึกอบรม

ห้องประชุม หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15

### การประเมินผล

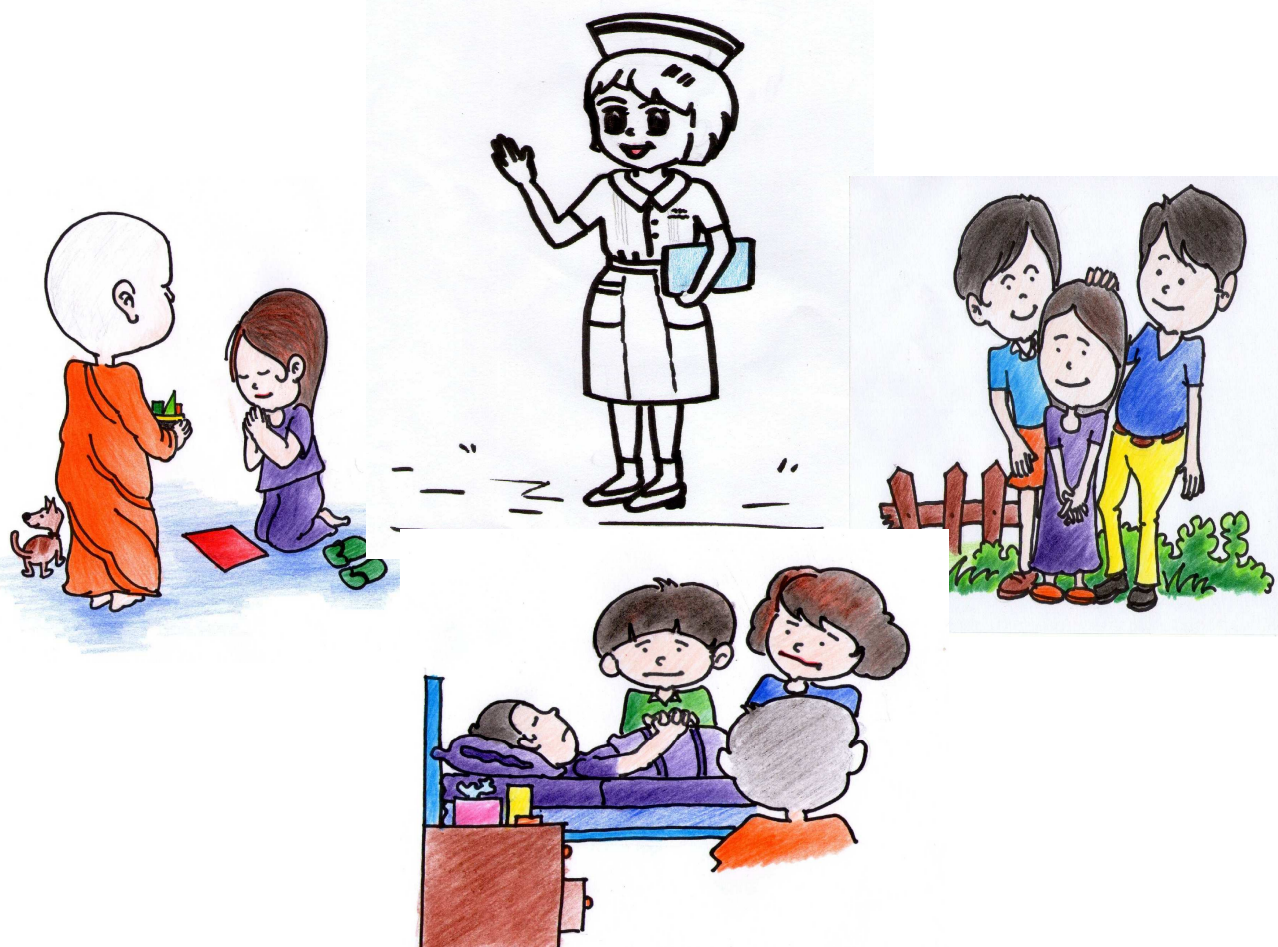
ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการฝึกอบรม โดยการใช้แบบสอบถาม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและครบองค์รวม สมองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ยังมีชีวิต
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการที่มีคุณภาพ อย่างครบองค์รวม สมองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่
3. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานทางการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ตัวอย่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

## รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบพยาบาลเจ้าของไข้



จัดทำโดย

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง  
รหัสนิสิต 5177847536

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ

## คำชี้แจง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยบูรณาการรูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับการดูแลในระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครบองค์รวม ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีจะต้องเป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รูปแบบการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการร่วมกับการดูแลในระยะสุดท้าย จะเป็นการเอื้อโอกาสให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายหรือผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักได้รับการยุติการรักษาต่างๆ ที่เป็นการรักษาเพื่อให้โรคหายขาด จึงเป็นช่วงที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยตรงจากพยาบาลเป็นหลัก ได้แก่ การคงแนวทางการรักษาพยาบาล การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การบรรเทาอาการต่างๆ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยการ ประเมินปัญหา การวินิจฉัย และวางแผนการพยาบาล การสังเกตอาการ การสอน การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือในด้านต่างๆที่เหมาะสม เป็นบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ เหมาะสม สนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ อย่างครบองค์รวม

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้เวลาและมีศิลปะในการเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสียชีวิต การสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดความไว้วางใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ วัตถุประสงค์หลักของการดูแลแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้คือ มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด โดยพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะยังมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้การมอบหมายงานให้พยาบาลเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ จะทำให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ทั้งในด้านความรู้และการดูแลรักษาพยาบาล ทักษะการปฏิบัติงาน และเกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง

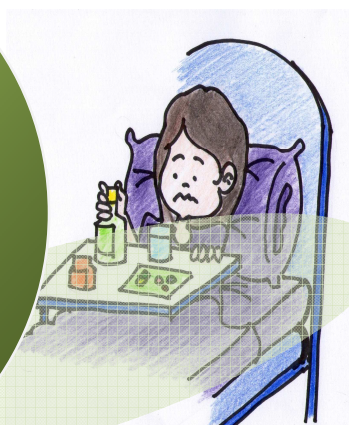
4 กุมภาพันธ์ 54

## สารบัญ

	หน้า
<b>การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้</b>	1
ความหมายการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้	1
แนวคิด/หลักการการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้	1
วัตถุประสงค์การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้	2
ประโยชน์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้	4
<b>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>	5
ความหมายและหลักการดูแลระยะสุดท้าย	5
ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5
การปรับตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	6
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	7
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	9
<b>รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้</b>	12
<b>แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</b>	14
<b>แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้</b>	21
Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านร่างกาย	28
Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านจิตใจ	36
Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านสังคม	40
Nursing care plan : การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :ปัญหาทางด้านจิตวิญญาณ	43
<b>รายการอ้างอิง</b>	45

### 3. ตัวอย่างคู่มือสง่างามท่ามกลางความเจ็บป่วย

## สง่างามท่ามกลางความเจ็บป่วย



จัดทำโดย  
นางสาวสุปรียา ดิษฐ์  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ผศ. ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์

## คำชี้แจง

คู่มือ “สง่างามท่ามกลางความเจ็บป่วย” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และเป็นแนวทางในการเตรียมกายและใจสู่ความสุขสงบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

เกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนหนีไม่พ้น เมื่อเราหนีไม่พ้น ก็ควรจะหันหน้ามายอมรับกับสภาพที่จะต้องพบเจอ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและหาทางผ่อนหนักให้เป็นเบา การเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเจอในระหว่างเส้นทางของชีวิต หนักบ้าง เบาบ้าง ไม่มีใครกำหนดได้จนกว่าเส้นทางของชีวิตจะสิ้นสุดลง เราไม่สามารถเลือกหรือกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนให้กับชีวิตได้ แต่เราสามารถกำหนดเส้นทางเดินไปสู่ความสงบได้ เพื่อให้ฉากสุดท้ายของชีวิตจบลงด้วยความสวยงามและมีคุณค่ามากที่สุด

