

ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย  
ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวศรัยอร ธงอินเนตร

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

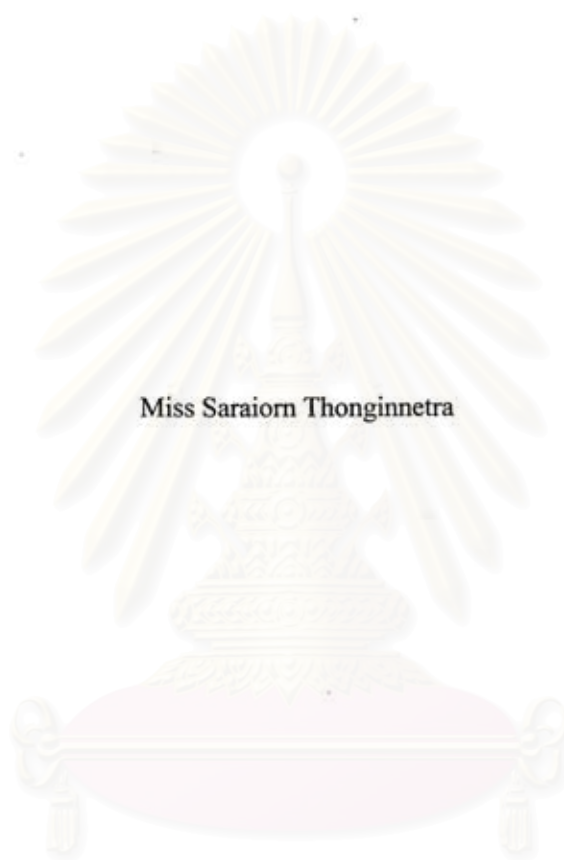
คณะคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-3244-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HOSPITAL STAFF AND FAMILY PERSPECTIVES REGARDING QUALITY OF PEDIATRIC  
PALLIATIVE CARE IN DEPARTMENT OF PEDIATRICS, KING CHULALONGKORN  
MEMORIAL HOSPITAL



Miss Saraorn Thonginnetra

สถาบันวิทยบริการ

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

Department of Pediatrics

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University


Academic Year 2005

ISBN 974-14-3244-5

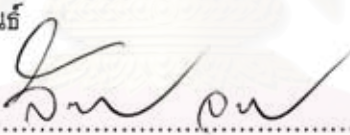
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวศรัยอร ธงอินเนตร
สาขาวิชา	กุมารเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตต์ลัดดา ดีโรจนวงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์นายแพทย์อิศรางค์ นุชประยูร

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สังคม จงพิพัฒน์วินิชย์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตต์ลัดดา ดีโรจนวงศ์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อิศรางค์ นุชประยูร)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว)

**ครัยอร ธงอินเนตร** : ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (HOSPITAL STAFF AND FAMILY PERSPECTIVES REGARDING QUALITY OF PEDIATRIC PALLIATIVE CARE IN DEPARTMENT OF PEDIATRICS, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา : รศ.พญ.จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ. นพ.อิศรางค์ นุชประยูร, 67 หน้า. ISBN 974-14-3244-5.

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเชิงวิเคราะห์

**สถานที่ศึกษา** ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากร** มี 3 กลุ่ม 1. อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต๋อยอด และแพทย์ประจำบ้าน ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 3. ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่เข้าโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตแล้ว

**วิธีศึกษา** รวบรวมความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลในด้านความสนใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และทักษะในการสื่อสารต่างๆ ได้แก่ การแจ้งข่าวร้าย การให้คำปรึกษากับญาติของผู้ป่วย รวมทั้งความลำบากใจในการให้ยาระงับปวด แล้วนำคะแนนความคิดเห็นมาวิเคราะห์โดยใช้ rating scale และหาค่าร้อยละของคะแนนความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มประชากรในแต่ละคำถาม จากนั้นใช้สถิติ Mann-Whitney U test และDunnet T3 ในการหาความแตกต่างของกลุ่มประชากรในแต่ละคำถาม ส่วนความพึงพอใจของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการสื่อสาร คุณภาพการรักษา การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาล และการวางแผนการรักษา แล้วนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองมาหาค่าร้อยละของความพึงพอใจ

**ผลการศึกษา** แพทย์และพยาบาลมีความสนใจใน palliative treatment ก่อนข้างมาก โดยร้อยละ 75.6 มีความสนใจในระดับมากที่สุด ในด้านการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งแพทย์และพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วย การให้ยาระงับปวดเป็นหัวข้อเดียวในการศึกษานี้ที่พบว่าแพทย์และพยาบาลมีปัญหาค่อนข้างน้อย อายุ เพศ อาชีพ และประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในด้านความคิดเห็นของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ รวมถึงพอใจในคุณภาพของข้อมูล วิธีการสื่อสารของแพทย์และทีมงาน รวมทั้งการวางแผนการรักษา แต่ยังคงพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 40 ไม่พอใจในการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวได้รับ

**ผลสรุป** แพทย์และพยาบาลมีความสนใจใน palliative treatment ก่อนข้างมาก แต่ส่วนใหญ่ยังคงมีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ยาระงับปวดเป็นหัวข้อเดียวในการศึกษานี้ที่พบว่าแพทย์และพยาบาลมีปัญหาค่อนข้างน้อย ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เข้าร่วม โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ รวมถึงพอใจในคุณภาพของข้อมูล วิธีการสื่อสารของแพทย์และทีมงานและการวางแผนการรักษา

ภาควิชา.....กุมารเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....  
 สาขาวิชา.....กุมารเวชศาสตร์.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 ปีการศึกษา..... 2548 .....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....



## 4874789639 : MAJOR PEDIATRICS

KEY WORD: PALLIATIVE CARE / END OF LIFE CARE / TERMINAL ILLNESS / PEDIATRICS / PHYSICIAN ATTITUDES / NURSE ATTITUDES / FAMILY ATTITUDES

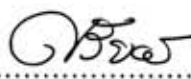
SARAIORN THONGINNETRA : HOSPITAL STAFF AND FAMILY PERSPECTIVE REGARDING PEDIATRIC PALLIATIVE CARE IN DEPARTMENT OF PEDIATRICS, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : JITLADDA DEEROJANAWONG, THESIS COADVISOR : ISSARANG NUCHPRAYOON , 67 pp. ISBN 974-14-3244-5.

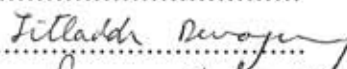
**Objective** : To determine the attitudes of pediatric physicians and nurses on palliative care. And to assess family needs regarding pediatric palliative care in department of pediatrics, King Chulalongkorn memorial hospital.

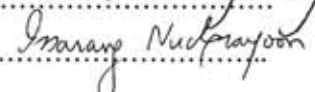
**Method** : Ninety-nine pediatric physicians and ninety-nine nurses responded to written survey regarding interesting, comfort and expertise to palliative care. Twenty family members of decreased end-stage children were interviewed regarding treatment, doctor-patients communication and support. Frequencies were generated for response to pediatric physicians, nurses and family members. Factors of particular attitudes of pediatric physicians and nurses were identified using Mann-Whitney U test, and Dunnet T3. Potential factors were age, sex, occupations, amount of time spent in pediatric patient care, average number of end-stage patient care per year.

**Result** : The majority of physicians and nurses reported interesting in palliative care (75.6%). They also reported discomfort and inexpertise in caring of end-stage patients (>50%). Pain control is the only topic that most staff members reported no difficult experience. Age, sex, occupation and experience (amount of time spent in pediatric patient care) are factors of attitudes in palliative care. Family reported satisfaction in palliative care, included treatment and communication, they and their children received. But 40% of families reported distress caused by less psychological support.

**Conclusion** : Pediatric physicians and nurses are interested in palliative care but they still feel discomfort and inexpertise in caring of end-stage patients. Pain control is the only topic that they feel experience in management. Most of families are satisfied in palliative care, included treatment and communication, they and their children received.

Department of ....Pediatrics..... Student's signature..... 

Field of study..... Pediatrics..... Advisor's signature..... 

Academic year....2005..... Co-advisor's signature..... 

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและความกรุณาอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตต์ลดา ศิริโรจนวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์นายแพทย์อิสรารักษ์ นุชประยูร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิมพ์ลรัตน์ ไทยธรรมานนท์ หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการอนุมัติการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์สังคม จงพิพัฒน์วณิชช์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว ที่ได้กรุณาช่วยตรวจปรับปรุงวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์อาทิตย์ ธงอินเนตร และอาจารย์ประไพพรรณ ธงอินเนตร คุณพ่อและคุณแม่ของผู้วิจัย พญ.อรอร ธงอินเนตร และนสพ.อรวดี ธงอินเนตรที่ได้ให้คำแนะนำให้ความช่วยเหลือและกำลังใจเป็นอย่างดีซึ่งตลอดการทำวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบคุณคุณอัครเดช วรบุตร และคุณธีระวัฒน์ อนันตวรสกุลที่ช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านค้อยอด และแพทย์ประจำบ้านของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สถานที่ทำการศึกษา.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
วิธีดำเนินการวิจัย.....	4
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย.....	5
แผนการดำเนินงาน.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	10
ประชากรที่ศึกษา.....	10
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	11
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	12
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	13
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	15
ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์.....	15
ผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรการแพทย์.....	20
ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรการแพทย์ในกลุ่มประชากรต่างๆ.....	23
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง.....	34
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	36



	หน้า
ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครอง.....	37
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย.....	42
ข้อเสนอแนะ.....	44
รายการอ้างอิง.....	45
ภาคผนวก.....	47
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	67



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

	หน้า
<u>ตารางที่ 1</u> ตารางแสดงแผนการดำเนินงาน.....	6
<u>ตารางที่ 2</u> แสดงจำนวนและค่าร้อยละของบุคลากรการแพทย์แบ่งตามอาชีพ.....	15
<u>ตารางที่ 3</u> แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	17
<u>ตารางที่ 4</u> แสดงจำนวนและค่าร้อยละของการดูแลผู้ป่วยเค็กระยะสุดท้ายต่อปี.....	18
<u>ตารางที่ 5</u> แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเค็กระยะสุดท้าย.....	19
<u>ตารางที่ 6</u> แสดงค่าร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเค็กระยะสุดท้ายของแพทย์ และพยาบาลจำนวน 7 ข้อ .....	22
<u>ตารางที่ 7</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.1 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	25
<u>ตารางที่ 8</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.2 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	26
<u>ตารางที่ 9</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.3 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	27
<u>ตารางที่ 10</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.4 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	28
<u>ตารางที่ 11</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.5 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	29
<u>ตารางที่ 12</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.6 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	30
<u>ตารางที่ 13</u> เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.7 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย เค็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ.....	31
<u>ตารางที่ 14</u> เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.1 ตามอาชีพและประสบการณ์การทำงาน.....	32
<u>ตารางที่ 15</u> เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.4 ตามอาชีพและอายุ.....	32
<u>ตารางที่ 16</u> เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.5 ตามอาชีพ อายุและเพศ.....	33
<u>ตารางที่ 17</u> แสดงลักษณะจำเพาะของผู้ปกครอง.....	34
<u>ตารางที่ 18</u> แสดงลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยเค็กระยะสุดท้าย.....	35

ตารางที่ 19 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย  
 ด้านความพึงพอใจทั่วไป.....37

ตารางที่ 20 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย  
 ด้านคุณภาพของการให้ข้อมูลและคุณภาพในการสื่อสาร.....38

ตารางที่ 21 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย  
 ด้านคุณภาพในการทำงานร่วมกัน.....39

ตารางที่ 22 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย  
 ด้านคุณภาพในการดูแลรักษาและด้านคุณภาพในการวางแผนการรักษา.....41



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับอายุ.....16



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โดยทั่วไปแผนการรักษาที่แพทย์เลือกให้กับผู้ป่วย มักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายใหญ่ ๆ ของการรักษาไว้ 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค (cure disease) และเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (relieve suffering) อย่างไรก็ตามยังมีเป้าหมายที่แยกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง คือ การรักษา “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” (Palliative care) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (1) หมายถึง “กระบวนการดูแลรักษาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่มีสถานะจำเพาะ โดยวิธีการและวัตถุประสงค์ที่เน้นประเด็นที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น นั่นคือเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening condition) โดยกระบวนการดูแลแบบเป็นองค์รวม (holistic care) และเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ตามบริบทของปัจเจกบุคคล รวมทั้งการดูแลให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแล (carer) ของผู้ป่วยด้วย” การรักษานี้มีได้มุ่งเน้นให้หายขาด แต่เป็นการเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติจนวาระสุดท้าย โดยไม่ได้ถือความสำเร็จอยู่ที่การช่วยหรือยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ได้เท่านั้น แต่ยังอยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญความตายอย่างสงบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก่อนตาย โดยมีการดูแลเป็นพิเศษทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

จุดประสงค์ของการรักษาระยะนี้ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยตายดี ดายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่า Palliative care ที่ดีควรทำโดย multidisciplinary team approach ซึ่งทางฝ่ายกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้จัดทำโครงการพัฒนาการรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้ายขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 โดยมี รศ.นพ.อิสรางค์ นุชประยูร เป็นประธานอนุกรรมการ โครงการนี้ได้กำหนดแผนการรักษาไว้ 5 ส่วน (2) ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Clinical practice guideline) เป็นการรักษาแบบประคับประคองเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. การติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Pro-active hospital care) เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองหรือญาติติดต่อแพทย์และคณะผู้ให้การรักษาผู้ป่วย
3. ทำฝันของเด็กให้เป็นจริง (Wishing well project) ทำหน้าที่ประสานงาน โดยผ่านเครือข่ายอาสาสมัครนอกรวมการแพทย์เข้ามาช่วยเหลือโครงการ
4. แลกเปลี่ยนประสบการณ์วิกฤตในกลุ่มเครือญาติ (Family support group program) จัดให้ผู้ที่มีประสบการณ์วิกฤตที่คล้ายกัน ได้พูดคุยปรึกษา ทำให้มีกำลังใจต่อสู้ฟันฝ่าอุปสรรค



5. จัดหาสถานที่เหมาะสมสำหรับวันสุดท้ายของชีวิต (Terminal care room) ปรับปรุงสถานที่บริเวณห้องโถงหน้าลิฟต์บางส่วน ให้เป็นห้องที่โปร่งใสและกว้างขวาง ติดโทรทัศน์วงจรปิด เพื่อให้พยาบาลสังเกตการณ์ได้ เป็นสถานที่สงบ ไม่มีคนพลุกพล่าน ผู้ปกครองและเด็กได้อยู่ตามลำพัง

เนื่องจากโครงการนี้ ดำเนินการโดยคำนึงถึงพื้นฐานของความเชื่อวัฒนธรรม สภาพจิตใจ สภาพทางสังคมของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือให้ผู้ป่วยและหรือญาติผู้ป่วย สามารถรับสถานการณ์ และวางแผนอย่างสมเหตุสมผล ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุด ได้แก่ แพทย์ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาทั้งในฐานะเพื่อนมนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อกัน และในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาทั้งหมด สำหรับพยาบาล มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านการตอบสนองความต้องการทางกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยนำแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

แต่เนื่องจากยุคปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บป่วยได้ดีมาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ได้นานที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายทั้งสิ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของแพทย์และพยาบาล

### สถานที่ทำการวิจัย

ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ขอบเขตของการวิจัย

ความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล ศึกษาเฉพาะด้านความสนใจและความรู้สึกที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายตามขั้นตอนต่าง ๆ

ความคิดเห็นของผู้ปกครอง ศึกษาเฉพาะเกี่ยวกับความพึงพอใจที่ได้รับจากการดำเนินงานของคณะแพทย์ พยาบาล และทีมงาน ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลเฉพาะความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ระดับตติยภูมิ) ข้อมูลที่ได้จึงอาจแตกต่างจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ศึกษาทั้งหมดป่วยเป็น โรคมะเร็ง เนื่องจากโครงการการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของภาควิชากุมารฯจัดทำขึ้นเพื่อผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะ ลักษณะของระยะการดำเนินโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ความคิดเห็น และความคาดหวังของผู้ปกครองจึงอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ความพิการแต่กำเนิด โรกระบบประสาท โรคไต ฯลฯ ทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างอาจจะนำมาใช้เป็นตัวแทนของประชากรไทยโดยทั่วไปได้เหมาะสมน้อยกว่าการศึกษาจากประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลากหลาย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึงอายุ 18 ปี ที่เจ็บป่วยและตกอยู่ในภาวะที่รักษาไม่ได้ ใกล้เคียงเสียชีวิตสาเหตุมาจาก โรคมะเร็งที่รักษาแล้วกลับเป็นซ้ำ (relapsed) โรคติดเชื้อ HIV โรคพิษสุนัขบ้า โรคหัวใจที่ผ่าตัดไม่ได้ โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคกล้ามเนื้อหรือโรคความเสื่อมของระบบประสาท (degenerative) โรคพันธุกรรมเมตาบอลิคบางอย่าง เป็นต้น การประเมินว่าเด็กอยู่ในระยะสุดท้ายจะทำโดยผู้เชี่ยวชาญ (2)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย (Palliative Care) หมายถึง การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายจากโรค (curative treatment) แล้ว จุดประสงค์ของการรักษาในระยะนี้ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยและญาติ ไม่ใช่ระยะเวลาที่



จะมีชีวิตอีกต่อไป ไม่เพียงเฉพาะความเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยในระยะนี้ควรได้รับการดูแลพิเศษทั้งฝ่ายจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม (3)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายต่อไป

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบของการวิจัย (Study design)

เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional survey โดยผู้วิจัยจัดสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล 3 ประเภท

1.แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ได้เข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในการวิจัยในต่างประเทศ แบบสัมภาษณ์จะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ก. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นบุตรหลานของคนที่ได้รับ ขณะที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้าโครงการและเสียชีวิตไปแล้ว โดยสำรวจเพศ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ลักษณะการตาย โอกาสการกลับไปรักษาตัวที่บ้านก่อนเสียชีวิต ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้าโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต

3.แบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในด้านต่างๆด้วยวิธี rating scale โดยอาศัยข้อมูลจากรายงานที่ปรากฏในวารสารทางการแพทย์ของต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้ครอบคลุม

คลุมถึงความคิดเห็นของแพทย์ และพยาบาลในด้านความสนใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาพักฟื้น การแจ้งข่าวร้าย การให้คำปรึกษากับญาติของผู้ป่วย เรื่องการงดการช่วยฟื้นชีวิต ความลำบากใจในการสลับลำดับความสำคัญของเป้าหมายการรักษาให้หายขาดเป็นการเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ และความลำบากใจในการให้ยาระงับปวด

#### ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

- เขียนโครงการวิจัย
- เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณา
- กำหนดกลุ่มตัวอย่าง
- เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
- การเรียบเรียงข้อมูล
- การวิเคราะห์ผลการศึกษา
- การสรุปและการรายงานผลการศึกษา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## แผนการดำเนินงาน

เริ่มทำวิจัย วันที่ 1 มีนาคม 2548 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2549

### ตารางที่ 1 ตารางแสดงแผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	มี.ค. 48	เม.ย. 48	พ.ค. 48	มิ.ย. 48	ก.ค. 48	ส.ค. 48	ก.ย. 48	ต.ค. 48	พ.ย. 48	ธ.ค. 48	ม.ค. 49	ก.พ. 49	มี.ค. 49	เม.ย. 49
1.การเขียนโครง ร่างการวิจัย	↔													
2.การศึกษากลุ่ม ตัวอย่างและการ สร้างเครื่องมือ	↔	↔												
3.การเก็บรวบรวม ข้อมูล				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
4.การเรียบเรียง ข้อมูล											↔	↔		
5.การวิเคราะห์ ข้อมูล												↔	↔	
6.การเขียนรายงาน และการนำเสนอข้อมูล													↔	↔

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการตรวจสอบเอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ พบงานวิจัยที่ใกล้เคียงและสามารถนำมาสนับสนุนแนวความคิดในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ดังสรุปได้ดังนี้

American academy of pediatrics (4) ได้แนะนำไว้ว่า การสนับสนุนให้มีการวิจัยถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเด็กนั้น มีความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลรักษา

Farber NJ. และคณะ (5) พบว่าร้อยละ 36 ของอายุรแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Primary care physician) ในประเทศสหรัฐอเมริกา เคยได้รับการฝึกในการให้การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ก็ยังรู้สึกว่ขาดทักษะในด้านนี้

Khaneja S. และ Milrod B. (6) พบว่ากุมารแพทย์ในมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ยังต้องการการสนับสนุนและการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Vazirani RM. และคณะ (7) พบว่าการที่แพทย์ขาดการฝึกฝนที่ดีและไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะทำให้พวกเขาไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สียงพอใจอยู่และทำให้ปัญหาต่างๆแย่งลง

Hilden JM. และคณะ (8) รายงานว่า แพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งวิทยาในเด็ก ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และสหราชอาณาจักร ยังรู้สึกว่ขาดทีมงานในการให้ palliative care และการให้ยาระงับปวด ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี รวมทั้งแพทย์ยังมีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ปกครองของผู้ป่วย ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงการรักษาเพื่อให้หายขาดเป็นการรักษาแบบประคับประคอง และการให้ยาระงับปวดที่เพียงพอ

Contro NA. และคณะ (9) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครองของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่ Lucile Salter Packard Children Hospital ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การตัดสินใจเปลี่ยนการรักษาเพื่อให้หาย

ขาดเป็นการรักษาแบบประคับประคองและงดการกู้ชีพ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ ยังรู้สึกว่าการดูแลตนเองขาดประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวด และต้องการการฝึกฝนเพิ่มเติม

Contro NA. และคณะ (10) ได้ทำการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับคุณภาพของการให้การรักษาแบบประคับประคอง พบว่าผู้ปกครองยังไม่พอใจในการสื่อสารเกี่ยวกับการรักษาและพยากรณ์ของโรค และทีมแพทย์ยังขาดการติดตามผู้ปกครองเพื่อสอบถามหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

Harper M. และ Wislan N. (11) พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิต มีความไม่พอใจในกริยาท่าทางของแพทย์และทีมงาน ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยในวันสุดท้ายของผู้ป่วย ผู้ปกครองยังระบุว่า พวกเขาต้องการให้แพทย์สื่อสารกับพวกเขาอย่างเปิดเผย และมีส่วนร่วมในความเศร้าโศกและมีความเห็นอกเห็นใจพวกเขามากกว่าที่เป็นอยู่

วรารัตน์ สรรพกิจ (12) รายงานว่าร้อยละ 69 ของกุมารแพทย์และพยาบาลสาขากุมารเวชศาสตร์ เคยมีประสบการณ์ในการจำกัดขอบเขตการรักษาในผู้ป่วยเด็กอาการหนักขั้นวิกฤต

เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (13) กล่าวว่า การแจ้งข่าวร้าย (bad news) เป็นทักษะอีกอย่างหนึ่งที่แพทย์มักมองข้าม เนื่องจากแพทย์มักมีความรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจ เพราะทราบดีว่าข่าวร้ายที่จะแจ้งนั้นนำมาซึ่งความทุกข์ ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย อีกทั้งโดยธรรมชาติ เมื่อแพทย์เริ่มให้การดูแลผู้ป่วยก็ต้องการเห็นผู้ป่วยหายจากโรค ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและผ่านสถานการณ์ที่วิกฤติไปอย่างราบรื่น การแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News) ควรดำเนินการ โดยคำนึงถึงพื้นฐานของความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพจิตใจ สภาพแวดล้อมทางสังคม ของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งสิทธิของผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานของความเห็นอกเห็นใจของแพทย์ นอกจากนั้นควรมีความถูกต้องแม่นยำ และมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและหรือญาติสามารถรับสถานการณ์ได้ และยังเป็นการประสานความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย

ธานีินทร์ อินทรกำจรชัย (13) กล่าวว่า แผนการรักษาผู้ป่วยมักประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1. Curative care ได้แก่ การรักษาเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหรือมีชีวิตรอยู่ได้นานที่สุด
2. Palliative care ได้แก่ การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ curative treatment แล้ว จุดประสงค์ของการรักษาในระยะนี้ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยและญาติ ไม่ใช่ระยะเวลาที่จะมีชีวิตรต่อไป ผู้ป่วยในระยะนี้ควรได้รับการดูแลไม่เพียงเฉพาะความเจ็บป่วยทางกาย แต่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเป็นพิเศษ ทั้งทางจิตใจ วิญญาณ และสังคม



3. Terminal care จุดประสงค์ของการรักษาระยะนี้ ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยตายดี ตายอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี การดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ความตายอย่างสงบ ท่ามกลางญาติและคนที่รัก และทำให้เกิดเป็นความทรงจำที่ดีกับครอบครัวและญาติ

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย (14) ได้สรุปแนวคิดของนักวิจัยหลายๆ คน พบว่า กลุ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ มี 7 กลุ่มคือ

1. ตัวแปรทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว
2. ตัวแปรด้านโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ
3. ตัวแปรทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การรับรู้ว่าเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรง

ของโรค ความคาดหวังถึงประโยชน์ของการไปรับการรักษา และแนวทางที่นำไปสู่การบริการ

สายรุ้ง สมบัติพานิช (15) สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลรามาริบัติด้วยการสัมภาษณ์ ผลการสำรวจคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเป็นการดูแลช่วยเหลืออย่างดีและทันที่จากเจ้าหน้าที่และเห็นว่าสภาพของตึกผู้ป่วยพักรักษาความสะอาดดีมาก แต่ผู้ป่วยมีข้อเสนอให้มีการปรับปรุงบริการบางอย่าง คือ ต้องการให้มีการแจกหนังสือแนะนำระเบียบการปฏิบัติขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล และต้องการเห็นพยาบาลมีหน้าตาขี้มยิ้มแจ่มใส

Troug RD, Cist A, Brackett SE, และคณะ (16) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต พบว่าการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาล ต้องมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. การดูแลเพื่อรักษาชีวิตและโรคที่เป็นอยู่ (Curative care) ในกรณีนี้ต้องทำอย่างเต็มที่ แต่ควรมีการเลือกใช้เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตอย่างเหมาะสมและพอดี ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ประโยชน์หรือเกิดผลเสียมากกว่า ต้องพิจารณาตามหลักการเรื่องการงดเว้นและการหยุดใช้เครื่องพยุงชีวิต
2. การดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม (Holistic care) เพราะการเจ็บป่วยวิกฤตมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามหลักการขององค์การอนามัยโลกแล้ว การดูแลควรเริ่มต้นทันทีที่เป็นโรครุนแรงอันอาจนำมาสู่การเสียชีวิตได้ และไม่ควรรอถึงช่วงใกล้เสียชีวิต
3. การสื่อสารและการวางแผนการรักษาร่วมกันของทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจัดระดับความสำคัญในการผสมผสานการรักษาแบบ Curative และ Holistic care ให้เหมาะสมกับโรคและชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีสำรวจความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาโดยแบบสอบถามและสำรวจความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยด้วยวิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