**“สง่างามท่ามกลางความเจ็บป่วย”** จะทำให้ท่านสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและใจที่จะเกิดขึ้นกับตน ญาติ และผู้ให้การดูแลรักษาได้

ขอขอบคุณ คุณอาทร ทะนัน ฝ่ายศิลปกรรม โรงเรียนกรุงเทพการบัญชีวิทยาลัย และ คุณสิตมณ บริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกลาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวาดรูปและระบายสีประกอบคู่มือฉบับนี้

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง

4 กุมภาพันธ์ 2554



## สารบัญ

	หน้า
สังขรณ์ชีวิต	1
อาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย	
และการจัดการแก้ไขในระยะเจ็บป่วย	3
การเตรียมใจสู่ความสงบ	34
ความหมายของชีวิต และตายดี	35
การเตรียมใจให้สงบ	42
7 วิธีสู่ความสบายใจ	47
การทำสมาธิ	48
เอกสารอ้างอิง	57

#### 4. ตัวอย่างแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

Pre-test

Post-test

ชื่อ – สกุล.....

##### คำชี้แจง

แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ขอให้ท่านอ่านและพิจารณาที่ละเอียด และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าเป็นข้อความดังกล่าวถูกต้อง และใส่เครื่องหมาย ✗ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าเป็นข้อความดังกล่าวผิด

ข้อความ	ถูก	ผิด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้คือการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งได้รับการมอบหมายงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย			
2. การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลกลุ่มหนึ่งร่วมกันรับผิดชอบผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง			
3. พยาบาลเจ้าของไข้ไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลคนเดียวกันที่ต้องรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล			
4. พยาบาลเจ้าของไข้จะทำการรวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลรวมทั้งประเมินผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละรายซึ่งพยาบาลท่านนั้นได้รับมอบหมายขณะขึ้นปฏิบัติงาน			
5. การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการพยาบาลที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ			
6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนได้รับการดูแลเฉพาะราย			
7. ....			
8. ....			
9. ....			

## 5. ตัวอย่างแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพยาบาลเจ้าของไข้

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ผู้ที่ได้รับการประเมิน.....

### คำชี้แจง

บันทึกสิ่งที่ท่านสังเกตเห็นจากการเฝ้าสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาล แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติ	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ รับผิดชอบดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
2.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการแนะนำตนเองให้ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติทราบว่าเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ที่จะให้การดูแลตลอดเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล		
3.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
4.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมและให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย		
5.	พยาบาลเจ้าของไข้มีการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน		
6.	พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลได้ปฏิบัติตามการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้และมีการประเมินผลการพยาบาลได้ครอบคลุมองค์รวม		
7.	.....		
8.	.....		

## 6. ตัวอย่างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย"

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

สุปรียา ดียิ่ง

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงใน  หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. ปัจจุบันอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 หม้าย หย่า แยก
4. สำเร็จการศึกษา  ประถมศึกษา หรือ ต่ำกว่า  มัธยมศึกษา  
 อนุปริญญา/ปวช.,ปวส.  ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
5. สืบทิการรักษ  ชำระเงินสด  เบิกทางราชการ  
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  
 อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานะทางการเงินของครอบครัว  ไม่มีพอใช้ เป็นหนี้  มีพอใช้ ไม่เหลือเก็บ  
 มีพอใช้ และเหลือเก็บ
7. อาชีพ ระบุ.....
8. ผู้ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ระบุ.....
9. ท่านป่วยเป็นโรค.....
10. นับถือศาสนา (ศรัทธา/ความเชื่อ)  พุทธ  คริสต์  
 อิสลาม  อื่นๆ ระบุ.....
11. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา  บ่อย  
 นานๆครั้ง  
 ไม่เลย.....

## ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**คำชี้แจง :** ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้บรรยายถึงการรับรู้/ความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมายวงกลม (O) ลงในช่องหมายเลข 0-10 ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับกรรับรู้/ความรู้สึกของท่านมากที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับกรรับรู้/ความรู้สึกของท่านในขณะนี้ให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้ ถ้าไม่ตรงกับกรรับรู้/ความรู้สึกของท่านให้ 0 คะแนน (ระดับคะแนนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ) และถ้าตรงกับกรรับรู้/ความรู้สึกของท่านมากที่สุดให้ 10 คะแนน

### ด้านร่างกาย

1. ท่านมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงเพียงใด

ไม่อ่อนเพลียเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 อ่อนเพลียมาก  
(ทำกิจกรรมได้ปกติ) (ไม่มีเรี่ยวแรงทำกิจกรรมเลย)

2. ท่านมีอาการเบื่ออาหารเพียงใด

ไม่มีอาการเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เบื่ออาหารมาก /  
(รับประทานอาหารได้ปกติ) (ไม่ยอมกินอาหารเลย)

3. ท่านมีอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่เพียงใด

ไม่มีปัญหาเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มีปัญหารุนแรงมาก  
(ไม่มีความปวดทุกข์ทรมานเลย) (ปวดทุกข์ทรมานมากที่สุด)

4. ท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับเพียงใด

นอนหลับได้ตามปกติ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 นอนไม่หลับเลย

5. ....

6. ....

## ด้านจิตใจ

8. โรคที่ท่านเป็นอยู่ ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเพียงใด

ไม่เลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ยากลำบากมากที่สุด

9. การรักษาที่ท่านได้รับ ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเพียงใด

ไม่เลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ยากลำบากมากที่สุด

10. โดยรวมคุณภาพชีวิตของท่านอยู่ในระดับใด

คุณภาพชีวิตต่ำมาก 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 คุณภาพชีวิตดี  
มาก

11. ปัจจุบันท่านมีความสุขอยู่เพียงใด

ไม่มีความสุขเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มีความสุขมากที่สุด

12.....

13.....

## ด้านสังคม

26. การเจ็บป่วยของท่านที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของครอบครัว เช่นเป็นภาระให้กับครอบครัว

ไม่เลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เป็นภาระอย่างมากที่สุด

27. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติเพียงใด

ไม่ได้รับเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ได้รับมากที่สุด

28. การรักษาที่ต่อเนื่อง (ต้อง เข้า-ออก โรงพยาบาลบ่อยๆ) ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ  
รอบข้างตัวท่าน (เช่น ญาติพี่น้อง) เพียงใด

ไม่มีผลเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มีผลอย่างมากที่สุด

29. ....

30. ....

### ด้านจิตวิญญาณ

35. ท่านมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่นการไปโบสถ์ หรือ ไปวัด มากน้อยเพียงใด

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มีโอกาสมากที่สุด (ทุกวัน)

36. ท่านให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ มากน้อยเพียงใด

ไม่ให้ความสำคัญเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ให้ความสำคัญมากที่สุด

37. คำสอนของศาสนา/การศรัทธาต่อพระเจ้าช่วยให้ท่านมีความกล้าหาญที่จะเผชิญกับการพลัดพราก (การตาย) เพียงใด

มีความกล้าหาญมากขึ้น 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความกล้าหาญเลย

38. ....

39. ....

40. ....