#### ประชากร

ประชากรเป้าหมาย ( Target Population ) ได้แก่

1. ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เข้าโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. พยาบาล ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา ( Inclusion criteria ) มีกฎเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด และผู้ป่วยเหล่านี้ได้เสียชีวิตในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2546 จนถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 จำนวน 25 คน
2. คณะแพทย์ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548 ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ 36 คน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด 25 คน และแพทย์ประจำบ้าน 69 คน รวมทั้งหมด 130 คน
3. คณะพยาบาลพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย สก.19, สก.18 เสาวภา, สก.18 สวมลุมพินี, สก.17, สก.16, สก. 15G1, สก. 15G2, สก.8 ไอ.ซี.ยู.กุมารเวชกรรม ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าตึก 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ 94 คน รวมทั้งหมด 112 คน

มีผู้ปกครองของเด็กป่วยระยะสุดท้ายที่ติดต่อได้และตอบรับการสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน อาจารย์แพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม 19 คน แพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ตอบแบบสอบถาม 24 คน

และแพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถาม 56 คน ส่วนพยาบาลหัวหน้าหอและพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม 99 คน รวมแพทย์และพยาบาลตอบแบบสอบถาม 198 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยผู้วิจัยจัดสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล 3 ประเภท

1. แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ได้เข้าร่วมโครงการฯ โดยแบบสัมภาษณ์นี้ได้มาทำการดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของการวิจัยในต่างประเทศ แบบสอบถามที่ถูกสร้างขึ้นได้ผ่านการทดสอบความเป็นไปได้โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ (อาจารย์แพทย์) จำนวน 5 ราย และทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง 3 ราย แล้วนำข้อเสนอแนะและข้อขัดข้องเกี่ยวกับแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข จึงได้นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมาใช้ แบบสัมภาษณ์จะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ก. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นบุตรหลานของคนที่ได้รับขณะที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

- ความพึงพอใจทั่วไป
- ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอาการป่วยและการรักษา
- ความพึงพอใจเกี่ยวกับความเข้าใจผู้ป่วยและญาติ
- ความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันของทีมงาน
- ความพึงพอใจในการดูแลรักษา
- ความพึงพอใจในการวางแผนการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิต

2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่เข้าโครงการและเสียชีวิตไปแล้ว ได้แก่ ชื่อชื่อ เพศ อายุ ลักษณะของโรค การรับกลับบ้าน ระยะเวลาที่ป่วย ระยะเวลาที่เข้าโครงการผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. แบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในด้านต่างๆ โดยจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ก. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวผู้ตอบ ได้แก่ อาชีพ (อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน หรือ พยาบาล) อายุ เพศ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ข. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

คำถามในแบบสอบถามอาศัยข้อมูลจากรายงานที่ปรากฏในวารสารทางการแพทย์ของต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมถึงความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลในด้านต่างๆ ได้แก่

- ความสนใจในเรื่อง “Palliative treatment”
- ความรู้สึกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย
- ความรู้สึกยากง่ายในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย
- ความรู้สึกไม่มั่นใจในการแจ้งข่าวร้าย
- ความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษาเรื่องการงดทำการช่วยชีวิต
- ความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลรักษาโดยวิธี palliative treatment
- ความรู้สึกลำบากใจในให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การให้คะแนนของความคิดเห็นประเภทต่าง ๆ จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Rating scale

แบบสอบถามที่ถูกสร้างขึ้นได้ผ่านการทดสอบความเป็นไปได้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ (อาจารย์แพทย์) แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวช จำนวน 15 ราย ทดลองตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแบบสอบถาม แล้วผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะเหล่านั้นมาแก้ไข จึงได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้ และได้หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) หลังจากได้แจกแบบสอบถามไปได้ 36 ฉบับ ด้วยวิธี conbrake alfa เท่ากับ 0.7730 (มากกว่าระดับต่ำสุดที่ยอมรับที่ 0.70) และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (discrimination) ผ่านทุกข้อ จึงได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ การประเมินวางแผนสำรวจ ด้วยการนำวัตถุประสงค์การประเมินในแต่ละข้อมาวิเคราะห์ แล้วมุ่งสำรวจให้ตรงตามต้องการ โดยกำหนดสิ่งที่ต้องการศึกษาไว้ 2 ประเด็น คือ

- ก. ความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย
- ข. ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กป่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### ข้อมูลของแพทย์และพยาบาล

รวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่ส่งคืนมารวบรวม

#### ข้อมูล

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อาชีพ อายุ เพศ และประสบการณ์ใน



### การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ด้านความคิดเห็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความสนใจ การดูแลรักษา การสื่อสาร และการให้ยาระงับปวด

#### ข้อมูลของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก

ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ปกครองทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1/2 - 1 ชั่วโมงต่อราย ผู้ปกครองทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสัมภาษณ์ข้อมูลด้านต่างๆดังนี้

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ด้านข้อมูลความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา ความพึงพอใจต่อการสื่อสาร การให้ข้อมูล ความพึงพอใจต่อการวางแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลและทีมงาน โดยผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ประเมินระดับความพึงพอใจในแต่ละคำถามขณะที่สัมภาษณ์ผู้ปกครอง นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองมาให้ระดับความพึงพอใจในคำถามแต่ละข้อแบบ rating scale

#### ข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก

ผู้ทำการวิจัยได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กที่ผู้ปกครองเข้าร่วมในการวิจัยนี้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุของเด็กขณะที่เสียชีวิต เพศ วินิจฉัยโรคที่ทำให้เจ็บป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต และระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการฯก่อนเสียชีวิต

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- นำเสนอข้อมูลพื้นฐานในรูปค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
- นำข้อมูลจากการสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล มาหาค่าร้อยละของความคิดเห็น โดยผู้ทำการวิจัยจะกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านต่าง ๆ ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยมาก	1	คะแนน

- วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของของแพทย์และพยาบาล ในแต่ละกลุ่มประชากร (เช่น อายุ อาชีพ เพศ ประสบการณ์การทำงาน)ในแต่ละคำถาม โดยทดสอบว่าแต่ละข้อมูลของกลุ่มประชากรมีการกระจายตัวแบบปกติหรือไม่ (normal distribution) โดยดูค่า

Kolmogorov-Smirnov ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากกว่า 50 ( $n > 50$ ) และดูค่า Shapiro-Wilk ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 ( $n < 50$ ) เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มประชากรต่างๆ ในการศึกษาเป็นการกระจายตัวไม่ปกติ จึงมีการใช้ Non parametric statistics ในการเปรียบเทียบ คือ Mann Whitney U test โดยถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อ  $p \text{ value} < 0.05$  แต่ในกรณีทีในแต่ละปัจจัยของกลุ่มประชากร เช่น อาชีพกับความมั่นใจในการแจ้งข่าวร้าย มีการแบ่งเป็นอาชีพเป็นอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1, 2, 3 พยาบาลหัวหน้าหอ และพยาบาลวิชาชีพ จะใช้ Mann Whitney U test ก่อนเพื่อหาความแตกต่างในภาพรวมว่าอาชีพมีผลต่อความมั่นใจในการแจ้งข่าวร้ายหรือไม่ ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแล้วจะนำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงอีกครั้ง ถ้ามี Variance base on mean เท่ากัน ก็จะใช้สถิติ Scheffe ทดสอบรายคู่ โดยถือค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่  $p \text{ value} < 0.05$  ถ้า Variance base on mean ไม่เท่ากัน ก็จะใช้สถิติ Dunnett T3 เพื่อทดสอบรายคู่ โดยถือค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่  $p \text{ value} < 0.05$  เช่นกัน

- นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ที่ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ประเมินขณะสัมภาษณ์ และให้ระดับความพึงพอใจในแต่ละคำถามแบบ rating scale มาหาค่าร้อยละของความพึงพอใจ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ผลการวิเคราะห์

จากข้อมูลความคิดเห็นของแพทย์พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย. 2548 – 31 มี.ค. 2549 มีรายละเอียดดังนี้

#### ก. ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 อาชีพ

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน มีอาชีพเป็นแพทย์ และพยาบาลในจำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 99 คน ในกลุ่มแพทย์แบ่งเป็น อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และแพทย์ประจำบ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.60, 12.12 และ 28.28 ตามลำดับ สำหรับพยาบาล เป็นพยาบาลหัวหน้าตึกร้อยละ 2.53 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 47.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของบุคลากรการแพทย์ แบ่งตามอาชีพ

อาชีพ		จำนวนคน	รวม (ร้อยละ)	
แพทย์	อาจารย์	19	19 (9.60)	99 (50)
	ประจำบ้านต่อยอด ปี 1	24	24 (12.12)	
	ประจำบ้านต่อยอด ปี 2			
	ประจำบ้าน ปี 1	23	56 (28.28)	
	ประจำบ้าน ปี 2	13		
	ประจำบ้าน ปี 3	20		
พยาบาล	หัวหน้าตึก	5	5 (2.53)	99 (50)
	พยาบาลวิชาชีพ	94	94 (47.47)	
รวมทั้งหมด		198	100	

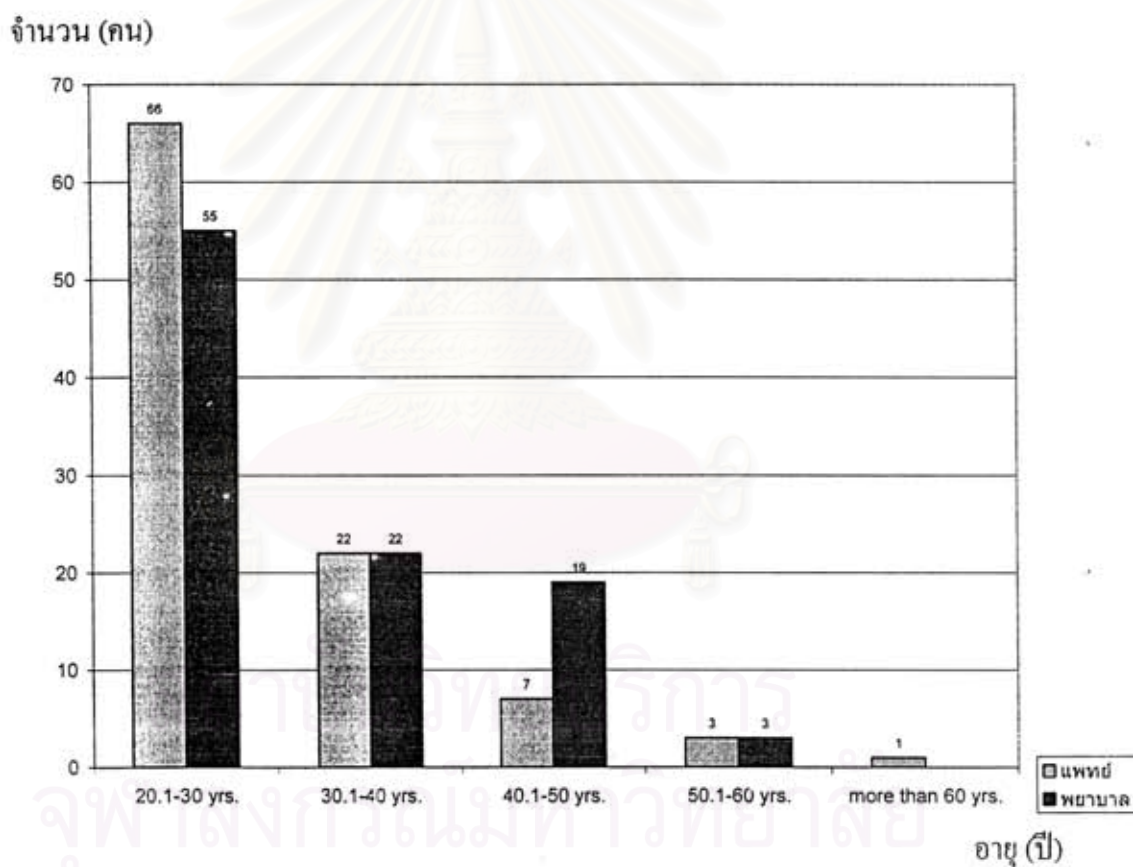


### 1.2 อายุ

อายุเฉลี่ยของแพทย์และพยาบาลที่ศึกษา คือ 32.16 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.66)

โดยอายุสูงสุดของบุคลากรที่ศึกษาเท่ากับ 64 ปี และอายุต่ำสุดเท่ากับ 22 ปี

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ และอาชีพ พบว่า ในกลุ่มแพทย์ ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 20– 30 ปี (ร้อยละ 33.3 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด) รองลงมาคือ อายุ 30 – 40 ปี (ร้อยละ 11.1), 40– 50 ปี (ร้อยละ 3.5) และช่วงอายุ 50 – 60 ปี (ร้อยละ 1.5) และอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 0.5) ในกลุ่มพยาบาลก็มีการกระจายของอายุในลักษณะใกล้เคียงกัน คือ อายุระหว่าง 20– 30 ปี (ร้อยละ 27.8) อายุ 30 – 40 ปี (ร้อยละ 11.1) อายุ 40 – 50 ปี (ร้อยละ 9.6) อายุ 50 – 60 ปี (ร้อยละ 1.5) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามระดับอายุ

### 1.3 เพศ

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน เป็นเพศหญิง 178 คน (ร้อยละ 89.90) เพศชาย 20 คน (ร้อยละ 10.10) เมื่อจำแนกตามอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า

กลุ่มแพทย์ จำนวน 99 คน เป็นเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 20: 79

กลุ่มพยาบาล จำนวน 99 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด

รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	อาชีพ							รวมทั้งหมด (ร้อยละ)
	แพทย์					พยาบาล		
	อาจารย์ (คน)	แพทย์ ประจำบ้าน ต่อยอด (คน)	แพทย์ ประจำบ้าน ปีที่ 1 (คน)	แพทย์ ประจำบ้าน ปีที่ 2 (คน)	แพทย์ ประจำบ้าน ปีที่ 3 (คน)	หัวหน้าคึก (คน)	วิชาชีพ (คน)	
หญิง	10	19	22	10	18	5	94	178 (89.90)
ชาย	9	5	1	3	2	-	-	20 (10.10)
รวมทั้งหมด	19	24	23	13	20	5	94	198 (100)