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

#### 1.1 การคำนวณค่าความเที่ยงของการสังเกต

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

1.2 การคำนวณความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของใช้ในผู้ปวยระยะสุดท้าย โดยค่าความยากง่ายคำนวณจากสูตร

$$P = \frac{H + L}{2N}$$

เมื่อ	P	คือ	ความยากง่ายของข้อสอบ
	H	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	L	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	N	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

1.3 การคำนวณค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของใช้ในผู้ปวยระยะสุดท้าย คำนวณจากสูตร

$$r = \frac{H - L}{N}$$

เมื่อ	r	คือ	อำนาจจำแนกของข้อสอบ
	H	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มสูง
	L	คือ	จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ
	N	คือ	จำนวนคนทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

#### 1.4 การคำนวณความเที่ยง ของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร

Kuder-Richardson 20 (KR-20) คำนวณจากสูตร

$$r_{tt} = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right)$$

เมื่อ	$r_{tt}$	คือ	ความเที่ยงของแบบทดสอบ
	$n$	คือ	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	$s^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$p$	คือ	สัดส่วนของคนทำถูกแต่ละข้อ
	$q$	คือ	สัดส่วนของคนทำผิดแต่ละข้อ

#### 1.5 การคำนวณค่าแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคำนวณจากสูตร

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	$\alpha$	คือ	ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	$n$	คือ	จำนวนข้อคำถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	$S_t^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

## 2. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดในกลุ่ม
$N$	แทน	จำนวนคนในกลุ่ม

## 2.2 ร้อยละ (Percentage) ใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f \times 100}{N}$$

P แทน ร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

N แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

## 1.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตรดังนี้

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X แทน คะแนนแต่ละตัว

N แทน จำนวนคะแนนในกลุ่ม

$\sum$  แทน ผลรวม

## 3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

### 3.1 สูตร t-test (Dependent Samples)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{N \sum D^2 - (\sum D)^2}{(N-1)}}}$$

เมื่อ D แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละคู่

N แทน จำนวนคู่

df แทน ความเป็นอิสระมีค่าเท่ากับ N-1

## 3.2 สูตร t-test (independent samples)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ  $\bar{X}_1, \bar{X}_2$  แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

$S_1^2, S_2^2$  แทน ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

$n_1, n_2$  แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1, 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
กลุ่มเกณฑ์และกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า  
One Sample Kolmogorov Smirnov Test (K-S Test)

กลุ่มเกณฑ์

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		รวม
N		20
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	5.4725
	Std. Deviation	1.11883
Most Extreme Differences	Absolute	.205
	Positive	.205
	Negative	-.086
Kolmogorov-Smirnov Z		.916
Asymp. Sig. (2-tailed)		.371

a. Test distribution is Normal.

### กลุ่มทดลอง

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		รวม
N		20
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	6.3850
	Std. Deviation	1.28435
Most Extreme Differences	Absolute	.139
	Positive	.139
	Negative	-.078
Kolmogorov-Smirnov Z		.621
Asymp. Sig. (2-tailed)		.835

a. Test distribution is Normal.

### สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$  : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ

$H_1$  : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K-S Test	p-value
กลุ่มเกณฑ์	.916	.371
กลุ่มทดลอง	.621	.835

$P < .05$

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีค่า P-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบ คือ มากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธีการหาค่า One Sample Kolmogorov Smirnov Test (K-S Test)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	รวมก่อน	รวมหลัง
N	20	20
Normal Parameters <sup>a</sup>	5.3038	6.3850
	1.36734	1.28435
Most Extreme Differences	.192	.139
	.112	.139
	-.192	-.078
Kolmogorov-Smirnov Z	.857	.621
Asymp. Sig. (2-tailed)	.455	.835

a. Test distribution is Normal.

### สมมติฐานการทดสอบ

$H_0$  : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ

$H_1$  : คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	K-S Test	p-value
ก่อนทดลอง	.857	.455
หลังทดลอง	.621	.835

$P < .05$

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีค่า P-value มากกว่าค่าที่กำหนดในการทดสอบ คือ มากกว่า .05 แสดงว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุปรียา ดียิ่ง เกิดวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2523 ที่ จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จ การศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ในปี พ.ศ. 2546 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2551 ปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5 หอผู้ป่วยพิเศษ 20/15 โรงพยาบาลกลาง