#### 1.4 จำนวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ดูแลเฉลี่ยต่อปี

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีแพทย์และพยาบาลที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเลย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 9.6) บุคลากรส่วนใหญ่เคยดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย 1-5 คนต่อปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายต่อปี

จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ดูแล (คน / ปี)	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล (แพทย์และพยาบาล)
0	9.60
1-3	37.37
4-5	29.29
6-9	2.53
มากกว่า 10	21.21
รวม	100



### 1.5 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พบว่าแพทย์และพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.97) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายน้อยกว่า 5 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็ก ระยะสุดท้าย	จำนวนร้อยละของผู้ดูแล
น้อยกว่า 5 ปี	46.97
5-10 ปี	30.81
มากกว่า 10 ปี	21.26
รวม	100

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2. ผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์จากการตอบแบบสอบถาม

จากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย จำนวน 7 ข้อ สามารถสรุปความคิดเห็นโดยรวมในแต่ละข้อ ดังนี้

### 2.1 ความสนใจใน palliative treatment สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.6) มีความสนใจใน palliative treatment สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในระดับมากและมากที่สุด โดยได้แสดงผลในการสนใจ palliative treatment ในแบบสอบถามปลายเปิดต่างๆกัน ได้แก่

- ต้องการให้เด็กมีความสุข มีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและได้รับสิ่งที่ปรารถนามากที่สุด
- ไม่ต้องการให้เด็กต้องทนเจ็บปวด
- ผู้ป่วยประเภทนี้น่าสงสาร ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดมาก
- ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมีมากขึ้น จึงมีความสนใจเพื่อจะได้นำความรู้ไปปฏิบัติ

### 2.2 ความรู้สึกกังวลเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 53.1 มีความรู้สึกกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยให้เหตุผลในความรู้สึกกังวลใจ ดังนี้

- กังวลเรื่องอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงเร็วกว่าผู้ป่วยทั่วไป
- กังวลเรื่องความรู้สึกของญาติ มีความสงสารเห็นใจครอบครัวผู้ป่วย
- ไม่ทราบวิธีช่วยเหลือพ่อแม่ และญาติผู้ป่วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อย
- การให้ยาบรรเทาปวด บางครั้งไม่ได้ผล
- ต้องระมัดระวังการพูดจาที่มีผลต่อจิตใจ เพราะจะสร้างความวิตกกังวลและเครียดให้แก่ผู้สูญเสีย

### 2.3 ความยากลำบากของการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) เห็นด้วยว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ยากกว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กทั่วไปในระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยให้เหตุผลในความรู้สึกกังวลใจ ดังนี้

- ครอบครัวผู้ป่วยมักมีปัญหา เช่น ความกลัวในการเจาะเลือด ไม่ยอมรับในการปลดพราก
- พ่อแม่มักจะก้าวร้าว ญาติเรียกร้องมาก และไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรคของเด็ก

#### 2.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.2) มีความรู้สึกไม่มั่นใจในแจ้งข่าวร้าย (diagnosis of a terminal illness) แก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ มีผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นว่าการแจ้งข่าวร้ายกำลังอยู่ระหว่างการบอกรายละเอียดที่จริงและเรอแก้ตัว การบอกข่าวร้ายในช่วงที่ไม่เหมาะสม ญาติอาจไม่ยอมรับ

#### 2.5 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดช่วยฟื้นชีวิต

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.9) มีความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดการช่วยฟื้นชีวิต (no resuscitation) ในกรณีที่เกิด cardiopulmonary arrest มีผู้ตอบแบบสอบถามแนะนำว่าต้องทำให้ญาติเข้าใจและยอมรับสภาพและการดำเนินโรคที่ผ่านมาของผู้ป่วยก่อน และต้องมีการพูดคุยกับทีมงานที่ดูแลรักษาก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลในทิศทางเดียวกัน

#### 2.6 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ ในการสละความสำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.5) ลำบากใจในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเพื่อสละลำดับความสำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ (palliative treatment) ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนให้ความคิดเห็นว่าเหตุผลของความลำบากใจเพราะผู้ปกครองมักต้องการให้ดูแลรักษาให้เต็มที่มากกว่าการเปลี่ยนมาเป็นเน้นคุณภาพชีวิต และเกรงว่าญาติจะรับไม่ได้

#### 2.7 ความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) ไม่มีความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้เหตุผลว่า การให้ยาแก้ปวดจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นและผ่อนคลายที่สุด เป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต สำหรับผู้ที่มีความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดให้เหตุผลว่า ไม่แน่ใจเรื่องขนาด (dose) และชนิดยาที่เหมาะสม ประสพการณ์น้อยกลัวให้ยาแล้วมีผลแทรกซ้อนอื่น

สำหรับรายละเอียดความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะสุดท้ายในหัวข้อต่างๆ สรุปไว้ในตารางที่ 6



**ตารางที่ 6** แสดงค่าร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของแพทย์และพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

คำถามเกี่ยวกับความสนใจและความรู้ สีกที่มีต่อการดูแลรักษา	เห็นด้วย มากที่สุด (ร้อยละ)	เห็นด้วย มาก (ร้อยละ)	เฉย ๆ (ร้อยละ)	เห็นด้วย น้อย (ร้อยละ)	เห็นด้วย น้อยที่สุด (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
2.1 ความสนใจใน palliative treatment สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	15.7	59.9	15.7	5.1	3.6	100
2.2 ความรู้สึกกังวลเป็นพิเศษในการดูแล ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	7.6	45.5	33.3	10.6	3.0	100
2.3 ความยากลำบากของการดูแลผู้ ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	13.1	42.9	26.8	13.6	3.5	100
2.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องแจ้ง ข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ	11.8	37.4	25.1	23.1	2.6	100
2.5 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษ กับญาติผู้ป่วยเรื่องการช่วยฟื้นชีวิต	13.2	44.7	20.8	18.8	2.5	100
2.6 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษา กับผู้ป่วยและญาติ ในการสลับความ สำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้ หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่	6.61	40.9	27.3	21.3	4.0	100
2.7 ความลำบากใจในการให้ธาระจับ ปวคแก่ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	3.5	14.1	28.3	34.8	19.2	100

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก ระยะสุดท้ายระหว่างประชากรในกลุ่มต่างๆ

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามตาม เพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การทำงานและจำนวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ได้ดูแลในแต่ละปี ในหัวข้อต่างๆเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยวิธีทางสถิติ พบความแตกต่างของความคิดเห็นในบางหัวข้อ ระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้

#### 3.1. ความสนใจใน *palliative treatment* สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของความสนใจในด้านอายุ, เพศ, จำนวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ดูแลที่แตกต่างกัน แต่ในอาชีพพบว่าแพทย์มีความสนใจใน *palliative care* น้อยกว่าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.04$ ) ด้านประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยเด็กพบว่าแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยเด็กมาน้อยกว่า 5 ปี มีความสนใจใน *Palliative care* น้อยกว่าแพทย์ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยเด็กมา 5-10 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.014$ ) (ตารางที่ 7, 14)

#### 3.2 การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยเด็กทั่วไป

จากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างในความรู้สึกยากลำบาก หรือกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในการเปรียบเทียบระหว่างประชากรทุกกลุ่มที่ศึกษา (ตารางที่ 8, 9)

#### 3.3 การแจ้งข่าวร้าย

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์และพยาบาลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีความรู้สึกไม่มั่นใจในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 30 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$ ) และพบว่าพยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการแจ้งข่าวร้ายมากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) โดยเฉพาะพยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการแจ้งข่าวร้ายมากกว่าอาจารย์แพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.044$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด รวมทั้งพยาบาลกับแพทย์ประจำบ้าน (ตารางที่ 10, 15)

#### 3.4 การให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดการช่วยฟื้นชีวิต (*No resuscitation*)

จากผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ดูแลและ

ประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยเด็กไม่มีผลต่อความรู้สึกไม่มั่นใจในการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์และพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา แต่พบว่าแพทย์และพยาบาลเพศหญิงมีความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษางดการทำการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์และพยาบาลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.019$ ) อายุเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญอีกประการในเรื่องนี้ โดยพบว่าแพทย์และพยาบาลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์และพยาบาลที่อายุมากกว่า 30 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.049$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) โดยเฉพาะพยาบาลรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติเรื่องการงดช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าอาจารย์แพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.044$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด, อาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดรวมทั้งพยาบาลกับแพทย์ประจำบ้าน (ตารางที่ 11, 16)

### 3.5 การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเพื่อสลับลำดับความสำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ (*palliative treatment*)

จากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างในความรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษาในหัวข้อนี้ในการเปรียบเทียบระหว่างทุกกลุ่มประชากรที่ศึกษา (ตารางที่ 12)

### 3.6 การให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาจากผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างในความรู้สึกลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการเปรียบเทียบระหว่างประชากรทุกกลุ่มที่ศึกษา (ตารางที่ 13)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.1 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วย  
เด็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ

2.1 ความสนใจใน palliative treatment สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบ สอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=197	ชาย	2(1.0)	10(5.1)	6 (3.1)	0	2 (1.0)	0.116
	หญิง	29(14.7)	108 (54.8)	25 (12.7)	10 (5.1)	5 (2.5)	
2.อายุ (ปี) n=197	<30	16(8.1)	72(36.5)	24(12.2)	5(2.5)	4(2.0)	0.184
	>30	15(7.6)	46(23.4)	7(3.6)	4(2.0)	3(1.5)	
3.จำนวนผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=197	<5	21(10.7)	93(47.2)	24 (12.1)	8 (4.1)	4 (2.03)	0.684
	>5	10 (5.1)	25 (12.6)	7 (3.5)	2 (1.0)	3 (1.5)	
4.ประสบการณ์ การทำงาน (ปี) n=197	<5	10 (5.1)	53 (26.9)	19 (9.6)	5 (2.5)	6(3.0)	0.019*
	5-10	12 (6.1)	40 (20.3)	7(3.6)	1(0.5)	1(0.5)	
	>10	9(4.6)	25 (12.7)	5(2.5)	4(2.5)	1(0.0)	
5.อาชีพ n=197	อาจารย์	2(1.0)	13(6.6)	1(0.5)	1(0.5)	2(1.0)	0.022*
	Fellow	3(1.5)	15(7.6)	4(2.0)	1(0.5)	1(0.5)	
	R <sub>1</sub>	0	12(6.1)	7(3.6)	2(1.0)	2(1.0)	
	R <sub>2</sub>	0	9(4.6)	4(2.0)	0	0	
	R <sub>3</sub>	6(3.1)	7(3.6)	4(2.0)	2(1.0)	1(0.5)	
	หัวหน้า หอ	1(0.5)	4(2.0)	0	0	0	
	พยาบาล	19(9.6)	58(29.4)	11(5.6)	4(2.0)	1(0.5)	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.2 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงาน และอาชีพ

2.2 ความรู้สึกกังวลเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=198	ชาย	1(0.5)	7(3.5)	11(5.6)	1(0.5)	0	0.516
	หญิง	14(7.1)	83(41.9)	55 (27.8)	20 (10.1)	6(3.0)	
2.อายุ (ปี) n=198	≤30	7(3.5)	57(28.9)	43(21.7)	11(5.6)	3(1.5)	0.980
	>30	8(4.0)	33(16.7)	22(11.1)	10(5.1)	3(1.5)	
3.จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=197	<5	13(6.6)	70(35.4)	47(23.7)	17(8.6)	4 (2.0)	0.384
	>5	2 (1.0)	20 (10.1)	19(9.6)	4 (2.0)	2 (1.0)	
4.ประสบการณ์การทำงาน(ปี) n=197	<5	15 (2.5)	44 (22.2)	19 (9.6)	5 (2.5)	6(3.0)	0.392
	5-10	6(3.0)	30 (15.2)	18(9.1)	7(3.5)	0	
	>10	4(2.0)	16 (8.1)	17(8.6)	4(2.0)	3(1.5)	
5.อาชีพ n=197	อาจารย์	2(1.0)	6(3.0)	9(4.5)	2(1.0)	0	0.860
	Fellow	0	14(7.1)	6(3.0)	3(1.5)	1(0.5)	
	R <sub>1</sub>	0	12(6.1)	7(3.5)	3(1.5)	1(0.5)	
	R <sub>2</sub>	0	8(4.0)	5(2.5)	0	0	
	R <sub>3</sub>	1(0.5)	8(4.0)	6(3.0)	5(2.5)	0	
	หัวหน้าหอ	1(0.5)	2(1.0)	1(0.5)	1(0.5)	0	
	พยาบาล	11(5.6)	40(20.2)	32(16.2)	7(3.5)	4(2.0)	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านค่อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.3 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็ก  
ระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงานและอาชีพ

2.3 ความยากลำบากของการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=198	ชาย	2(1.0)	11(5.6)	6(3.0)	1(0.5)	0	0.390
	หญิง	24(12.1)	74(37.4)	47(23.7)	26(13.1)	7(3.5)	
2.อายุ (ปี) n=198	≤30	16(8.1)	54(27.3)	33(16.7)	14(7.1)	4(2.0)	0.466
	>30	8(4.0)	31(15.7)	20(10.1)	13(6.6)	3(1.5)	
3.จำนวนผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=198	≤5	20(10.1)	65(32.8)	42(21.2)	19(9.6)	5(2.5)	0.720
	>5	6(3.0)	20 (10.1)	11(5.6)	8(4.0)	2 (1.0)	
4.ประสบการณ์ การทำงาน(ปี) n=197	<5	11(5.6)	43(21.7)	25(12.6)	10(5.1)	4(2.0)	0.345
	5-10	9(4.5)	27(13.6)	17(8.6)	8(4.0)	0	
	>10	6(3.0)	15(7.6)	11(5.6)	9(4.5)	3(1.5)	
5.อาชีพ n=197	อาจารย์	3(1.5)	8(4.0)	7(3.5)	1(0.5)	0	0.297
	Fellow	3(1.5)	13(6.6)	4(2.0)	3(1.5)	1(0.5)	
	R <sub>1</sub>	2(1.0)	12(6.1)	5(2.5)	2(1.0)	2(2.0)	
	R <sub>2</sub>	3(1.5)	8(4.0)	2(1.0)	0	0	
	R <sub>3</sub>	2(1.0)	9(4.5)	5(2.5)	4(2.0)	0	
	หัวหน้า หอ	1(0.5)	2(1.0)	0	2(1.0)	0	
	พยาบาล	12(6.1)	33(16.7)	30(15.2)	15(7.6)	4(2.0)	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านค้อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3



ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.4 ตาม ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็ก  
ระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงานและอาชีพ  
2.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=195	ชาย	1(0.5)	5(2.6)	8(4.1)	5(2.6)	1(0.5)	0.123
	หญิง	22(11.3)	68(34.9)	41(21.0)	40(20.5)	4(2.1)	
2.อายุ (ปี) n=195	≤30	14(7.2)	53(27.2)	31(15.9)	20(10.3)	2(1.0)	0.013*
	>30	9(4.6)	20(10.3)	18(9.2)	25(12.8)	3(1.5)	
3.จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=198	≤5	17(8.7)	56(28.7)	43(22.1)	32(16.4)	1(0.5)	0.407
	>5	6(3.0)	17(8.7)	6(3.1)	13(6.7)	1(0.5)	
4.ประสบการณ์การทำงาน(ปี) n=197	<5	8(4.1)	36(18.5)	30(15.4)	18(9.2)	1(0.5)	0.262
	5-10	10(5.1)	25(12.8)	9(4.6)	14(7.2)	2(1.0)	
	>10	5(2.6)	12(6.2)	10(5.1)	13(6.7)	2(1.0)	
5.อาชีพ n=197	อาจารย์	2(1.0)	2(1.0)	6(3.1)	6(3.1)	3(1.5)	0.005*
	Fellow	0	9(4.6)	10(5.1)	5(2.6)	0	
	R <sub>1</sub>	0	10(5.1)	8(4.1)	4(2.1)	1(0.5)	
	R <sub>2</sub>	3(1.5)	4(2.1)	3(1.5)	3(1.5)	0	
	R <sub>3</sub>	0	5(2.6)	9(4.6)	5(2.6)	1(0.5)	
	หัวหน้าหอ	1(0.5)	2(1.0)	0	2(1.0)	0	
	พยาบาล	17(8.7)	41(21.0)	13(6.7)	20(10.3)	0	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.5 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็ก  
ระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงานและอาชีพ  
2.5 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการช่วยฟื้นชีวิต

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=197	ชาย	0	8(4.1)	4(2.0)	7(3.6)	1(0.5)	0.019*
	หญิง	26(13.2)	80(40.6)	37(18.8)	30(15.2)	4(2.0)	
2.อายุ (ปี) n=197	≤30	17(8.6)	58(29.4)	29(14.7)	14(7.1)	3(1.5)	0.049*
	>30	9(4.6)	30(15.2)	12(6.1)	23(11.7)	2(1.0)	
3.จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=198	≤5	20(10.2)	66(33.5)	36(18.3)	27(13.7)	2(1.0)	0.807
	>5	6(3.0)	22(11.2)	5(2.5)	10(5.1)	3(1.5)	
4.ประสบการณ์การทำงาน(ปี) n=197	<5	11(5.6)	43(21.8)	22(11.2)	14(7.1)	3(1.5)	0.262
	5-10	11(5.6)	28(14.2)	12(6.1)	10(5.1)	0	
	>10	4(2.0)	17(8.6)	7(3.6)	13(6.6)	2(1.0)	
5.อาชีพ n=197	อาจารย์	1(0.5)	4(2.0)	4(2.0)	8(4.1)	2(1.0)	0.005*
	Fellow	4(2.0)	8(4.1)	6(3.0)	5(2.5)	1(0.5)	
	R <sub>1</sub>	0	10(5.1)	7(3.6)	4(2.0)	2(1.0)	
	R <sub>2</sub>	2(1.0)	7(3.6)	3(1.5)	1(0.5)	0	
	R <sub>3</sub>	3(1.5)	6(3.0)	4(2.0)	7(3.6)	0	
	หัวหน้าหอ	1(0.5)	2(1.0)	1(0.5)	1(0.5)	0	
	พยาบาล	15(7.6)	51(25.9)	16(8.1)	11(5.6)	0	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.6 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็ก  
ระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงานและอาชีพ

2.6 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ ในการสลับความสำคัญ  
ของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=198	ชาย	0	10(5.1)	2(1.0)	5(2.5)	2(1.0)	0.874
	หญิง	12(6.1)	71(35.9)	52(26.3)	37(18.7)	6(3.0)	
2.อายุ (ปี) n=198	≤30	6(3.0)	56(28.3)	35(17.7)	21(10.6)	3(1.5)	0.121
	>30	7(3.5)	25(12.6)	19(9.6)	21(10.6)	5(2.5)	
3.จำนวนผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=197	≤5	10(5.1)	62(31.3)	42(21.2)	33(16.7)	4(2.0)	0.685
	>5	3(1.5)	19(9.6)	12(6.1)	9(4.5)	4(2.0)	
4.ประสบการณ์ การทำงาน(ปี) n=198	<5	5(2.5)	44(22.2)	26(13.1)	15(7.6)	3(1.5)	0.311
	5-10	5(2.5)	22(11.1)	16(8.1)	16(8.1)	2(1.0)	
	>10	3(1.5)	15(7.6)	12(6.1)	11(5.6)	3(1.5)	
5.อาชีพ n=198	อาจารย์	1(0.5)	4(2.0)	5(2.5)	6(3.0)	3(1.5)	0.630
	Fellow	2(1.0)	9(4.5)	6(3.0)	5(2.5)	2(1.0)	
	R <sub>1</sub>	0	12(6.1)	7(3.5)	3(1.5)	1(0.5)	
	R <sub>2</sub>	0	9(4.5)	3(1.5)	1(0.5)	0	
	R <sub>3</sub>	0	7(3.5)	6(3.0)	7(3.5)	0	
	หัวหน้า หอ	1(0.5)	0(0.0)	1(0.5)	3(1.5)	0	
	พยาบาล	9(4.5)	40(20.2)	26(13.1)	17(8.6)	2	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านค้อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3



ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.7 ตาม เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยเด็ก  
ระยะสุดท้ายที่ดูแลแต่ละปี ประสบการณ์การทำงานและอาชีพ  
2.7 ความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		มากที่สุด 5 n (%)	มาก 4 n (%)	เฉยๆ 3 n (%)	น้อย 2 n (%)	น้อยที่สุด 1 n (%)	P Value
1.เพศ n=198	ชาย	1(0.5)	5(2.5)	7(3.5)	4(2.0)	3(1.5)	0.094
	หญิง	6(3.0)	23(11.6)	49(24.7)	65(32.8)	35(17.7)	
2.อายุ (ปี) n=198	<30 ปี	2(1.0)	20(10.1)	40(20.2)	41(20.1)	18(9.1)	0.079
	>30 ปี	5(2.5)	8(4.0)	16(8.1)	28(14.1)	20(10.1)	
3.จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คน/ปี) n=198	≤5	5(8.7)	20(28.7)	43(22.1)	54(16.4)	29(0.5)	0.616
	>5	2(3.0)	8(8.7)	13(3.1)	15(6.7)	9(0.5)	
4.ประสบการณ์การทำงาน(ปี) n=198	<5	2(1.0)	17(8.6)	33(16.7)	27(13.6)	14(2.0)	0.078
	5-10	3(1.5)	7(3.5)	14(7.1)	22(11.1)	15(7.6)	
	>10	2(1.0)	4(2.0)	9(4.5)	20(10.1)	9(4.5)	
5.อาชีพ n=198	อาจารย์	1(0.5)	3(1.5)	4(2.0)	6(3.0)	5(2.5)	0.51
	Fellow	0	3(1.5)	9(4.5)	7(3.5)	5(2.5)	
	R <sub>1</sub>	0	9(4.5)	8(4.0)	4(2.0)	2(1.0)	
	R <sub>2</sub>	0	1(0.5)	8(4.0)	3(1.5)	1(0.5)	
	R <sub>3</sub>	2(1.0)	3(1.5)	5(2.5)	7(3.5)	3(1.5)	
	หัวหน้าหอ	1(0.5)	0	1(0.5)	1(0.5)	2(1.0)	
	พยาบาล	3(1.5)	9(4.5)	21(10.6)	41(20.7)	20(10.1)	

Fellow = แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

R<sub>1</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, R<sub>2</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2, R<sub>3</sub> = แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.1 ตามอาชีพและประสบการณ์การทำงาน

2.1 ความสนใจใน palliative treatment สำหรับผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ปัจจัย	N Total = 197	Mean rank	Mann-Whitney U test <i>p value</i>	Dunnet T3 <i>p value</i>
อาชีพ แพทย์ พยาบาล	99	88.7	0.04*	-
	98	109.4		-
ประสบการณ์(ปี) < 5 5 - 10 > 10	93	88.5	0.019*	0.014*
	61	110.4		-
	43	105.6		-

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.4 ตามอาชีพและอายุ

2.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ

ปัจจัย	N Total = 195	Mean rank	Mann-Whitney U test <i>p value</i>
อาชีพ แพทย์ พยาบาล	99	88.4	0.000*
	96	112.0	
อายุ (ปี) ≤ 30 > 30	120	105.6	0.013*
	75	85.8	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบปัจจัยความคิดเห็นต่อแบบสอบถามข้อ 2.5 ตามอาชีพ อายุและเพศ  
2.5 ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วยเรื่องการงดช่วยฟื้นชีวิต

ปัจจัย		N Total = 197	Mean rank	Mann-Whitney U test <i>p value</i>
อาชีพ	แพทย์	99	85.2	0.000*
	พยาบาล	98	112.9	
อายุ (ปี)	≤ 30	121	105.0	0.049*
	> 30	76	88.5	
เพศ	หญิง	177	102.0	0.019*
	ชาย	20	72.2	



## ข. ข้อมูลของผู้ปกครองและผู้ป่วย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยสามารถติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายได้ 20 ใน 25 รายที่เข้าโครงการ ทั้งหมดเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นมารดา 16 คน (ร้อยละ 80) บิดา 4 คน (ร้อยละ 20) ร้อยละ 45 จบการศึกษาตั้งแต่ปริญญาขึ้นไป รายละเอียดของอาชีพ การศึกษา รายได้ แสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงลักษณะจำเพาะของผู้ปกครอง

ลักษณะจำเพาะของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.การศึกษา		
ป.6 หรือน้อยกว่า	5	25
มัธยม 3	3	15
มัธยม 6	3	15
ปริญญาตรี	8	40
ปริญญาโทและสูงกว่า	1	5
2.อาชีพ		
รับราชการ	5	25
พนักงานบริษัท	4	20
ธุรกิจส่วนตัว	6	30
แม่บ้าน	2	10
รับจ้าง	3	15

ตารางที่ 17 แสดงลักษณะจำเพาะของผู้ปกครอง (ต่อ)

ลักษณะจำเพาะของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3.รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว (บาท/เดือน)		
<5,000	3	15
5,000 – 10,000	2	10
10,000 -20,000	3	15
>20,000	12	60

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากแฟ้มประวัติ เก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายได้ 20 จาก 25 รายที่สามารถติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้ปกครองได้ ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็ง เป็นเพศหญิง 7 ราย (ร้อยละ 35) เพศชาย 13 ราย (ร้อยละ 65) ลักษณะการเสียชีวิตเป็นแบบกะทันหัน 1 ราย (ร้อยละ 5) เสียชีวิตแบบเป็นไปตามความคาดหมาย 19 ราย (ร้อยละ 95) มีการรับกลับบ้านก่อนเสียชีวิต 13 ราย (ร้อยละ 65) และไม่ได้กลับบ้าน 7 ราย (ร้อยละ 35) อายุที่เสียชีวิต ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เข้าโครงการ แสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโครงการและเสียชีวิตแล้ว

ลักษณะจำเพาะของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุที่เสียชีวิต		
< 1 ปี	1	5
1-6 ปี	7	35
> 6-12 ปี	5	25
> 12-18 ปี	6	30
> 18 ปี	1	5
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
≤ 1 ปี	9	45
>1-5 ปี	10	50
>5-10 ปี	1	5
> 10 ปี	0	0
3. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ		
< 1 เดือน	13	65
1-12 เดือน	7	35



### 3 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

#### 3.1 ความพึงพอใจทั่วไป (Overall satisfaction)

ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 95) รู้สึกพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ในการดูแลรักษาที่บุตรได้รับจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และส่วนใหญ่รู้สึกพอใจแนวทางการรักษาในโรงพยาบาล แนวทางการรักษาหลังกลับบ้าน และการรักษาเพื่อลดอาการเจ็บป่วยและความปวดที่บุตรได้รับ ร้อยละ 40 ยังรู้สึกไม่พอใจในการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ บางรายแนะนำว่าควรมีแพทย์และเจ้าหน้าที่มาช่วยในด้านนี้ให้มากขึ้น (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายด้านความพึงพอใจทั่วไป (Overall satisfaction)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	มากที่สุด (คน)	มาก (คน)	ปานกลาง (คน)	น้อย (คน)	น้อยที่สุด (คน)	รวม (คน)
1. การดูแลรักษาที่บุตรของท่านได้รับ	2	17	1	-	-	20
2. แนวทางการรักษาของโรงพยาบาลต่อบุตรของท่าน	2	16	2	-	-	20
3. แนวทางการรักษาต่อบุตรของท่านหลังกลับบ้าน	-	18	1	1	-	20
4. การรักษาเพื่อลดอาการเจ็บป่วยและความปวดที่บุตรของท่านได้รับ	-	16	2	2	-	20
5. การช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรของท่านได้รับ	-	9	3	6	2	20
6. การช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่ครอบครัวของท่านได้รับ	-	9	3	7	1	20

#### 3.2 คุณภาพของการให้ข้อมูล (Quality of information) และคุณภาพในการสื่อสาร

##### (Quality of communication)

ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม (มากกว่าร้อยละ 50) รู้สึกว่าคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของบุตร สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับสุขภาพของบุตร รวมทั้งแนวทางการรักษาอื่นๆดีมาก และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รู้สึกว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้พยายามอธิบาย

รายละเอียดต่างๆและตอบคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของโรคและแนวทางการรักษากับตนเองและผู้  
ป่วยอย่างดีมาก (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 แสดงผลการการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายด้าน  
คุณภาพของการให้ข้อมูล (Quality of information) และคุณภาพในการสื่อสาร  
(Quality of communication)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	มากที่สุด (คน)	มาก (คน)	ปาน กลาง (คน)	น้อย (คน)	น้อยที่ สุด (คน)	ไม่ แสดง ความคิด เห็น (คน)	รวม (คน)
7. คุณภาพของข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับ สภาวะการเจ็บป่วยของบุตร	1	11	4	4	-	-	20
8. ข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้น กับสุขภาพของบุตรของท่าน ในอนาคต	1	10	4	5	-	-	20
9. ข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับแนวทางการรักษา วิธีอื่นๆ ที่อาจสามารถรักษาบุตรของท่านได้	-	15	2	3	-	-	20
10. ท่านมีความเข้าใจข้อมูลต่างๆที่ท่านได้รับ มากน้อยเพียงใด	-	12	5	3	-	-	20
11. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับสภาวะ การเจ็บป่วยของตนเอง	-	9	7	1	-	3	20
12. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับ“health wise” ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต	-	10	7	3	-	-	20
13. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับแนวทาง การรักษาอื่นๆที่สามารถรักษาได้	-	12	6	2	-	-	20
14. บุตรของท่านมีความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ มากน้อยเพียงใด	1	8	10	-	-	1	20
15. ผู้ให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจแก่ท่าน	1	12	3	4	-	-	20
16. ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและตอบคำถามของท่าน	-	13	2	4	-	1	20
17. ผู้ให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจแก่บุตรของท่าน	-	10	6	2	-	2	20
18. ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและตอบคำถามแก่บุตร ของท่าน	-	9	6	4	-	1	20

### 3.3 คุณภาพในการทำงานร่วมกัน (Quality of work together)

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) รู้สึกพอใจในการดูแลรักษาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครอง และรู้สึกซาบซึ้งใจในการให้การรักษาของอาจารย์ประจำและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยโลหิตวิทยาของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ รวมถึงแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดและพยาบาล ร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้ตนเองและบุตร ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างมาก ร้อยละ 70 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่สนใจความคิดเห็นของตนเองและบุตรเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและนำไปปฏิบัติ (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเคาะกระดูกไขสันหลังด้านคุณภาพในการทำงานร่วมกัน (Quality of work together)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	มากที่สุด (คน)	มาก (คน)	ปานกลาง (คน)	น้อย (คน)	น้อยที่สุด (คน)	ไม่แสดงความคิดเห็น (คน)	รวม (คน)
19. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองความต้องการของท่าน	2	11	4	1	1	1	20
20. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองความต้องการของบุตรท่าน	2	11	4	1	1	1	20
21. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้ท่านและบุตร ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา	2	14	2	1	-	1	20
22. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่สนใจความคิดเห็นของท่านและบุตรเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและนำไปปฏิบัติ	2	12	3	2	-	1	20



### 3.4 คุณภาพในการดูแลรักษา (Quality of care) และการวางแผนการรักษา (Quality of health plan)

ร้อยละ 75 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่าคุณภาพและเจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการการเจ็บปวดและการเจ็บป่วยต่างแก่บุตรอย่างดีมากและรวดเร็วมาก มีบางคนเสนอว่าในวันหยุดและนอกเวลาราชการแพทย์เวรมาให้การดูแลรักษาล่าช้าแต่ผู้ปกครองก็เข้าใจว่าแพทย์มีจำนวนน้อยในช่วงนอกเวลาราชการและต้องดูแลผู้ป่วยหลายหออผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีผู้ตอบแบบสอบถามหลายคนเสนอว่าการดูแลรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่ได้คุณภาพ ร้อยละ 65 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่าคุณภาพและเจ้าหน้าที่ได้เตรียมการต่างๆ เพื่อให้บุตรของท่านได้มีโอกาสกลับไปรักษาตัวที่บ้านอย่างดีมาก และร้อยละ 40 ของผู้ตอบแบบสอบถามแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้มีการเตรียมพร้อมแก่บุตรของคนในการกลับไปโรงเรียน แต่บางส่วนก็กล่าวว่าที่แพทย์ไม่ได้เตรียมการให้บุตรของคนในการกลับไปโรงเรียนนั้นเพราะผู้ป่วยเองมีอาการหนัก ร้อยละ 75 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกพอใจแนวทางการรักษาที่ท่านได้รับอย่างมากและคิดว่าเหมาะสมกับวัฒนธรรมและแนวความเชื่อทางจิตวิญญาณของตนเอง ผู้ตอบแบบสอบถามบางรายที่บุตรของตนได้เข้าร่วมโครงการทำฝันของเด็กให้เป็นจริง (Wishing well project) บอกว่าตนเองและบุตรมีความประทับใจในโครงการนี้มาก การที่มีโครงการนี้ทำให้บุตรของตนมีความสุขมากและต้องการให้โครงการนี้มีต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กคนอื่นๆ (ตารางที่ 22)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายด้านคุณภาพในการดูแลรักษา (Quality of care) และด้านคุณภาพในการวางแผนการรักษา (Quality of health plan)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	มากที่สุด (คน)	มาก (คน)	ปานกลาง (คน)	น้อย (คน)	น้อยที่สุด (คน)	ไม่แสดงความคิดเห็น (คน)	รวม (คน)
23. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่บุตรของท่าน	1	14	3	2	-	-	20
24. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ แก่บุตรของท่าน	-	15	4	-	1	-	20
25. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการแก่บุตรของท่านด้วยความรวดเร็ว	-	13	5	1	1	-	20
26. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้เตรียมการต่างๆ เพื่อให้บุตรของท่านได้มีโอกาสกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน	3	12	4	1	-	-	20
27. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้มีการเตรียมพร้อมแก่บุตรของท่านในการกลับเข้าโรงเรียน	-	6	8	-	1	5	20
28. แนวทางการรักษาที่ท่านได้รับเหมาะสมกับวัฒนธรรมและแนวความเชื่อทางจิตวิญญาณของท่าน	2	13	4	1	-	-	20

หมายเหตุ ในข้อที่ผู้ปกครองตอบว่าไม่แสดงความคิดเห็น อาจเกิดจากที่ผู้ปกครองตอบว่าไม่รู้ข้อนี้ๆ ผู้ปกครองตอบแทนบุตรหลานไม่ได้ หรือเหตุการณ์ในคำถามที่ถามไม่เกี่ยวกับกรณีของบุตรหลานของพวกเขา เช่น ลูกอายุ 1 ปี ผู้ปกครองจะตอบคำถามข้อที่ 27 ที่ถามว่า “ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้มีการเตรียมพร้อมแก่บุตรของท่านในการกลับเข้าโรงเรียน” ไม่ได้

## บทที่ 5

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### การอภิปรายผลการวิจัย

แม้ว่าการแพทย์ในปัจจุบันจะเจริญรุดหน้าไปมาก โรคภัยหลายโรคในอดีตที่ไม่เคยรักษาได้ก็สามารถรักษาได้ในปัจจุบัน แต่ก็มีโรคหรือภาวะอีกจำนวนหนึ่งที่เรายังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ Palliative treatment จึงเป็นแผนการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งที่มีจุดประสงค์ของการรักษาเพื่อเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของทั้งผู้ป่วยและญาติ

การศึกษานี้ นับเป็นครั้งแรกที่ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของกุมารแพทย์และพยาบาลสาขากุมารเวชศาสตร์เรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งได้มีการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ปกครองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้วด้วย

ผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลมีความสนใจใน Palliative treatment ค่อนข้างมาก โดยร้อยละ 75.6 มีความสนใจในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ยังคงมีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความลำบากในการดูแลมากกว่า ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Khaneja S. และ Milrod B. (5) ที่ทำการศึกษาใน ประเทศสหรัฐอเมริกา และพบว่ากุมารแพทย์ส่วนใหญ่ยังต้องการการสนับสนุนและการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในด้านทักษะการสื่อสาร ทั้งในด้านการแจ้งข่าวร้าย การให้คำปรึกษากับญาติเรื่องการช่วยฟื้นชีวิต ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเพื่อสลบลำดับความสำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาดเป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ แพทย์และพยาบาลประมาณร้อยละ 50 หรือมากกว่า ยังมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการให้คำแนะนำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Contro NA. และคณะ (9) และ Farber NJ และคณะ (5) ซึ่งพบว่าแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา รู้สึกว่าตนขาดทักษะในด้านนี้ แม้จะเคยได้รับการฝึกในการให้การรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้ว

การให้ยาระงับปวดเป็นหัวข้อเดียวในการศึกษานี้ที่พบว่าแพทย์และพยาบาลมีปัญหาค่อนข้างน้อย ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศของ Hilden JM. และคณะ (8) ที่รายงานว่าแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งวิทยาในเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยาระงับปวดที่เพียงพอ และ Contro NA. และ



คณะ (9) ที่รายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังรู้สึกว่าคุณค่าประสบการณ์ในการรักษาอาการปวด

ผลการศึกษาระดับต้นสนับสนุนความจำเป็นในการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อพิจารณาในกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการศึกษาในหัวข้อต่างๆ พบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความสนใจใน palliative treatment โดยแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาน้อยกว่า 5 ปี มีความสนใจใน Palliative treatment น้อยกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมา 5-10 ปี ซึ่งอาจจะเกิดจากที่แพทย์และพยาบาลที่เพิ่งทำงานใหม่ๆ อาจจะยังไม่เคยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากนัก อีกทั้งอาจมีเป้าหมายของการรักษาที่ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยและพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่านั้น

ในการศึกษานี้ อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความมั่นใจในการแจ้งข่าวร้าย พบว่าแพทย์และพยาบาลที่มีอายุ 30 ปีและน้อยกว่ามีความมั่นใจน้อยกว่าแพทย์และพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 30 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะแพทย์และพยาบาลที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ และทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยครองรู้สึกไม่พึงพอใจได้มากกว่า เพราะแพทย์และพยาบาลเองทราบดีว่าข่าวร้ายที่แจ้งนั้นจะนำความทุกข์ ความวิตกกังวลมาให้ผู้ป่วย (13)

ในการศึกษานี้ยังพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการแจ้งข่าวร้าย และความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติเรื่องการงดช่วยฟื้นชีพ โดยพบความแตกต่างเฉพาะพยาบาล และอาจารย์แพทย์ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอาจารย์แพทย์กับแพทย์ประจำบ้านค้อยอดและแพทย์ประจำบ้าน และระหว่างแพทย์ประจำบ้านค้อยอด แพทย์ประจำบ้านกับพยาบาล ความแตกต่างในข้อนี้ น่าจะอธิบายได้จากหน้าที่และบทบาทในการแจ้งข่าวร้าย โดยส่วนใหญ่มักเป็นของแพทย์โดยตรง และโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเข้าร่วมในโครงการฯ มักจะมีอาจารย์แพทย์เป็นผู้ดูแลต่อเนื่อง ส่วนแพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลมักจะผลัดหมุนเวียนกันมาดูแล จึงไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้มากพอที่จะมั่นใจในการแจ้งข่าวร้าย หรือให้คำปรึกษาเรื่องการงดการช่วยฟื้นชีพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลเฉลี่ยต่อปี กับความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เพราะในฐานะแพทย์ประจำบ้าน และพยาบาล อาจได้ดูแลผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย แต่ไม่ได้ดูแลต่อเนื่อง และอาจมีประสบการณ์ไม่มากพอ จึงยังขาดความมั่นใจ

นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์และพยาบาลผู้หญิงมีความรู้สึกลำบากใจมากกว่าแพทย์และพยาบาลผู้ชายในการให้คำปรึกษาเรื่องการงดช่วยฟื้นชีพ แต่เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่มีพยาบาลที่เป็นเพศชายเลย เพราะฉะนั้นการที่พยาบาลมีความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติเรื่องการงดช่วยฟื้นชีพมากกว่าอาจารย์แพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่าเป็นผลจากความแตกต่างทางอาชีพ หรือเป็นผลจากปัจจัยทางด้านเพศด้วย

ในด้านความคิดเห็นของผู้ปกครอง การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ปกครองยังไม่พอใจในการสื่อสารเกี่ยวกับการรักษาและพยากรณ์ของโรค (10) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตไม่พอใจในกริยาท่าทางของแพทย์และทีมงานในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยในวันสุดท้ายของผู้ป่วย พวกเขาต้องการให้แพทย์สื่อสารกับพวกเขาอย่างเปิดเผย (11) เป็นที่น่ายินดีว่าในการศึกษานี้ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ รวมถึงพอใจในคุณภาพของข้อมูล วิธีการสื่อสารของแพทย์และทีมงานและการวางแผนการรักษา แต่ยังคงพบว่าร้อยละ 40 ไม่พอใจในการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ บางรายแนะนำว่าควรมีแพทย์และเจ้าหน้าที่มาช่วยในด้านนี้ให้มากขึ้น ข้อคิดเห็นที่ได้จากการศึกษานี้ จึงควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพที่ดีขึ้น แม้ว่าการเพิ่มบุคลากรจะเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่การเพิ่มความพึงพอใจในการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอาจทำได้โดยเน้นให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านเห็นความสำคัญของการให้การรักษาประคับประคองทางจิตใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

#### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากในปัจจุบันการแพทย์ไทยคงจะหลีกเลี่ยงการเรียกร้องและการฟ้องร้องที่มากขึ้นจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ การรักษาแบบประคับประคองที่ดีถือว่าเป็นกระบวนการทางการแพทย์แผนใหม่ จากการศึกษาที่น่าเสนอให้เห็นว่าแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนผู้ปกครองก็ยังไม่พอใจในการช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรและครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ ซึ่งน่าจะเป็นข้อมูลที่ควรสนใจและนำมาปรับปรุงการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายการอ้างอิง

1. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิริพิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. หน้า 1-6.
2. อิศรางค์ นุชประยูร. การดูแลรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิริพิพันธุ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. หน้า 199-210.
3. ชานินทร์ อินทรกำธรชัย. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, ชุมนาสวนกระต่าย, บรรณาธิการ. Highlight in clinical medicine. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. หน้า 414-6.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics* 2000;106:351-7.
5. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer EG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:364-72.
6. Khaneja S, Milrod B. Educational needs among pediatricians regarding caring for terminally ill children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:909-14.
7. Vazirani RM, Slavin SJ, Feldman JD. Longitudinal study of pediatric house officers' attitudes toward death and dying. *Crit Care Med* 2000;28:3740-5.
8. Hilden JM, Emanuel EJ, Fairclough DL, Link MP, Foley KM, Clarridge BC, et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology survey. *J Clin Oncol* 2001;19:205-12.
9. Contro NA, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics* 2004;114:1248-52.
10. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:14-9.
11. Harper MB, Wisian NB. Care of bereaved parents. A study of patient satisfaction. *J Reprod Med* 1994;39:80-6.



12. วรารัตน์ สรรพกิจ. ความคิดเห็นของกุมารแพทย์และพยาบาล เรื่อง ขอบเขตการรักษาผู้ป่วยเด็ก [วิทยานิพนธ์หลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบอาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: แพทยสภา; 2541.
13. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. Breaking bad news. ใน: ธานีรินทร์ อินทรกำารชัย, ชุมนมา สวนกระต่าย, บรรณาธิการ. Highlight in clinical medicine. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. หน้า 395-7.
14. กุศล สุนทรธาดา, วรัชย์ ทองไทย. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: 2539, อ้างถึงใน: สิริรัตน์ กิติธรรมรัตน์. ทศนคติของประชาชนในเขตเทศบาลสองพี่น้อง ที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. งานวิจัยหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต ภาควิชาการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2543.
15. สายรุ่ง สมบัติพานิช. การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี. กรุงเทพฯ: 2538. อ้างถึงใน: สิริรัตน์ กิติธรรมรัตน์. ทศนคติของประชาชนในเขตเทศบาลสองพี่น้อง ที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. งานวิจัยหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต ภาควิชาการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2543.
16. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001;29:2332-48.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ 2 สิงหาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านอาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

ดิฉัน พญ.ศรัยอร ธงอินเนตร แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ซึ่งเป็นงานวิจัยในการศึกษาระดับปริญญาโทของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โดยมี รศ.พญ.จิตต์ลัดดา คีโรจนวงศ์ และ รศ.นพ.อิสรางค์ นุชประbour เป็นผู้ควบคุมการวิจัย จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และขอความกรุณาส่งคืนที่ คุณสมจิตร แตนกฐรการ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ภายในวันที่ 19 สิงหาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วยความเคารพอย่างสูง

( พญ.ศรัยอร ธงอินเนตร )

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ 11 สิงหาคม 2549

## เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน หัวหน้าแผนกและพยาบาลวิชาชีพ

ดิฉัน พญ.ศรัยอร รงอินเนตร แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ซึ่งเป็นงานวิจัยในการศึกษาระดับปริญญาโทของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โดยมี รศ.พญ.จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และ รศ.นพ.อิสรางค์ นุชประยูร เป็นผู้ควบคุมการวิจัย จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม และขอความกรุณาส่งคืนภายในวันที่ 30 กันยายน 2548

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ด้วยความเคารพอย่างสูง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
.....  
( พญ.ศรัยอร รงอินเนตร )  
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

### คำชี้แจงและข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษา : “ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์”

โดยทั่วไปแผนการรักษาที่แพทย์เลือกให้กับผู้ป่วย มักจะเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายใหญ่ ๆ ของการรักษาไว้ 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค (Cure disease) และเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากโรคหรือการเจ็บป่วย (Relieve suffering) อย่างไรก็ตามยังมีเป้าหมายที่แตกย่อยไปจากเป้าหมายทั้งสอง คือ แผนการรักษา “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ได้มุ่งเน้นให้หายขาด แต่เป็นการเน้นคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติจนวาระสุดท้าย

การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย

วิธีการคือ เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เข้าโครงการพัฒนาการรักษาเด็กป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 25 ราย ,อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประมาณ 130 ราย และพยาบาล ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประมาณ 60 รายโดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นแพทย์และพยาบาลตอบแบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้าโครงการและเสียชีวิตไปแล้ว ส่วนแบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยคือ การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ท่านจะไม่มีความเสี่ยง ไม่มีค่าใช้จ่ายและไม่ต้องรับผิดชอบ ต่อผลการศึกษาใดๆ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลวิจัยต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ พญ.ศรัยอร ธงอินเนตร ภาควิชากุมารเวช  
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 01 7366470 ซึ่งยินดีให้คำตอบแก่ท่าน  
ทุกเมื่อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อีกครั้งหนึ่ง ณ ที่นี้หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครใน  
การศึกษาวิจัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาวิจัย  
ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก  
เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นแพทย์/พยาบาล ปฏิบัติงานในฝ่ายกุมารเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมศึกษาวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของแพทย์ พยาบาล และผู้  
ปกครองของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้าย ของฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก  
พญ.ศรัยอร ธงอินเนตร ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ  
วิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองสิทธิที่จะ  
บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และการเข้าร่วมโครงการนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลวิจัย  
(หรือข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ตาม  
ที่ผู้วิจัยเห็นสมควร)

ข้าพเจ้าได้มีโอกาสสอบถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้จนเข้าใจรายละเอียดทุกอย่างแล้ว  
ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

ลงชื่อ.....

(แพทย์หญิง ศรัยอร ธงอินเนตร) ผู้วิจัย

วันที่.....

แบบสอบถามความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพในการดูแลรักษา  
ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

Hospital staff perspectives regarding quality of pediatrics palliative care

1. ข้อมูลส่วนตัว

- 1.1 อาชีพ 1.1.1 \_\_\_\_ แพทย์ , ตำแหน่ง : \_\_\_\_ อาจารย์  
\_\_\_\_ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
\_\_\_\_ แพทย์ประจำบ้าน ( \_\_\_\_ ปีที่ 1, \_\_\_\_ ปีที่ 2, \_\_\_\_ ปีที่ 3 )
- 1.1.2 \_\_\_\_ พยาบาล, ตำแหน่ง : \_\_\_\_ หัวหน้าตึก  
\_\_\_\_ พยาบาลวิชาชีพ

1.2 อายุ \_\_\_\_ ปี

1.3 เพศ \_\_\_\_ หญิง, \_\_\_\_ ชาย

1.4 ท่านได้ดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายประมาณ

: \_\_\_\_ 0 คน/ปี, \_\_\_\_ 1-3 คน/ปี, \_\_\_\_ 4-5 คน/ปี, \_\_\_\_ 6-9 คน/ปี, \_\_\_\_  $\geq$  10 คน/ปี

1.5 ระยะเวลาของประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยเด็ก

: \_\_\_\_ < 5 ปี, \_\_\_\_ 5-10 ปี, \_\_\_\_ 10-20 ปี, \_\_\_\_ > 20 ปี

หมายเหตุ : ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาแล้วว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานนัก เช่นเด็กที่ได้รับยารักษามะเร็งด้วยวิธีมาตรฐานแล้วมีโรคกลับซ้ำ ( Relapse )

2 Self assessment of competence in end of life care

( 1 = มากที่สุด , 2 = มาก , 3 = เฉยๆ , 4 = น้อย , 5 = น้อยมาก )

2.1 ท่านมีความสนใจใน Palliative treatment สำหรับ

ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย 1 2 3 4 5

ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

.....  
.....

2.2 ท่านรู้สึกมีความกังวลเป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะ

สุดท้ายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป 1 2 3 4 5

ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

( 1 = มากที่สุด , 2 = มาก , 3 = เฉยๆ , 4 = น้อย , 5 = น้อยมาก )

2.3 ในประสบการณ์ส่วนตัวของท่าน ท่านคิดว่าการดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเด็กยากกว่าการดูแลเด็กป่วยทั่วไป 1 2 3 4 5  
ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

2.4 ท่านรู้สึกไม่มั่นใจกับการแจ้งข่าวร้าย ( diagnosis of a  
terminal illness ) แก่ผู้ป่วยเด็กและญาติ 1 2 3 4 5  
ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

2.5 ท่านรู้สึกลำบากใจกับการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วย  
เรื่องการงดการทำการช่วยฟื้นชีพ ( No resuscitation )  
ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิด Cardiopulmonary arrest 1 2 3 4 5  
ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

2.6 ท่านรู้สึกลำบากใจในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เพื่อ  
สลบลำดับความสำคัญของเป้าหมายจากการรักษาให้หายขาด  
เป็นเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ ( Palliative treatment ) 1 2 3 4 5  
ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้

2.7 ท่านมีความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยระยะ  
สุดท้ายในการดูแลของท่าน 1 2 3 4 5  
ความคิดเห็นหรือตัวอย่างประสบการณ์เกี่ยวกับหัวข้อนี้



### แบบเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

1. Name code ( ชื่อย่อ ) .....
2. Sex : male..... , female.....
3. Age at time of death ..... < 6 mo  
 ..... 6 mo - < 1 yr  
 ..... 1 yr - 6 yr  
 ..... 7 yr - 12 yr  
 ..... 13 yr - 17 yr  
 ..... > 18 yr
4. Child 's diagnosis  
 ..... Oncologic or hematologic  
 ..... Cardiac  
 ..... Congenital  
 ..... Neurological  
 ..... Renal  
 ..... Other ; .....
5. Type of death : ..... Sudden  
 ..... Anticipated
6. Home care received : ..... Yes , ..... No
7. Duration of illness : ..... Hours or days  
 ..... 1 mo -12 mo  
 ..... 1 yr - 5 yr  
 ..... 6 yr - 10 yr  
 ..... 11 yr - 15 yr
8. Duration of being in the project : ..... Hours or days  
 ..... 1 mo -12 mo  
 ..... 1 yr - 5 yr  
 ..... 6 yr - 10 yr  
 ..... 11 yr - 15 yr

## แบบประเมินผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

แบบประเมินชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้เด็กป่วยระยะสุดท้าย  
คำชี้แจง แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 การประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยของเด็กระยะสุดท้ายเกี่ยวกับก ารดูแลรักษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

1. อายุ..... ปี
2. เพศ
  - ชาย
  - หญิง
3. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ปกครอง
  - พ่อแม่
  - พี่น้อง
  - ลูกพี่ลูกน้อง
  - ปู่ย่าตายาย
  - อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. วุฒิทางการศึกษา
  - ต่ำกว่า ป. 6 หรือเทียบเท่า
  - ม.3
  - ม. 6
  - ปริญญาตรี
  - สูงกว่าระดับปริญญาตรี
5. อาชีพ
  - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
  - พนักงานบริษัทเอกชน
  - กิจการส่วนตัว/ค้าขาย
  - นักเรียน นิสิต นักศึกษา
  - แม่บ้าน
  - รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว
  - ต่ำกว่า 5,000

- 5,000 - 10,000
- 10,000 - 20,000
- มากกว่า 20,000

## ตอนที่ 2 การประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

### 1.1 ความพึงพอใจทั่วไป (Overall satisfaction)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลรักษาที่บุตรของท่านได้รับ					
2. แนวทางการรักษาของโรงพยาบาลต่อบุตรของท่าน					
3. แนวทางการรักษาต่อบุตรของท่านหลังกลับบ้าน					
4. การรักษาเพื่อลดอาการเจ็บป่วยและความปวดที่บุตรของท่านได้รับ					
5. การช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่บุตรของท่านได้รับ					
6. การช่วยประคับประคองสภาพจิตใจที่ครอบครัวของท่านได้รับ					

### 1.2 คุณภาพของการให้ข้อมูล (Quality of information)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7. คุณภาพของข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของบุตร					
8. ข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของบุตรของท่านในอนาคต					
9. ข้อมูลที่ท่านได้รับเกี่ยวกับแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ ที่อาจสามารถรักษาบุตรของท่านได้					
10. ท่านมีความเข้าใจข้อมูลต่างๆที่ท่านได้รับอย่างน้อยเพียงใด					
11. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง					



ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับ“health wise” ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต					
13. ข้อมูลที่บุตรของท่านได้รับเกี่ยวกับแนวทางการรักษาอื่นๆที่สามารถรักษาได้					
14. บุตรของท่านมีความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมากน้อยเพียงใด					

### 1.3 คุณภาพในการสื่อสาร (Quality of communication)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15. ผู้ให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจแก่ท่าน					
16. ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและตอบคำถามของท่าน					
17. ผู้ให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจแก่บุตรของท่าน					
18. ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและตอบคำถามแก่บุตรของท่าน					

### 1.4 คุณภาพในการทำงานร่วมกัน (Quality of work together)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองความต้องการของท่าน					
20. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองความต้องการของบุตรท่าน					
21. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้ท่านและบุตรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา					
22. ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่สนใจความคิดเห็นของท่านและบุตรเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและนำไปปฏิบัติ					

## 1.5 คุณภาพในการดูแลรักษา (Quality of care)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่บุตรของท่าน					
24.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ แก่บุตรของท่าน					
25.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการแก่บุตรของท่านด้วยความรวดเร็ว					
26.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้เตรียมการต่างๆ เพื่อให้บุตรของท่านได้มีโอกาสกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน					
27.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้มีการเตรียมพร้อมแก่บุตรของท่านในการกลับเข้าโรงเรียน					

## 1.6 คุณภาพในการวางแผนการรักษา (Quality of health plan)

ความพึงพอใจที่ท่านได้รับ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
28.แนวทางการรักษาที่ท่านได้รับเหมาะสมกับวัฒนธรรมและแนวความเชื่อทางจิตวิญญาณของท่าน					

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รวบรวมความคิดเห็นแบบปลายเปิดของแพทย์และพยาบาลในคำถามแต่ละข้อดังนี้

2.1	ความสนใจใน Palliative Treatment
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสุขที่ทำให้ผู้ป่วยเด็ก สบหวังในสิ่งที่ตนเองอยากได้ในระยะสุดท้ายของชีวิต</li> <li>- ต้องการให้เด็กมีความสุขและได้รับสิ่งที่ปรารถนามากที่สุด</li> <li>- ผู้เป็นแพทย์มีความจำเป็นต้องสนใจเรื่องนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด</li> <li>- ควรสนใจในการให้ความสุขและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย</li> <li>- สนใจเรื่องการช่วยเหลือไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน</li> <li>- ถ้าเป็นผู้ป่วย End of Life แล้ว ควรทำหัตถการเท่าที่จำเป็น ควรคุยกับพ่อแม่ให้ยอมรับให้ได้</li> <li>- เรื่องนี้น่าสนใจมาก เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและไม่ต้องทนเจ็บปวด</li> <li>- ไม่ทราบวิธีการปลอบใจหรือพูดคุยอย่างกับพ่อแม่ผู้ป่วย</li> <li>- ควรมีห้องเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อพ่อแม่หรือผู้ดูแลจะได้อยู่ใกล้ชิด</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องดูแลหลังผู้ป่วย Dead ไปแล้วด้วย เพื่อศึกษาว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างกับครอบครัว</li> <li>- มีความสนใจมาก เพราะจะได้นำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัว อย่างมีมาตรฐาน</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ ควรมีทีมงานเฉพาะกิจ ถ้าให้เจ้าหน้าที่ทั่วไปดูแล จะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร</li> <li>- ผู้ป่วยประเภทนี้น่าสงสาร ควรได้รับความรัก ความเห็นใจ และความอบอุ่นจากผู้ใหญ่</li> <li>- ให้ความสนใจค่อนข้างมาก เพราะผู้ป่วยและญาติมีความเครียดมาก</li> <li>- ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมีมากขึ้น จึงมีความสนใจเพื่อจะได้นำความรู้ไปปฏิบัติ</li> <li>- ต้องมี Ward เฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย</li> <li>- เด็กผู้ป่วยมักจะไม่ว่าต้องตาย แต่บิดามารดาจะมีความรู้สึกรอคอยหรือรำคาญมากกว่าหลายเท่าในการสูญเสียบุตร</li> </ul>



2.2	ความกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสงสารเห็นใจครอบครัวผู้ป่วย</li> <li>- ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นรุนแรง ทำให้การ Approach เป็นไปด้วยความยากลำบาก</li> <li>- รู้สึกกังวลเท่ากับผู้ป่วยทั่วไป แต่ควรเน้นในเรื่อง การประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) มากกว่า และรู้สึกสงสารมากกว่า</li> <li>- จะไม่กังวลถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลตลอด</li> <li>- มีความเครียด ไม่ทราบวิธีช่วยเหลือพ่อ แม่ และญาติผู้ป่วย</li> <li>- เกรงว่าเด็กผู้ป่วยจะไม่เข้าใจอาการของตนเอง</li> <li>- ต้องระมัดระวังการพูดจาที่มีผลต่อจิตใจ เพราะจะสร้างความวิตกกังวลและเครียดให้แก่ผู้ดูแล</li> <li>- ควรมีทีมงานเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้</li> <li>- ไม่กังวลในการดูแล แต่อยากจะได้ดูแลให้เป็นพิเศษ</li> <li>- เด็กไม่ให้ความร่วมมือ</li> <li>- อายุของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย</li> <li>- มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยมาก ทำให้กังวล</li> <li>- ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะหัดหู่ เสรีหมอง</li> <li>- การให้ยาบรรเทาปวด บางครั้งไม่ได้ผล ทำให้กังวลมาก</li> <li>- กังวลเรื่องอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงเร็วกว่าผู้ป่วยทั่วไป</li> <li>- กังวลเรื่องความรู้สึกของญาติ</li> </ul>

2.3	<p style="text-align: center;"><b>ความยากลำบากในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กและครอบครัวมีหลายปัญหา เช่น ความกลัวในการเจาะเลือด ไม่ยอมรับในการพลัดพราก พ่อแม่มักจะก้าวร้าว เป็นต้น</li> <li>- ต้องทำงานเป็นทีม ระหว่าง แพทย์ พยาบาล ครอบครัว และผู้ป่วย</li> <li>- ญาติและบุคคลในครอบครัวไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย</li> <li>- ขาดตรงที่ต้องดูแลเรื่องอารมณ์ และความรู้สึกของครอบครัว</li> <li>- โนเด็กโต การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายจะยากมาก</li> <li>- ขึ้นกับมนุษยสัมพันธ์ของทีมแพทย์</li> <li>- ญาติเรียกร้องมาก และไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรคของเด็ก</li> <li>- การบริหารเรื่องการรักษาไม่ยาก แค่อุบายและประคับประคองจิตใจ</li> <li>- ไม่แน่ใจว่า End of Treatment อยู่ตรงไหน ทำให้การรักษาครั้ง ๆ กลาง ๆ</li> <li>- การ Approach ผู้ป่วยและญาติ ถ้าทำได้ดีจะมีประโยชน์มาก</li> <li>- เด็กมีความเข้าใจและมีประสบการณ์สำหรับความตายน้อย ทำให้ไม่ยอมรับสภาพ มักจะร้องกวน อ่อนบิคารมราคา ซึ่งทำให้บรรยากาศของการดูแลผู้ป่วยมีความเครียดสูง</li> <li>- การดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายไม่ยาก แค่อะเอียดอ่อนกว่า</li> <li>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักจะท้อแท้และสิ้นหวัง จึงต้องใช้ความสามารถมากในการดูแล</li> <li>- เด็กป่วยมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มาก และไม่คอยให้ความร่วมมือ ทำให้เพิ่มภาระงาน</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกเปราะบางและ Sensitive มาก</li> </ul>

2.4	ความรู้สึกรู้สึกในการแจ้งข่าวร้าย
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแจ้งข่าวร้ายต้องทำงานเป็นทีม จะช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจง่าย</li> <li>- การแจ้งข่าวร้ายกำลังอยู่ระหว่างการบอกข้อเท็จจริงและการแก้ตัว การบอกข่าวร้ายในช่วงที่ไม่เหมาะสม ญาติอาจไม่ยอมรับ</li> <li>- ถ้าเป็นคนไข้ที่ดูแลมาตลอด และให้ข้อมูลญาติเป็นระยะ ๆ จะทำให้การแจ้งข่าวร้ายรับง่ายขึ้น</li> <li>- ก่อนแจ้งข่าวร้ายควรสืบว่าญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กแค่ไหน</li> <li>- การแจ้งข่าวร้ายต้องมีทักษะ ท่าทาง และคำพูดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับได้</li> <li>- พยายามควบคุมบทบาทในการบอกความจริงกับผู้ป่วย แต่เมื่อนึกถึงความรู้สึกของครอบครัวทำให้เกิดความวิตกกังวล</li> <li>- รู้สึกเฉย ๆ เพราะญาติต้องได้รับการเตรียมตัว เตรียมใจมาแล้ว</li> <li>- ขึ้นอยู่กับท่าทีและความคาดหวังของญาติผู้ป่วย ถ้าญาติยอมรับ การให้คำปรึกษาก็ไม่ค่อยลำบากใจ</li> <li>- ต้องประเมินจิตใจของผู้ป่วยและญาติก่อน</li> <li>- ควรให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้บอกข่าว</li> </ul>



2.5	ความลำบากใจในการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วย เรื่องการงดการรักษาเพื่อฟื้นชีวิต
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยมากพ่อแม่ไม่ยอมรับ โดยเฉพาะในโรคที่พ่อแม่เพิ่งรับรู้ ส่วนใหญ่จะขอให้ฟื้นชีวิตให้เต็มที่ก่อน</li> <li>- ถ้าป่วยมานานมักจะยอมรับ</li> <li>- บอกความจริงและให้ความเห็นใจ เข้าใจ การรักษาจะง่ายขึ้น</li> <li>- การให้ข้อมูลแก่ญาติ จะทำให้ผู้ปกครองกังวลน้อยลง</li> <li>- ในกรณีอายุน้อยมาก ช่างพูดช่างคุย เป็นลูกหรือหลานคนเดียวในบ้าน ถ้าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหัน ญาติจะไม่พร้อมที่จะรับความตายของเด็ก</li> <li>- หากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมทั้งบิดามารดา ญาติ รู้ข้อมูลรายละเอียดของโรคอย่างคิมาตลอด การให้คำปรึกษาก็ไม่น่าลำบาก</li> <li>- ต้องมีการพูดคุยกับทีมงานที่ดูแลรักษา ก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลในทิศทางเดียวกัน</li> <li>- ถ้าครอบครัวไม่มีความเข้าใจหรือไม่มีสติ การแจ้งเรื่องงดการรักษาก็สร้างความลำบากใจมาก</li> <li>- ต้องทำให้ญาติเข้าใจและยอมรับสภาพและการดำเนิน โรคที่ผ่านมาของผู้ป่วยก่อน</li> </ul>

2.6	<b>ความลำบากใจในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาเพื่อเน้นคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อแพทย์มีความจริงใจ ไม่คำนึงถึงฐานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทำคนจนญาติมั่นใจ และไว้วางใจ การรักษาก็จะเป็นไปตามธรรมชาติจนจบชีวิตลงอย่างสงบ</li> <li>- ผู้ปกครองมักต้องการให้ดูแลรักษาให้เต็มที่มากกว่าการเปลี่ยนมาเป็นเน้นคุณภาพชีวิต</li> <li>- ควรพูดคุยกับทีมงาน เพื่อให้ทิศทางของคำปรึกษาไปทางเดียวกัน</li> <li>- เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติจึงไม่ควรบอกลำบากใจ</li> <li>- มีความลำบากใจในบางครั้ง</li> <li>- เกรงว่าญาติจะรับไม่ได้</li> <li>- ไม่อยากให้ตามใจผู้ป่วยมากจนเป็นเด็กเจ้าอารมณ์ เขาแต่ใจ</li> <li>- ควรหากิจกรรมที่เด็กอยากทำมาให้เด็กตั้งแต่ตอนมีแรง</li> </ul>

2.7	<p><b>ความลำบากใจในการให้ยาระงับปวดแก่เด็กผู้ป่วย</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เห็นด้วยกับการทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดจากโรค</li> <li>- ไม่ลำบากใจ เพราะผู้ป่วยจะได้ไม่ทรมาน ไม่ต้องกลัวติดเชื้อ</li> <li>- ไม่ลำบากใจเพราะจำเป็น ผู้ป่วยจะได้ไม่ทรมาน</li> <li>- ลำบากใจในเรื่องของ Dose ยา และ Duration ที่ให้และบางกรณีไม่แน่ใจว่า Psychogenic pain ร่วมด้วยหรือไม่</li> <li>- ไม่แน่ใจเรื่อง Dose ยา และชนิดยาที่เหมาะสม ประสิทธิภาพน้อยกลัวมี Complication</li> <li>- การให้ยาแก้ปวดจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น จึงไม่รู้สึกลำบากใจ</li> <li>- แพทย์มัก ไม่กล้าให้ แต่ควรทำจะได้ไม่เจ็บปวด</li> <li>- ควรให้ยาระงับปวดเต็มที่ เพื่อผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด</li> <li>- มีความลำบากใจน้อย เพราะการทำให้ผู้ป่วยคลายความเจ็บปวด เป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิต</li> <li>- รู้สึกธรรมดา เพราะผู้ป่วยควรจะได้รับความสะดวกและผ่อนคลายที่สุด</li> <li>- ผู้ป่วยมีสิทธิและสมควรได้รับยาบรรเทาปวด เพื่อความสุขสบาย</li> </ul>



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศรัยอร ธงอินเนตร เกิดวันที่ 18 ตุลาคม 2519 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อปีการศึกษา 2543 หลังจากนั้นเข้ารับราชการเป็นแพทย์ใช้ทุนที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาเดียวกันได้เข้าฝึกฝนในโครงการเพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2546 ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นอาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปัจจุบันเป็นแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย