

อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ
ของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วงษ์เดือน ทองใบใหญ่

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา
จาก มหาวิทยาลัยบูรพา
ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2561

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วงษ์เดือน ทองใบใหญ่ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....*กนกนุช ชื่นเลิศสกุล*.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

.....*เชม*.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.เชมารดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*อัญญาพร ลีหิรัญวงศ์*.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อัญญาพร ลีหิรัญวงศ์)

.....*กนกนุช ชื่นเลิศสกุล*.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

.....*เชม*.....กรรมการ
(ดร.เชมารดี มาสิงบุญ)

.....*ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์*.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....*นุจรี ไชยมงคล*.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ *29* เดือน *สิงหาคม* พ.ศ. *2561*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจเสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ นำมาพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ตลอดจนผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ กรรมการผู้แทนบัณฑิต ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่ายิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ คุณมารยาท สุจิตวรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ศรีอวยวงศ์ และคุณมยุรี ทับทิม ที่กรุณารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล โศกสโรง กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน พยาบาลงานหอผู้ป่วยในทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยระยะประคับประคองทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้กำลังใจในระหว่างการศึกษา จนทำให้ผู้วิจัยสามารถมีความรู้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา คุณสามี และบุตรทั้งสองอันเป็นที่รักยิ่ง ที่ให้การสนับสนุน และคอยให้กำลังใจเมื่อยามที่อดอย และคอยกระตุ้นเตือนให้อดทน และเพียรพยายามเพื่อความสำเร็จ และขอบคุณเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมรุ่น และรุ่นน้องทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าประสบความสำเร็จในการศึกษาในหลักสูตรนี้

วงษ์เดือน ทองใบใหญ่

55920263: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: อาการทุกข์ทรมาน/ ความต้องการการดูแล/ การพยาบาลที่ได้รับ/ ผู้ป่วยระยะประคับประคอง
ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วงษ์เดือน ทองใบใหญ่: อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ
ของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (SYMPTOM DISTRESS, NEEDS OF
CARE, RECEIVED NURSING CARE OF HOSPITALIZED PALLIATIVE CARE PATIENTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, พย.ค., เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N. 87 หน้า.

ปี พ.ศ. 2561.

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย เป็นหัวใจ
สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบครั้งนี้มี
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย
ระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวก เป็นผู้ป่วย
ระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลพบุรีที่มีคุณลักษณะ
ตามกำหนด จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการ
การดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งสามเครื่องมือเท่ากับ .83
และค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76, .77 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
พรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล
และการพยาบาลที่ได้รับ ในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับ 3.40 ($SD = 2.90$), 3.63
($SD = 2.82$) และ 3.74 ($SD = 3.07$) ตามลำดับ และในช่วงก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 0.39 ($SD = 0.60$), 0.42
($SD = 0.68$) และ 0.44 ($SD = 0.71$) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานระหว่างช่วงแรกรับเข้ากับ
ช่วงก่อนกลับบ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.22, p < .001$) ในช่วงแรกรับเข้า มีคะแนน
เฉลี่ยความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.58,$
 $p < .05$) และในช่วงก่อนกลับบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับแตกต่าง
กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.88, p < .01$)

ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล
และการพยาบาลที่ได้รับ ตั้งแต่แรกรับเข้าพักรักษาตัวและก่อนกลับบ้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการ
จัดการเพื่อบรรเทาอาการ ติดตาม ส่งต่อ และสรุปผลการรักษาพยาบาล รวมทั้งการวิจัยต่อยอดด้วย
การทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

55920253: MAJOR: ADULT NURSING ; M. N. S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SYMPTOM DISTRESS/ NEEDS OF CARE/ RECIEVED NURSING CARE/
HOSPITALIZED PALLIATIVE CARE PATIENTS

WONGDUAN THONGBIYAI: SYMPTOM DISTRESS, NEEDS OF CARE,
RECIEVED NURSING CARE OF HOSPITALIZED PALLIATIVE CARE PATIENTS.

ADVISORY COMMITTEE: KANOKNUCH CHUNLESTSKUL, D.N.Sc., KHEMARADEE
MASINGBOON, D.S.N. 87 P. 2018.

The palliative care system to relieve suffering of patients is a significant importance of nursing care for people at end of life. The purpose of this comparative descriptive research was to examine symptom distress, needs of care, and received nursing care of hospitalized palliative patients. A convenience sampling was used to recruit 90 participants who were palliative illness in a community hospital, Lopburi province. Research instruments included the interviews of symptom distress, needs of care, and received nursing care. Their Content Validity Indices of all 3 interviews were .83 equally; and their Cronbach's alpha reliabilities were .76 .77 and .75, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic and paired t-test.

The results revealed that during admission period, the total mean scores of symptom distress, needs of care, and received nursing care were 3.40 ($SD = 2.90$), 3.63 ($SD = 2.82$), and 3.74 ($SD = 3.07$), respectively, and for before discharge were 0.39 ($SD = 0.60$), 0.42 ($SD = 0.68$), and 0.44 ($SD = 0.71$), respective. The total mean scores of symptom between admission period and before discharge were significantly different ($t = 23.22, p < .001$). During admission period, the total mean scores between needs and receiving of nursing care were significant different ($t = -2.58, p < .05$). For before discharge, the total mean scores between needs and receiving of nursing care were also significant different ($t = -2.88, p < .01$).

These findings suggest that nurse should evaluate symptom distress, needs of care, and received nursing care since the beginning at the admission period, and also before discharge. Its information could be further use for symptom management, monitoring, referring, and nursing outcome summarizing. In addition, a qualitative approach study would be employed to develop the best practice guideline.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง.....	9
อาการทุกข์ทรมาน.....	12
แนวคิดการจัดการอาการ.....	18
ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง.....	20
การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง.....	24
แนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการ เพื่อให้การสนับสนุน.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
สถานที่ศึกษา.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	35

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	39
4 ผลการวิจัย.....	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
5 สรุปและอภิปรายผล.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	55
การอภิปรายผล.....	56
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	62
บรรณานุกรม.....	65
ภาคผนวก.....	71
ภาคผนวก ก	72
ภาคผนวก ข	74
ภาคผนวก ค	76
ภาคผนวก ง	81
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	87

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 41
2	ระดับความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานรายอาการและโดยรวม ในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล..... 44
3	ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รายอาการและโดยรวม..... 47
4	ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้าน รายอาการและโดยรวม..... 49
5	เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล..... 52
6	เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล..... 52
7	เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล..... 53

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ (Revised symptom management conceptual model)..	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคคุกคามชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เมื่อพยาธิสภาพของความเจ็บป่วยมีความก้าวหน้ารุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเป็นอุปสรรคต่อการจากไปอย่างสงบ (World Health Organization [WHO], 2012)

สถิติผู้ป่วยระยะประคับประคองของ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 คนไทยเสียชีวิตจาก โรคมะเร็ง 63,272 คน อีกทั้งยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคระเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคเอดส์ จำนวนมากกว่า 4 ล้านคน (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตปัจจุบัน ทำให้คนไทยมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และโรคระเร็งอื่นที่จะนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองเพิ่มสูงขึ้น

สืบเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในภาวะที่ยังมีชีวิตอยู่ก่อนเวลาแห่งการจากไปจะมาถึง (กวีวัฒน์ วีรกุล, 2554; พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์, 2557; The Canadian Hospice Palliative Care Association, 2014; WHO, 2012) โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และบรรเทาภาวะความทุกข์ทรมานดังกล่าว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัยพบโรคจบจนวาระสุดท้าย กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองให้เหมาะกับบริบทระบบบริการสุขภาพ และสังคมไทย อย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมกับดำเนินการอบรมบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ทั่วประเทศ เพื่อถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคระเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยให้คนไทยได้รับการดูแลรักษาในระดับที่เป็นมาตรฐานสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคุณเองได้มีโอกาสใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ

ก่อนเวลาที่จะต้องจากไปจะมาถึง (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยและใกล้เสียชีวิต การเผชิญกับอาการทุกข์ทรมาน (Symptoms distress) เป็นสถานการณ์ที่เลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยระยะประคับประคองจะรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ถูกคุกคามจากอาการทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นหลายอาการร่วมกัน (Dodd et al., 2001; Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อการดำเนินของโรค มีความก้าวหน้า และอาการทุกข์ทรมานรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์ และการทำหน้าที่บทบาททางสังคมของผู้ป่วย ประกอบกับ ในช่วงที่ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีสุขภาพเสื่อมถอยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเกิดผลกระทบ ที่ตามมาเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยอาจมีความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ที่อาจนำไปสู่การปฏิเสธ การรักษาหรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเป็นไป อย่างไม่มีประสิทธิภาพยุ่งยากซับซ้อน ทำให้อาการและความทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญอยู่รุนแรง มากยิ่งขึ้นอีก

จากความจริงที่ว่า การวินิจฉัยอาการ และความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ระยะประคับประคองตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล เพื่อบรรเทาอาการได้ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยอาการและความรุนแรง ของอาการทุกข์ทรมาน จะเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการตัดสินใจให้การป้องกันอาการ ทุกข์ทรมาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตไปกับการอยู่กับความทุกข์ ทรมานและการจัดการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นต้องเผชิญเหล่านั้น หากแต่ยังมี ช่วงเวลาใช้ชีวิตที่เหลือ เพื่อทำภารกิจหรือชำระปมปัญหาที่ค้างค้ำง เดิมเต็มคุณค่า ศักดิ์ศรี และเป้าหมายชีวิตให้บรรลุได้ทันกับเวลาที่มืออยู่อย่างจำกัด (WHO, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีทั้งรายงานการศึกษาอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยเป็นการสำรวจความถี่ และระดับความรุนแรงของอาการ ทุกข์ทรมานที่เป็นการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เช่น การสำรวจอุบัติการณ์อาการทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยระยะประคับประคองขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Sigurdurdottir & Haugen, 2008) และเป็นการศึกษาความทุกข์ทรมานเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะตำแหน่งที่ได้รับการรักษา เช่น ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับยาเคมีบำบัด (บุญทิวา สุวิทย์, 2558)

ในขณะที่มีงานวิจัยศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.7 ไม่ต้องการให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานก่อนสิ้นชีวิต (สิทธาร์ตัน สมักรสมาน, 2550) ส่วนการศึกษาอาการทุกข์ทรมาน และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความต้องการการดูแล

เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการที่เป็นอยู่อยู่ในระดับมาก (ศรีรัตน์ มากมาย, 2556) ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยระยะประคับประคองยังประสบกับอาการทุกข์ทรมาน และยังไม่ได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานในระดับที่ตรงกับความต้องการ อีกทั้งยังสะท้อนว่าการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเฉพาะตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจอย่างแยกส่วน ทำให้ข้อค้นพบดังกล่าวมีความจำกัดในการทำความเข้าใจสถานการณ์อาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคองว่าอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับก่อนกลับบ้าน มีความแตกต่างกันหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานแตกต่างจากความต้องการได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ ทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อจะได้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานชี้นำการพัฒนาการพยาบาลเพื่อการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคองทั้งในช่วงแรกรับเข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้านให้ตรงกับระดับความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังจะได้รับ

โดยผู้วิจัยมีความเชื่อตามทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-environment-fit) (Caplan, 1987) ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้ว่า ในกรณีที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยให้อาการทุกข์ทรมานบรรเทาลงได้ ผู้ป่วยก็จะมีคามพึงพอใจต่อบริการการดูแลที่ได้รับ ในทางตรงข้ามหากพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถช่วยให้อาการทุกข์ทรมานบรรเทาลง ผู้ป่วยก็อาจเกิดความผิดหวัง ไม่พอใจ ซึ่งความผิดหวัง ไม่พอใจที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และย้อนกลับไปเสริมความทุกข์ทรมานให้เพิ่มสูงขึ้นตามมาได้

ที่สำคัญในบริบทการรักษาพยาบาลปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นเรื่องการประกันคุณภาพการรักษา ด้วยการปรับปรุงบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมนั้น ได้ผลักดันให้เกิดนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทันทีที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เพื่อลดจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง (เกษิณี เพชรศรี, นงนุช บุญยัง และนที เกื้อกูลกิจการ, 2549; Chamberlin, Laude, Rolland, Langer, & Saillant, 1997) ผู้ป่วยระยะประคับประคองจึงมักได้รับการดูแลในลักษณะคนไข้ในเพียงระยะสั้นเพื่อบรรเทาอาการรุนแรงที่ถูกเงินวิกฤติเท่านั้น กล่าวคือ เมื่ออาการต่าง ๆ ทุเลาลง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ซึ่งทำให้การวัด และประเมินอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากจะมีความสำคัญช่วยยืนยันประสิทธิผลของการรักษา และช่วยให้บุคลากร

ทราบว่าผู้ป่วยยังต้องกลับไปเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานอะไรบ้าง ในระดับใด เพื่อจะได้เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลตนเอง และการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออยู่ในชุมชนของผู้ป่วยต่อไป

อนึ่ง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของไทย ได้เริ่มต้นมาประมาณ 10 ปี ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวิราลงกรณ์ รัชโยธิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลเลิดสิน และ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษายากและมีความซับซ้อน (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีโครงสร้างการบริหาร และการบริการที่เล็กกว่า และมีจำนวนถึง 720 แห่ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของโรงพยาบาลในระดับชุมชนยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีการจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างแยกส่วน รวมทั้งยังไม่มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะ (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผู้ป่วยระยะประคับประคองจะนอนพักในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแตกต่างจากโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง

ผู้วิจัย จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลระดับชุมชน ทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและในช่วงก่อนกลับบ้าน พร้อมทั้งเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกได้รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้าน โดยคาดหวังว่าข้อค้นพบจากการวิจัยจะช่วยให้ได้ข้อมูลย้อนกลับให้พยาบาล บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารใช้ประกอบการประเมินผลการดูแลของตนเอง และประกอบการตัดสินใจพัฒนาระบบการดูแล ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เกิดความรู้สึกพอใจกับการบริการ ส่งผลบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานและสุขภาพโดยรวมของตัวผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะก่อนกลับบ้านเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยออกไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สมมติฐานของการวิจัย

1. ในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของอาการทุกข์ทรมานแตกต่างจากช่วงก่อนกลับบ้าน
2. ในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลแตกต่างจากการพยาบาลที่ได้รับ
3. ในช่วงก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลแตกต่างจากการพยาบาลที่ได้รับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สืบเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการรับรู้อาการ (The perception of symptom) (Dodd et al., 2001) แบบการวัดอาการ Edmonton (The Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS]) (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) และแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่าง

ความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

โดยแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการ เพื่อให้การสนับสนุนจะเป็นโครงสร้างหลักของกรอบการวิจัยนำไปสู่การกำหนดสมมติฐาน เทียบเคียงเป็นตัวแปรความต้องการการดูแล และตัวแปรการพยาบาลที่ได้รับ ส่วนแนวคิดการรับรู้ อาการ และแนวคิดอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคองจะเป็นโครงสร้างย่อยของคุณลักษณะตัวแปรทุกข์ทรมานที่ช่วยนำไปสู่เนื้อหาของข้อความเพื่อสร้างเป็นเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทั้งทฤษฎีและแนวคิดข้างต้นจะเป็นฐานประกอบการวิเคราะห์การอภิปรายผลข้อค้นพบจากการวิจัยร่วมด้วย ดังรายละเอียดสังเขปต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987) เป็นการแสดงความสัมพันธ์เชิงความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยเทียบเคียง “ความต้องการ” ของทฤษฎีเป็น “ความต้องการการดูแล” ส่วน “การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการ” ของทฤษฎีเป็น “การพยาบาลที่ได้รับ”

กรณีที่มีความต้องการการดูแลตรงกับพยาบาลที่ได้รับก็จะนำไปสู่ภาวะพึงพอใจ (Satisfy) ในทางตรงกันข้ามหากความต้องการการดูแลไม่ตรงกับพยาบาลที่ได้รับก็จะนำไปสู่ภาวะไม่พึงพอใจ (Unsatisfied) อ่อนล้า (Strain) และเจ็บป่วย (Illness) ตามมา (Caplan, 1987)

2. แนวคิดการรับรู้อาการ (The perception of symptom) บุคคลเป็นผู้รับรู้ และประเมินว่าอาการทุกข์ทรมานเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด โดยอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกัน ส่งผลให้การรักษายบรรเทาควบคุมอาการทุกข์ทรมานเป็นไปอย่างยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากยิ่งขึ้นได้ ซึ่งบุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน จนกว่าอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป (Dodd et al., 2001) ในการวิจัยนี้ได้เลือกศึกษาระดับความรุนแรง (Intensity or Severity) เพื่อบอกถึงปริมาณความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อยเท่าใด โดยให้บุคคลเป็นผู้ตอบตามมุมมองของตนเอง

3. แบบการวัดอาการEdmonton (The Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS]) (Bruera et al., 1991) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้อาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) อาการปวด 2) หายใจเหนื่อย/ หายใจลำบาก 3) เบื่ออาหาร 4) คลื่นไส้/ อาเจียน 5) ท้องผูก 6) อ่อนเพลีย/ เมื่อยล้า/ ไม่มีแรง 7) วิตกกังวล 8) ซึมเศร้า 9) กระวนกระวาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย และออกแบบโครงสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบสัมภาษณ์) ตามการรับรู้ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยอิงโครงสร้างแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการ การจัดหาเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) ในลักษณะของการใช้มิติข้อความที่ตรงกัน (Commensurate dimension) (Caplan, 1987) กล่าวคือ แต่ละข้อความที่อยู่ภายใต้โครงสร้างความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ โดยมีสาระเนื้อหาของอาการทุกข์ทรมาน และมาตรวัดความรุนแรงเดียวกันแบบคู่ขนาน เพื่อวัดทั้งความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการบูรณาการร่วมของอาการทุกข์ทรมาน และความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจัดทำเป็น “แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล” ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลของวิจัยนี้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) เพื่อศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ และ เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยระยะประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์เขียนคำวินิจฉัยในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (โดยมีลักษณะการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรคคุกคาม เรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว และลุกลามสู่ระยะรุนแรง หรือกำลังเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง)

อาการทุกข์ทรมาน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยระยะประคับประคองถึงระดับ ความรุนแรงของอาการที่ร่างกายถูกคุกคาม เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการปวด หายใจ ลำบาก/ หายใจเหนื่อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้/ อาเจียน ท้องอืด/ แน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย/ เมื่อยล้า/ ไม่มีแรง วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัว สิ้นหวัง กระวนกระวาย ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์อาการ ทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้า พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยคัดแปลงจากเครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ที่พัฒนาจาก Eduardo bruera (Bruera et al., 1991)

ความต้องการการดูแล หมายถึง ความคาดหวังของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่จะ ได้รับการช่วยเหลือเพื่อจัดหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ประเมิน โดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างในแบบสัมภาษณ์อาการ ทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้า พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยคัดแปลงอิงแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการ กับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987)

การพยาบาลที่ได้รับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยระยะประคับประคองถึงการดูแล/ การพยาบาลที่ได้รับเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้าน ร่างกายและด้านจิตใจ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ โครงสร้างในแบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ ของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยคัดแปลงอิงแนวคิดทฤษฎี ความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987)

ช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงระแวงเวลานับตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก

ช่วงก่อนกลับบ้าน หมายถึง ช่วงระแวงเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง เข้าพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 4 วัน และแพทย์เขียนระบุอนุญาตในแฟ้มประวัติ ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้านได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อบรรยายถึงอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้าน และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ วิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ โดยลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

- 1.1 ความหมายและเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคอง
- 1.2 ความหมายและเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง
- 1.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่

เก็บข้อมูล

2. อาการทุกข์ทรมาน

- 2.1 ความหมายของอาการทุกข์ทรมานและอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย
- 2.2 ผลกระทบจากอาการทุกข์ทรมาน
- 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทุกข์ทรมาน

3. แนวคิดการจัดการอาการ

4. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

5. การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

6. แนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้

การสนับสนุน

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง

1. ความหมายและเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคอง องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามผู้ป่วยระยะประคับประคองว่าเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรค

มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (WHO, 2012)

สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรีย์ ภาระ โข และสุวิริยา สุวรรณ โคตร (2556) กล่าวถึงผู้ป่วยระยะประคับประคองว่า เป็นผู้ป่วยที่มีสภาวะเจ็บป่วย ดังนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง (Advanced cancer) ที่มะเร็งลุกลามไปตามอวัยวะต่าง ๆ และผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ไม่สามารถให้การรักษาให้หายได้ เนื่องจากโรคคือต่อการรักษาที่มีอยู่หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทรุดโทรม มีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถทนต่อการรักษามะเร็งได้

2. ภาวะความเจ็บป่วยที่การทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว (End-stage organ failure) ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure) โรคไตวาย (Renal failure) โรคตับวาย (Liver failure) โรคหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

3. ภาวะความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Chronic disease and no longer responding to active treatment) ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Congestive heart failure) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของไตวายเรื้อรัง (Diabetic chronic kidney disease)

โดยในการวิจัยครั้งนี้ แพทย์เจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลเป็นผู้ให้การวินิจฉัยสภาวะความเจ็บป่วยระยะประคับประคองด้วยการอิงเกณฑ์สมาคมระหว่างประเทศเพื่อการดูแลแบบฮอสปิสและระยะประคับประคอง คือ เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค (Active) รุนแรงขึ้น (Progressive) และมีการลุกลามสู่ระยะรุนแรง (Far-advanced) ผู้ป่วยมีอายุมีชีวิตรอดได้นานไม่เกิน 1 ปี (Liliana et al., 2002)

2. ความหมายและเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการป้องกัน ควบคุม บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ให้มีความสุขสบายขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยจะได้รับการเคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และจะให้การดูแลครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Palliative Care Australia, 2001; The Canadian Hospice Palliative Care Association, 2014; WHO, 2012)

การดูแลแบบประคับประคองจึงให้ความสำคัญกับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญหาทางด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเจ็บป่วยในระยะท้าย (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2548) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี

ของความเป็นมนุษย์ ปราศจากความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (นิรชา อัครวีรากุล, ภักคพงษ์ วงศ์คำ และฉิราพร พ่วงโพธิ์, 2556; สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ, 2556) เพื่อสนับสนุนกระบวนการของการตายในลักษณะที่เรียกว่า ตายดี (Good death) (พิบูล นันทชัยพันธ์ และประทุม ศรีอวยวงศ์, 2557)

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล
แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล
ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งให้การดูแลแบบองค์รวม และมุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน โดยมีแพทย์ เป็นหัวหน้าทีม และเป็นผู้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยอยู่ในระยะประคับประคอง พร้อมทั้งเป็นผู้ให้การคาดการณ์การดำเนินของโรค การตรวจวินิจฉัยที่เป็นปัจจุบัน ส่งการรักษาการควบคุมอาการ ด้วยการเขียนคำว่า Palliative care ที่ใบคำสั่งการรักษาและใบบันทึกความก้าวหน้า (Medical order & progress note) รวมทั้งเป็นผู้สื่อสารกับผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติ รับรู้สถานะและความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย ตลอดจนแพทย์จะเป็นผู้ที่เขียนคำว่า Palliative care ที่ใบสรุปการเข้าพักรักษาตัวโรงพยาบาล (งานพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2558)

ส่วนพยาบาล มีหน้าที่ในการประเมินอาการ และให้การพยาบาลเพื่อความสบาย การจัดการความปวด ควบคุมอาการทุกข์ทรมานอื่นตามแผนการรักษาของแพทย์ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลด้านร่างกาย ให้คำแนะนำการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และการดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรมลงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ตลอดจนให้การดูแลครอบครัวในระยะเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย และประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล เฉพาะจากนักโภชนาการ เกษัชกร นักสุขภาพจิต กลุ่มเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน เป็นต้น

โดยการดำเนินงาน มีแบบฟอร์มที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง คือ 1) แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยระยะประคับประคองฉบับสวนดอก 2) แบบรายงานการให้บริการผู้ป่วยระยะประคับประคอง 3) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำแนกตามปีงบประมาณ 4) แบบส่งต่อข้อมูลรายเดือนเพื่อรายงานตามตัวชี้วัด และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

อาการทุกข์ทรมาน

1. ความหมายของอาการทุกข์ทรมาน และอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย

อาการทุกข์ทรมาน (Symptoms distress) เป็นผลรวมหรือภาพรวมทั้งหมดของความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสภาวะของอาการทุกข์ทรมาน (Symptom status) ที่ปรากฏขณะหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอาการ (Symptom experience) และกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งจากโมเดลการจัดการอาการ สามารถเทียบเคียงได้ว่า ประสบการณ์อาการทุกข์ทรมาน (Symptoms distress experience) เกิดจากปฏิสัมพันธ์ย่อยระหว่างการรับรู้อาการทุกข์ทรมาน (Perception of distress symptoms) การประเมินอาการทุกข์ทรมาน (Evaluation of distress symptoms) และการตอบสนองต่ออาการทุกข์ทรมาน (Response to distress symptoms) (Dodd et al., 2001)

โดยความทุกข์ทรมาน หมายถึง ผลของความเครียด และอารมณ์ในด้านลบ (Ponte, 1992) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่บุคคลกำลังประสบกับอาการต่าง ๆ ทั้งมีดีร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น ความรู้สึกไม่สบายจากความปวด หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การขับถ่ายผิดปกติ วิตกกังวล คับข้องใจ กลัว ซึมเศร้า (McCorkel & Young, 1978; Rhodes & Watson, 1987; Haberman, 1996) ทั้งนี้อาการที่ปรากฏ (Symptom occurrence) จะแสดงให้เห็นได้ในลักษณะของความถี่ ระดับความรุนแรง และความยาวนานของความต่อเนื่อง (Cooley, Short, & Moriarty, 2002)

ที่สำคัญ อาการทุกข์ทรมานแต่ละอาการอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกัน กล่าวคือ เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมาได้ ในลักษณะของกลุ่มอาการ กล่าวคือ อาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาการหนึ่ง ๆ อาจเป็นเหตุทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ตามมา และการเกิดอาการทุกข์ทรมานหลายอาการพร้อมกัน ทำให้ผลรวมของความทุกข์ทรมานเพิ่มสูงขึ้น มากกว่าผลของแต่ละอาการรวมกัน ส่งผลให้ การรักษามรรเทาควบคุมอาการทุกข์ทรมานเป็นไปอย่างยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Lenz et al., 1997) นอกจากนี้ในการรับรู้อาการทุกข์ทรมาน พบว่า เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล และลักษณะธรรมชาติของอาการความผิดปกตินั้น ๆ โดยภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น บุคคลจะประเมินลักษณะอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแต่ละอาการ 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง ความถี่ของอาการ (Intensity, strength or severity and frequency) ตำแหน่งที่เกิดสาเหตุ และการรักษา (Location, cause and treatability) รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น (Affective impact) (Dodd et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เนื่องจากการดำเนินโรค เมื่อการดำเนินของโรคมกเกินกว่าที่จะรักษาได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ยังมีอาการทุกข์ทรมานเกิดขึ้นมากเท่าใด ยิ่งเพิ่มความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น (Thong et al., 2009)

อาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิดความทุกข์ทรมานได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอนหลับ สิ้นใจ วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต (กิติกร นิลมานัต, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003) มีรายละเอียด ดังนี้

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 34-96 (Solano, Gomes, & Higginson, 2006) ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวดจากการมีแผล ปวดตามอวัยวะต่าง ๆ ที่โรคแพร่กระจายไปปวดกระดูก ฯลฯ ซึ่งความปวดเป็นอาการที่พบบ่อย และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยอย่างมาก บางครั้งผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากจนกระทั่งผู้ใกล้ชิดเองก็มีความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมไปกับผู้ป่วยด้วย เนื่องจากเห็นบุคคลอันเป็นที่รักต้องเจ็บปวดทรมาน (Berry, 2007)

อาการหายใจลำบากพบได้ประมาณร้อยละ 39-61 (Reddy, Parsons, Elsayem, Palmer, & Bruera, 2009) ผู้ป่วยอาจมีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก และมักมีเมือก และเสมหะในลำคอในปริมาณมาก ทำให้หายใจไม่เต็มปอด และอาจเหนื่อยมากขึ้นเมื่อต้องการพูดคุยกับญาติหรือบุคคลอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งจากอาการเหนื่อยหอบ และทุกข์ใจที่ไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนได้มากนัก (กิติกร นิลมานัต, 2555; National Comprehensive Cancer Network, 2003)

อาการเบื่ออาหารพบได้ประมาณร้อยละ 34 (Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003) ผู้ป่วยจะไม่อยากรับประทานอาหาร และน้ำ ทำให้ขาดความสดชื่น และความสุขในชีวิต หากเกิดเป็นเวลานานจะทำให้น้ำหนักตัวลด ภูมิคุ้มกันลดลง ไม่มีแรง และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

อาการท้องผูกพบได้ประมาณร้อยละ 32 (Potter, Bryan, & Quigley, 2003) ผู้ป่วยมักแน่นอึดอัดท้อง ไม่สุขสบาย และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย

อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผู้ป่วยจะรู้สึกเพลีย และมักมีอาการอ่อนล้าของแขน ขาไม่ค่อยมีแรงในการยกหรือเคลื่อนไหวร่างกายส่วนต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้ตามปกติ

อาการผิดปกติในการนอน ผู้ป่วยมักจะมีช่วงเวลากการนอนยาวนานขึ้น และปลุกตื่นยาก หรืออาจนอนไม่หลับจากอาการทางกาย และภาวะทางจิตใจ เช่น ปวด เกรียด กลัว วิตกกังวล ฯลฯ

อาการสับสนพบได้ประมาณร้อยละ 28-83 (Casaret & Inouye, 2001) ผู้ป่วยหลายราย จะมีอาการสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ บุคคล หรือระดับการรู้สติลดน้อยลงไป การสื่อสาร โดยการพูดคุยจะค่อย ๆ ลดลง หรืออาจกระสับ กระส่าย พักผ่อนไม่ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ความทุกข์ทรมานให้กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล เนื่องจากอาการสับสนจะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในเรื่องของการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่สมบูรณ์ (กิติกร นิลมานัต, 2555)

อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต ผู้ป่วยอาจแสดงอาการลูกถี่ลูกกลน เกรียด หงุดหงิด กลัวที่จะอยู่คนเดียวในเวลากลางคืน บางครั้งซึมเศร้า ไม่อยากพูดจากับใคร หรือพูดถึง ชีวิตตนเองว่าคงไม่มีหวังที่จะหายขาดจากโรค ต้องทนทุกข์ทรมานไปจนตาย ทั้งนี้เมื่อใจเป็นทุกข์ ย่อมทำให้ร่างกายเสื่อมทรุดลง และฟื้นตัวได้ช้า (พระไพศาล วิสาโล, 2554)

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการสำรวจความชุกของอาการทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ดังนี้

อาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคองมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ไปจนกระทั่งรุนแรง ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เมื่ออาหาร ท้องผูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; กิติกร นิลมานัต, 2555; พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม ศรีอวยวงศ์, 2557; สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ, 2556) ซึ่งนอกจากจะทำให้ทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณแล้วก็ยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

สำรวจความชุกของอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในหอผู้ป่วยใน ของต่างประเทศ พบรายงานอาการหายใจลำบากมากที่สุด ร้อยละ 70 ไม่สบายกาย พบร้อยละ 70 อาการอื่น ๆ ที่รายงาน ได้แก่ อาการปากแห้ง พบร้อยละ 58 เมื่อยล้า พบร้อยละ 56 ภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 41 วิตกกังวล พบร้อยละ 37 อาการปวด พบร้อยละ 30 และความเจ็บปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว พบร้อยละ 42 (Sigurdurdottir & Haugen, 2008)

อาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ให้การดูแลแบบประคับประคองก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งคลินิก ประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 66 ราย พบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบ 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย พบร้อยละ 100 ปวด พบร้อยละ 77.77 ไม่สบายกาย และใจ พบร้อยละ 100

เมื่ออาหาร พบร้อยละ 100 และวิตกกังวล พบร้อยละ 55.55 และยังพบปัญหาซึมเศร้า พบร้อยละ 55.55 อาการร่วงซึม พบร้อยละ 100 เหนื่อยหอบ พบร้อยละ 66.66 รวมด้วย (ศิริรัตน์ มากมาย, 2556)

อาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อยของ Aggarwal, Glare, Clarke, and Chaparis (2006) ซึ่งศึกษาแนวความคิดดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระยะประคับประคอง และให้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกันหลายวิธี จำนวน 1,257 คน พบว่าอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อยด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดท้อง เจ็บท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้า ท้องผูก เบื่ออาหาร หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ น้ำหนักลด ท้องอืด แน่นท้อง ริมฝีปาก คอ น้ำลายแห้ง รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ ถ่ายเหลว เวียนศีรษะ มึนศีรษะ คัน หูอื้อ ผม่วง ซาปลายมือปลายเท้า เป็นเหน็บ ประจำเดือนมาผิดปกติ ปัสสาวะลำบาก และด้านจิตใจ ได้แก่ นอนไม่หลับ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ เป็นต้น (Aggarwal et al., 2006)

จากบทความวิชาการของ บุญทิศา สุวิทย์ (2558) เรื่องของการประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยอาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 34-96 หายใจลำบาก พบได้ประมาณร้อยละ 39-61 เบื่ออาหารพบได้ประมาณร้อยละ 34 อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า การนอนที่ผิดปกติไป สับสน ซึมเศร้า และพบว่า ในส่วนของมิติจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า มีอาการวิตกกังวล เศร้าใจ โดดเดี่ยว หมดกำลังใจ และสิ้นหวัง รู้สึกหุน (บุญทิศา สุวิทย์, 2558)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคองในไอซียู พบอาการกระหายน้ำ นอนไม่หลับ ปวด วิตกกังวล ความหิว ซึมเศร้า หายใจลำบาก (Curtis, 2008) และยังพบอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด เช่น ยาที่ใช้ระงับความปวดกลุ่ม NSAID หรือ Opioids ยาต้านอาการซึมเศร้า (Anti-depressant) ยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต หรือยาขับปัสสาวะบางชนิด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และมีอาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้ ร้อนในคอ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดถ่ายอุจจาระตลอดเวลา และเบื่ออาหาร (ดุสิต สดาวรร, 2555; พิภูถ นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์, 2557)

สรุปอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว ประกอบด้วย อาการทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อาการปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายแห้ง น้ำหนักลด ท้องอืด แน่นท้อง ถ่ายเหลว เวียนศีรษะ มึนศีรษะ คัน หูอื้อ

ผมร่วง ขาปลายมือ ปลายเท้า เป็นเหน็บ ประจำเดือนมาผิดปกติ ปัสสาวะลำบาก และอาการ
 ทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ได้แก่ นอนไม่หลับ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ว่างซึม ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด
 โกรธง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ โดดเดี่ยว รู้สึกหดหู่ และสิ้นหวัง

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมอุปบัติการณ์อาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อยในผู้ป่วย
 ระยะประคับประคอง การรายงานอาการและความรุนแรงที่นำเสนอเป็นคำร้อยละ และไม่มี
 การรายงานว่าเป็นอาการทุกข์ทรมานช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือช่วงก่อน
 กลับบ้าน และความแตกต่างระหว่างอาการทุกข์ทรมานช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 กับช่วงก่อนกลับบ้านอย่างไร จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาหา ความรุนแรงของอาการ
 ทุกข์ทรมาน และศึกษาอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับช่วง
 ก่อนกลับบ้านแตกต่างกันหรือไม่ ที่สำคัญพบว่า อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการ อาจทำให้อาการอื่น ๆ
 เปลี่ยนแปลงไป พร้อมทั้งอาจจะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมาได้อีก โดยอาการต่าง ๆ
 ที่เกิดขึ้นอาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันเป็นกลุ่มอาการ ทำให้อาการในภาพรวมที่เกิดกับผู้ป่วย
 มีความรุนแรงมากกว่าผลรวมของแต่ละอาการทุกข์ทรมานย่อย ๆ รวมกัน (Dodd et al., 2001)
 นอกจากนี้วิธีการรักษาอาการหนึ่ง ๆ อาจมีผลข้างเคียงให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องให้
 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการตามมาได้อีก โดยความสัมพันธ์ของอาการต่าง ๆ ที่กล่าวถึง อาจเป็นไป
 อย่างไม่เป็นเส้นตรง และคาดเดาได้ยาก ส่งผลให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ มีความยุ่งยากซับซ้อน
 ยิ่งขึ้นเช่นกัน (Dodd et al., 2001)

2. ผลกระทบจากอาการทุกข์ทรมาน

อาการทุกข์ทรมาน สะท้อนการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะทางกาย ครอบคลุมการทำ
 หน้าที่ปกติทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองไม่สามารถใช้ชีวิต
 ที่เหลือในจัดการงานที่ค้างคา และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข สูญเสียคุณภาพชีวิต ศักดิ์ศรีความเป็น
 มนุษย์ และไม่อาจจากไปด้วยความสงบตามมา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบผลกระทบ
 ที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจอย่างซับซ้อน ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย เนื่องจากอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่าง ๆ
 ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจเป็นผลจากการดำเนินของโรคหรือผลข้างเคียง
 จากการรักษา โดยอาการทุกข์ทรมานที่พบ เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร
 คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อ หายใจลำบาก เป็นต้น และในแต่ละอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมี
 ความถี่และความรุนแรงมากขึ้นในช่วงระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นผลให้ครอบคลุมการดำเนินชีวิต
 ของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ปัญหาทางกายของผู้ป่วยระยะประคับประคอง
 ที่พบได้บ่อยอีกอย่าง คือ อาการสับสนหรือกระวนกระวาย เลอะเลือน นอนไม่ได้อาจมีสาเหตุจาก

การมีความผิดปกติของการเผาผลาญ การขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ความไม่สมดุลของเกลือแร่ มีปัญหาท้องผูก หรือปัสสาวะไม่ออก ซึ่งมักสร้างความตื่นตระหนก และเป็นทุกข์ให้กับผู้ป่วย หากไม่ได้รับความช่วยเหลือให้สงบจะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลอย่างยิ่ง (คูสิต สถาวร, 2555; พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงค์, 2557) จากการที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาด และความสบายของร่างกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการเกี่ยวกับอาการทุกข์ทรมาน และอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคของผู้ป่วยช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย และเกิดความทุกข์ทรมาน

2.2 ด้านจิตใจ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทรุดลง ประกอบกับความเจ็บปวด ที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ จะเหนี่ยวนำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า (สถาพร ลีตานันทกิจ, 2548) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองต่อการรับรู้การเผชิญความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นต่อตนเอง การพยายามผลักไสความตายออกไปและมองความตายเป็นเรื่องน่ากลัว รู้สึกหมดคุณค่า ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (จำลอง ดิษยวานิช, 2547; สถาพร ลีตานันทกิจ, 2548) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังกลัวการหายใจไม่ออก กลัวการเสียชีวิต กลัวการพลัดพรากจากครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รัก (จำลอง ดิษยวานิช, 2547; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548) จึงนำไปสู่ภาวะอารมณ์ในทางลบ ผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพวิตกกังวล ท้อแท้ สับสน ซึมเศร้า มีอารมณ์อ่อนไหว ผิดหวังต่อตนเอง กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว สิ้นหวัง หมดหนทาง กลัวเป็นภาระต่อคนอื่น จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยอยากฆ่าตัวตายไปก่อนที่จะตายจากระยะสุดท้ายของชีวิต ตามธรรมชาติการดำเนินของโรค (จำลอง ดิษยวานิช, 2547; แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2547; อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2548)

ผู้ป่วยระยะประคับประคองต้องเผชิญกับผลกระทบที่ซับซ้อนมากมายเนื่องจากระบบที่สำคัญในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยระยะประคับประคองจะมีปฏิริยาต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการนั้น ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย มีกำลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทุกข์ทรมาน

สืบเนื่องจากสภาวะอาการทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการ การตอบสนองต่ออาการและการประเมินอาการ รวมทั้งสัมพันธ์กับกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการกับอาการ ดังนั้นองค์ประกอบที่กล่าวถึงข้างต้น จึงเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคอง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการเพิ่มเติม (Armstrong, 2003; Fu, LeMone, & McDaniel, 2004; Dodd et al., 2001; Lenz et al., 1997) ได้แก่

3.1 บุคคล (Person domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้ และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึงจิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (Physiological) รวมทั้งระดับพัฒนาการหรืออูติภาวะของแต่ละบุคคล

3.2 สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลรวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Risk factors) สภาวะทางสุขภาพ (Health status) โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ และการได้รับบาดเจ็บ (Disease and injuries) ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3.3 สิ่งแวดล้อม (Environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) รวมถึงบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ประกอบด้วย เครือข่าย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ ศาสนา

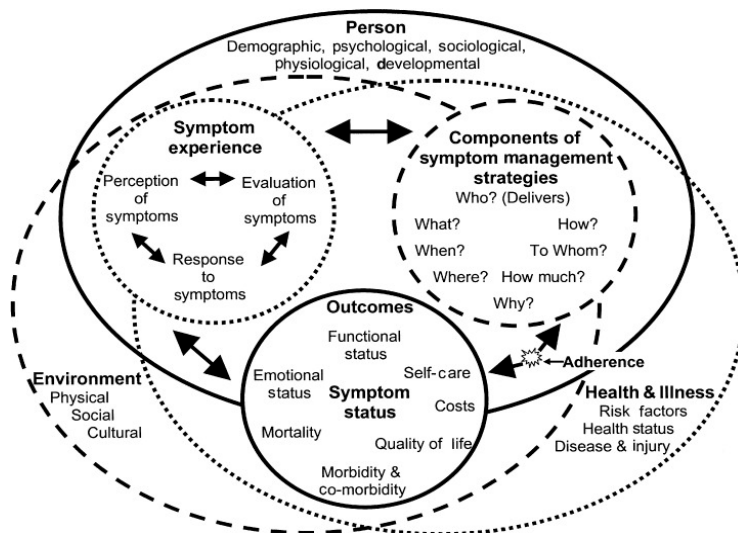
แนวคิดการจัดการอาการ

ทฤษฎีการจัดการบรรเทาอาการของ (Dodd et al., 2001) ได้กล่าวว่า อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการ อาจจะทำให้เกิดอาการอื่นขึ้นมาได้ และอาการที่เกิดขึ้นจะเสริมฤทธิ์กัน อีกทั้งยังพบว่า เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้อาการอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วยในลักษณะที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยการจัดการกับอาการจะขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ (Dodd et al., 2001 อ้างถึงใน ศุภกร หวานกระโทก, 2556) ได้แก่

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยมีความเป็นพลวัตร และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับ การรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของความผิดปกติ นั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะมีการประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น แต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง ความถี่ของอาการ (Intensity, strength or severity and frequency) ตำแหน่งที่เกิด สาเหตุและการรักษา (Location, cause and treatability) รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น (Affective impact) และการตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการ มากน้อยเพียงใด (How much) จัดการกับใคร (Who) จัดการให้ใคร (Whom) จัดการอย่างไร (How) ซึ่งเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการ โดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาลทีมสุขภาพผู้เชี่ยวชาญหรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์มีอาการ และวิธีการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ สภาวะของอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self-care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (Morbidities and co-morbidities) อัตราการตาย (mortality) และสภาวะทางด้านอารมณ์ (Emotional status)



ภาพที่ 1 รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ (Revised symptom management conceptual model)
(Dodd et al., 2001)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ความต้องการการดูแล หมายถึง ความอยากได้ ความปรารถนา ความคาดหวัง บางสิ่งบางอย่างที่จำเป็น เป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสวงหาเพื่อตอบสนองความต้องการ (Maslow, 1970) เป็นความจำเป็นเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต และเพื่อการดำเนินชีวิต ความต้องการจะเป็นแรงจูงใจแรงกระตุ้น เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย และเป็นสิ่งที่ประกอบประกอบของชีวิต (Rines & Montag, 1976)

ดังนั้น ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง หมายถึง ความคาดหวังของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่จะได้รับการช่วยเหลือเพื่อจัดหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายอย่างมาก รู้สึกถึงความตึงเครียด ส่งผลต่ออารมณ์ในด้านลบ เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของตนเองได้ดีขึ้น และเกิดความสงบสุขในชีวิต ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นผู้ที่มิมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นความตาย เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน จากภาวะความเจ็บป่วย และผลกระทบที่พบมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะนำมาซึ่งความไม่สบายทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย และก่อให้เกิดความเศร้าโศก และทุกข์ทรมานอย่างมาก การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เน้นการดูแลการจัดการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ควบคุม

ความเจ็บปวด และให้การดูแลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถ
จากไปอย่างสงบ เมื่อระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตมาถึง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการ
เผชิญกับอาการทุกข์ทรมานแตกต่างกัน และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการทุกข์ทรมาน
แตกต่างกัน จึงควรดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลเฉพาะแต่ละราย ซึ่งความต้องการการดูแลในผู้ป่วย
ระยะประคับประคอง แต่ละบุคคลจะประกอบไปด้วย ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย
ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ (Pickett, 1993) ดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

เมื่อผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ร่างกายจะเริ่ม
มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่าง ๆ ที่เชื่อมโทรม ทुरुกลงไปเรื่อย ๆ การทำงานของ
อวัยวะในระบบต่าง ๆ จะไม่เป็นไปตามปกติ ความรู้สึก และความทรงจำของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ลดลง
ด้วย อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด พบมากถึงร้อยละ 78.46
และผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่างกายชุ่มพอม หายใจเหนื่อย มีอาการ
ทางระบบประสาท อาการเพื่อ สับสน มึนงง และกระวนกระวาย (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2548)
ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรค
ของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สุขสบายเกิดความทุกข์ทรมาน (Kozier & Erb, 1988 อ้างถึงใน รสพร
ประทุมวัน, 2534) ดังนี้

1.1 ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ได้แก่ ความสะอาดของ
ผิวหนัง ผมและภายในปาก ความสะอาดของร่างกายเนื่องจากอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้น
แต่การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ผิวหนังจะเย็นและมีเหงื่อออกมาก ผู้ป่วยต้องการความสุขสบาย

1.2 ต้องการพ้นจากความเจ็บปวด เมื่อผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าสู่ระยะสุดท้าย
ของโรค ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมากมีหลายชนิด และวิธีการหลายอย่างในการควบคุมความเจ็บปวด
การให้ยาบรรเทาตามความรุนแรง ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว เพราะนอกจากจะไม่ช่วยควบคุม
ความเจ็บปวดแล้ว กลับยังเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้กับผู้ป่วย และบุคคล
รอบข้างจึงควรให้ยาควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดเลย หรือเจ็บปวด
น้อยที่สุด

1.3 ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องการดูแลในเรื่อง
การค้ำค้ำของเสมหะ

1.4 ต้องการได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มเสีย การทำงานของระบบประสาทเริ่มเสื่อม ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการทำกิจกรรมต่าง ๆ และในการเคลื่อนไหว

1.5 ต้องการการดูแลเรื่องอาหาร และน้ำ ผู้ป่วยระยะประคับประคองเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายมักจะมึนอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง ผู้ป่วยอาจขาดน้ำ และอาหาร เกิดโรคแทรกซ้อนและเกิดแผลกดทับได้ง่าย

1.6 ต้องการการดูแลเรื่องระบบขับถ่าย เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อเสียไป ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูก หรือกลั้นปัสสาวะ อูจจะระไม่ได้ หรือปัสสาวะคั่งได้ง่าย ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ และทำความสะอาด เพื่อก่อให้เกิดความสุขสบายและปราศจากกลิ่นรบกวน ต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องการได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเมื่อความตายใกล้เข้ามา การมองเห็นของผู้ป่วยจะไม่ชัด ความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสจะลดลงด้วย

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคองมักเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกสืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น การรักษาที่ไม่ได้ผล ปัญหาด้านต่าง ๆ ที่รุมเร้าเข้ามาในช่วงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่าทางร่างกาย ด้วยซ้ำสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งก็คือ การพยายามปฏิเสธการเจ็บป่วยออกไป และการมองความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นเป็นเรื่องน่ากลัวจึงทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดในทางลบ ปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว ความสิ้นหวัง กระวนกระวาย (พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์, 2557)

การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังมีค่า สามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และมีความปลอดภัย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยมีดังนี้

2.1 ต้องการความเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยสามารถสนับสนุน ให้กำลังใจ เป็นการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น มีกำลังใจที่จะอดทนต่อสู้ต่อไป การดูแลด้านจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับอารมณ์ และความรู้สึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ต้องการนำวิธีการที่หลากหลายมาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การให้ยาตามคำสั่งการรักษา เช่น ยาคลายกังวล ยาต้านความซึมเศร้า ยานอนหลับ การบำบัดโดยไม่ใช้ยา

โดยเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมหรือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 ต้องการได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะทางจิตใจ และสภาพอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ในกรณีที่พบผู้ป่วยมีปัญหารุนแรง เช่น ท้อแท้ สิ้นหวัง หมกมุ่นใจ ซึมเศร้า จนเกินกำลังที่จะช่วยเหลือได้ ควรมีการปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรส่งผู้ป่วย ไปรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญด้านนี้

2.4 ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ บ่อยครั้งมักพบว่า โรคของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เต็มไปด้วยความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกแยก และรู้สึกถูกปฏิเสธ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก หมกมุ่นค่าในการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น

2.5 ต้องการได้รับการส่งเสริมความสุขสบายทั่วไปที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ เช่น ถ้าผู้ป่วยชอบการนวด อาจใช้การนวดเบา ๆ ตามร่างกายเพื่อความสุขสบายและผ่อนคลาย ความเครียด การอ่านหนังสือให้ฟัง การพาออกไปสัมผัสอากาศสดชื่นข้างนอกในกรณีที่ผู้ป่วย พอช่วยเหลือตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองมีการศึกษาความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานก่อนสิ้นชีวิต และเมื่อถึง วาระสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 86.7 (สิดาร์ตัน สมัครสมาน, 2550) นอกจากนี้ยังพบการศึกษา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกระยะการดำเนินของโรค ได้แก่ ความต้องการทุเลาจากความทุกข์ทรมานจากอาการที่เป็นอยู่ และอยู่ในอันดับแรกจากความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 5 อันดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 จากค่าคะแนนเฉลี่ย 3 คะแนน (ศรีรัตน์ มากมาย, 2556)

เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแล ถ้ามี ความต้องการการดูแลแล้ว เราสามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการได้ ส่งผลให้อาการทุกข์ทรมานคลี่คลายลงดีขึ้น ความเครียดลดลง เกิดความพึงพอใจ เกิดความมั่นใจ และไว้วางใจมากขึ้น มีความรู้สึกสุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ ความกลัวหรือความวิตกกังวล ลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุขหรือตาย อย่างสงบสุข และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่ต้องเจ็บปวดหรือทรมานทุกข์ทรมาน (สิดาร์ตัน สมัครสมาน, 2550)

แต่ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแล้ว เราไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาความคับข้องใจขึ้นมา ความคับข้องใจก็จะทำให้เกิดปัญหาเป็นอาการอีกอาการหนึ่งที่ไม่เพิ่มความเครียดมากขึ้น ทำให้อาการรบกวนยังมีอยู่ เกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สดชื่นแจ่มใส การทำงานขาดประสิทธิภาพ และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ กลัว วิตกกังวล ไม่มีความสุข ท้อแท้ สิ้นหวังสับสน เกิดความคับข้องใจ และกลัวเสียชีวิต เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิต (Potter, 2004)

การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

การพยาบาล หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแล และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการ โรค และ/ หรือยับยั้งการลุกลามของโรค รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยระยะประคับประคองถึงการได้รับการดูแล/ การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เป็นความรู้สึกไม่สบายอย่างมาก รู้สึกถึงความตึงเครียด ส่งผลต่ออารมณ์ในด้านลบ เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ต้องอาศัยการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลรักษาทั่วไป เมื่อการรักษาเพื่อให้หายขาดไม่สามารถเป็นไปได้ การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย บรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานช่วยคลายความหวังต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทุกวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองสามารถเผชิญกับความตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (สายพิน หัตถ์รัตน์, 2545; สถาพร ลีลานันทกิจ, 2548) ดังนี้

1. การพยาบาลด้านร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยระยะประคับประคองจะหมดหวังในการรักษาให้หายจากโรคที่เป็น แต่ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ผู้ป่วยยังมีความต้องการพื้นฐานเช่นเดียวกับคนทั่วไป การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมีจุดประสงค์หลัก คือ การประคับประคองอาการต่าง ๆ ช่วยดูแลอาการที่เป็นผลข้างเคียงของการรักษา จัดการเกี่ยวกับอาการที่ทำให้

ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2546) จากการศึกษาวิจัยการสำรวจความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 906 พบว่า พยาบาล ร้อยละ 98 มีความตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการจัดการกับความเจ็บปวด พยาบาล ร้อยละ 97 ให้ความสำคัญในการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลพื้นฐานร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน โดยการจัดทำ การนวด และการสัมผัส (Punttillo et al., 2001) เช่นเดียวกับการศึกษา การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพยาบาล จำนวน 750 ราย พบว่า พยาบาล ร้อยละ 26 เตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาล ร้อยละ 28 มีการจัดการกับความเจ็บปวด และพยาบาล ร้อยละ 9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (White, Coyne, & Patel, 2001) ขณะที่การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของพยาบาล จำนวน 2,330 ราย พบว่า พยาบาล ร้อยละ 93 ให้ความสำคัญเห็นด้วยตนเองยังพร้อมความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดรวมทั้งอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้พยาบาล หลีกเลี่ยงการเข้าไปพยาบาลผู้ป่วย (Ferrell, Virani, Grant, Coyne, & Uman, 2000)

2. การพยาบาลด้านจิตใจ การประคับประคองด้านจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต บางคนอาจกลัว บางคนยอมรับไม่ได้ หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกปลอดภัยถึงแม้ต้องทนกับความทุกข์ทรมานทางกาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2547) ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ พยาบาล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความเจ็บปวด ช่วยคลายความวิตกกังวล ซึ่งแนวทางการมองปัญหา และแก้ไขปัญหามีเหตุผล แสดงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว โดยการสัมผัส รับฟังปัญหา เป็นผู้รับฟังที่ดี ยอมรับ การแสดงออก ของผู้ป่วย ควรมีความอดทนไม่โกรธ หรือตอบโต้กลับแสดงความไม่พอใจ ยอมรับ ความเป็นบุคคลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความเอื้ออาทร (ฟาริดา อิบราฮิม, 2543) พึงควร เคารพสิทธิการสนทนาออกจากความเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้กระทำในสิ่งที่ต้องการ เช่น การทำบุญตักบาตร (จำลอง ดิษยวณิช, 2547; สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2548) เปิดโอกาสให้ครอบครัว ได้ใกล้ชิดกันมากที่สุด เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคอง

การปฏิบัติการดูแลด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทา อาการเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคองซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละราย พยาบาลควรใช้ความรู้ ทักษะ ในการดูแลขั้นพื้นฐานร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน มีการสื่อสาร ที่สร้างความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นจากอาการทุกข์ทรมาน

การได้รับการตอบสนองการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการได้รับ เมื่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคองด้านร่างกาย และด้านจิตใจไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองเครียดเพิ่มขึ้น จึงมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ นอนไม่หลับ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูก เมื่อยล้า อ่อนเพลียไม่มีแรง และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เศร้าเสียใจ กลัว สิ้นหวัง กระวนกระวาย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองผู้ป่วย มีการรับรู้ลดลง จึงขาดความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือ

การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานกับความต้องการการดูแลนั้น มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลแล้ว ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง จากพยาธิสภาพของโรคที่มีอยู่เดิม และผู้ป่วยยังไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานตามที่คาดหวังไว้ก็ยิ่งไปเพิ่มความเครียด ความท้อแท้ สิ้นหวังเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น หรืออาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงขึ้นจากอาการความทุกข์ทรมานที่เสริมฤทธิ์กัน ความต้องการการดูแลยิ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานก็เพิ่มตามมา เกิดวงจรนี้ ไม่มีวันสิ้นสุด เพราะไม่สามารถไปจัดการกับอาการทุกข์ทรมานที่มันเกิดขึ้นได้ เพราะฉะนั้นต้องหาหนทางในการตัดวงจรตรงส่วนนี้ ดังนั้นการศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับจึงเป็นเรื่องสำคัญ

ในทางตรงกันข้าม ถ้าสามารถจัดการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานได้ ควบคุมได้ ผู้ป่วยก็เกิดความพึงพอใจ ความรู้สึกตรงนี้ก็ไปทำให้อาการทุกข์ทรมานที่มีอยู่ลดน้อยลง ได้อีกหนทางหนึ่ง หรือไปเพิ่มความสุข ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หากผู้ป่วยต้องตาย ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การตายอย่างสงบได้ง่ายขึ้นหรือมีพลังที่จะสามารถไปใช้ในกิจกรรมที่เข้าสู่ความตายอย่างสงบ

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคอง พยาบาลจึงต้องทราบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการการดูแล ให้ตรงกับพยาบาลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองมีความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะประคับประคอง มีอาการทุกข์ทรมานลดลง

แนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดหาเพื่อให้การสนับสนุน

ทฤษฎีความสอดคล้องของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person-environment fit) (Caplan, 1987) กล่าวว่า ความต้องการกับบริการการจัดหาเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit)

โดยความต้องการในที่นี้ คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ส่วนบริการ การจัดหาเพื่อให้การสนับสนุนในที่นี้ คือ การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งหากความต้องการการดูแลมีความสอดคล้องกับการพยาบาลที่ได้รับก็จะนำไปสู่ภาวะพึงพอใจ (Satisfy) ในทางตรงกันข้ามหากความต้องการการดูแลไม่สอดคล้องกับการพยาบาลที่ได้รับ ก็จะนำไปสู่ภาวะอ่อนล้า ภาวะเครียด (Strain) และภาวะเจ็บป่วย (Illness) ตามมา

ความเครียดของบุคคล หมายถึง การตอบสนองที่ไม่พึงปรารถนาของบุคคล การตอบสนองที่เกิดขึ้น เป็นการตอบสนองทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วย มีความ ผิดปกติทางร่างกาย ทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดหาเพื่อให้ การสนับสนุน อธิบายว่าเมื่อใดที่ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ไม่สอดคล้องกับการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคอง บุคคลก็จะเกิดความเครียด และจะนำไปสู่การเจ็บป่วยในที่สุด และความเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น หมายถึง ว่าอาการที่ผู้ป่วยต้อง เผชิญอันเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยระยะประคับประคองเดิมนั้นจะเพิ่มระดับความรุนแรงสูงขึ้น อันเนื่องมาจากความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับนั่นคือ ถ้าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคองได้รับการตอบสนองจากการได้รับ การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน บุคคลก็จะไม่เครียด ไม่เกิดการเจ็บป่วยนำไปสู่ ภาวะพึงพอใจ (Satisfy)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ด้วยโรคที่คุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วย กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และจากอาการ ทุกข์ทรมานของโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นอุปสรรคต่อการจากไปอย่างสงบ โดยเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจสามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

อาการทุกข์ทรมาน (Symptoms distress) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง หมายถึง เป็นการรับรู้หรือประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะประคับประคองถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ ผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพถูกคุกคาม ความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นผลให้เกิด ความเครียด เกิดอารมณ์ในด้านลบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกเป็นอาการทุกข์ทรมาน ด้านร่างกาย ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

การขยับถ่ายผิปกติ เป็นต้น และอาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ได้แก่ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า คับข้องใจ เป็นต้นอาการทุกข์ทรมานดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกัน ขึ้นก็ได้ เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา โดยอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาการหนึ่ง ๆ อาจเป็นเหตุทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ตามมา และการเกิดอาการทุกข์ทรมานหลายอาการพร้อมกัน ก็จะทำให้ผลรวมของความทุกข์ทรมานเพิ่มสูงขึ้น มากกว่าผลของแต่ละอาการรวมกัน ส่งผลให้การรักษามรรเทาควบคุมอาการทุกข์ทรมานเป็นไปอย่างยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากยิ่งขึ้นได้ (Lenz et al., 1997) โดยการรับรู้อาการทุกข์ทรมาน พบว่า เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้การที่เกิดขึ้นจะมีการประเมินลักษณะอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรง ความถี่ของอาการ (Intensity, strength or severity and frequency) ตำแหน่งที่เกิด สาเหตุและการรักษา (Location, cause and treatability) รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น (Affective impact) (Dodd et al., 2001)

อาการทุกข์ทรมาน จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจปฏิสัมพันธ์และการทำหน้าที่บทบาททางสังคมของผู้ป่วยในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เมื่อการดำเนินของโรครมีความก้าวหน้า ผู้ป่วยระยะประคับประคองจะมีสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผลกระทบที่ตามมาคือ ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ นำไปสู่การปฏิเสธการรักษาหรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้การรักษาไม่ได้ผล และมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมอุบัติการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง พบว่าเป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่มีความจำกัดในการทำความเข้าใจสถานการณ์อาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นการรายงานลักษณะของอาการและรายงานอาการเป็นเปอร์เซ็นต์ ไม่พบการรายงานความรุนแรงเท่าไร และไม่มีรายงานว่าเป็นอาการทุกข์ทรมานช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือช่วงก่อนกลับบ้าน และความแตกต่างระหว่างอาการทุกข์ทรมานช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับช่วงก่อนกลับบ้านอย่างไร ซึ่งหมายถึงว่าข้อค้นพบจากงานวิจัยดังกล่าว เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความจำกัดในการนำไปสนับสนุนการตัดสินใจพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยระยะประคับประคอง จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับ ช่วงก่อนกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยประสบกับอาการทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานนั้น ๆ ให้คลายหรือหายไป ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการ

ทุกข์ทรมานได้ตรงกับที่ตนต้องการ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกพอใจ และความรู้สึกพอใจที่เกิดขึ้นนี้เป็นอารมณ์ด้านบวกที่จะไปเพิ่มระดับความทนทานต่อความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานที่ประสบหรือเผชิญอยู่ได้ลดลงไป หากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ไม่ตรงกับความต้องการการดูแลที่ตนต้องการ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ โดยความรู้สึกไม่พอใจที่เกิดขึ้นนี้เป็นอารมณ์ด้านลบที่จะไปเติมหรือเพิ่มระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานที่ประสบหรือเผชิญอยู่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับ ช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งเปรียบเทียบความต้องการการดูแล กับ การพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลย้อนกลับให้พยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหาร ใช้ประกอบการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่สถานบริการของตนเอง และประกอบการตัดสินใจพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพอใจกับการบริการ ส่งผลบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานและสุขภาพโดยรวมของตัวผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยออกไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ช่วงระยะเวลาที่เหลือของชีวิตอย่างมีคุณภาพ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยปราศจากอาการทุกข์ทรมานก่อนเวลาแห่งการจากไปอย่างสงบสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล การพยาบาลที่ได้รับ ทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแล กับ การพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบ ความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัด ลพบุรี ซึ่งมีขนาดจำนวนเตียง 120 เตียง ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับ และส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ชุมชนในเขตพื้นที่ใกล้เคียงที่มีข้อจำกัดในการดูแลรักษาผู้ป่วย

หอผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูล ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยไอซียู

โดยสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองของ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คือ ปี พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2556 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2559 มีจำนวน 58, 122, 85, 98 และ 112 คน ตามลำดับ

ระบบ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บ รวบรวมข้อมูล มีโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับจังหวัด มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบการศึกษา ระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วย Palliative care ทำหน้าที่เป็นผู้แทนระดับโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ และเป็นตัวแทน ในการประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด ตลอดจนทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักงาน การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของโรงพยาบาล เช่น การประสานงานส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่มีอาการรุนแรงเกินขีดความสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม

จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลมากกว่าให้คำปรึกษา (Consultation) เก็บรวบรวมสถิติ และข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนดเข้าประชุม และประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคอง ทั้งในและนอกเครือข่าย เพื่อติดตามข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และนำมาถ่ายทอด ให้กับทีมงานในระดับ โรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง ตลอดจนเป็นผู้ที่ผลักดันให้ทีมพยาบาลวิชาชีพ ระดับหอผู้ป่วยต่าง ๆ ของโรงพยาบาลให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบให้เป็นอย่างดีอย่างราบรื่นและประสานงานการจัดประชุมทีม สหสาขาวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร โภชนาการ นักจิตวิทยา และพยาบาลวิชาชีพที่มาจากแต่ละหอผู้ป่วย เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (WI-PCT-02.03/ 01) ซึ่งได้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองระดับหอผู้ป่วย จะทำหน้าที่รวบรวมสถิติ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองภายใน หอผู้ป่วยในแต่ละเดือนกำกับให้บุคลากรในหอผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยระยะประคับประคองให้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (WI-PCT-02.03/ 01) ที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์เขียนคำวินิจฉัยในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่า เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (โดยมีลักษณะการเจ็บป่วยในระยะที่มี อาการของโรคคุกคาม เรื้อรัง และมีการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว ลูกกลมสู่ระยะรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง) และได้เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์เขียนคำวินิจฉัยในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (โดยมีลักษณะการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค คุกคาม เรื้อรัง และมีการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว ลูกกลมสู่ระยะรุนแรง ไม่ตอบสนอง ต่อการรักษา เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง) และได้เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลพบุรี) โดยมีคุณลักษณะเพิ่มเติม ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4 วัน
3. รับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ
4. ไม่มีปัญหาการสื่อสาร สามารถพูดคุยภาษาไทยได้
5. มีอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ ได้แก่ อุณหภูมิ 36.0-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/ นาที อัตราการเต้นของชีพจร 80-100 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 110/ 70-139/ 80 มิลลิเมตรปรอท

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ซึ่ง Polit and Sherman (1990 cited in Burns & Grove, 1997) กล่าวว่า งานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ไม่ต่ำกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล, 2553) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size [ES]) < .30 เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ยอมรับได้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ .30 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เท่ากับ 90 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดในแต่ละเวร และแต่ละหอผู้ป่วยด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลาเป็นหน่วยสุ่ม (Sampling frame) โดยผู้ป่วยแต่ละคนที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันจะเข้ามาแบบสุ่ม เนื่องจากไม่สามารถกำหนดได้ว่าผู้ป่วยรายใดจะเข้ามารับการรักษาในวันใด การนำผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษามาเป็นตัวอย่างจึงถือว่าเป็นการเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม เพื่อเป็นตัวแทนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามารับการรักษาในอนาคต (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2558, หน้า 19-20) ในการศึกษาครั้งนี้ โดยเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก ภาวะโรคร่วม การรักษาที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติม จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรกเก็บ จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน (ได้รับอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน)

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยคัดแปลงขึ้น โดยอิงทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987) แนวคิดการรับรู้อาการ (The perception of symptom) (Dodd et al., 2001) แบบการวัดอาการ Edmonton (The Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS]) (Bruera et al., 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 อาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน

ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแล

ส่วนที่ 3 การพยาบาลที่ได้รับ

รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 อาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน เป็นแบบประเมินอาการทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยคัดแปลงจากเครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment Scale [ESAS] ซึ่งในครั้งแรกที่สร้างขึ้นมีจำนวน 8 อาการ ต่อมาได้เพิ่มอาการหายใจลำบากอีก 1 อาการ รวมเป็น 9 อาการ (Bruera et al., 1991) โดยเครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับจาก Palliative care program (Alberta, Canada) และมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างแพร่หลายไปทั่วโลก (Nekolaichuk, Watanabe, & Beaumont, 2008)

จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยพบว่า แบบประเมินอาการทุกข์ทรมาน Edmonton Symptom Assessment System [ESAS] ฉบับที่มีทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวด 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก 3) เบื่ออาหาร 4) คลื่นไส้ อาเจียน 5) ท้องผูก 6) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง 7) วิตกกังวล 8) ซึมเศร้า 9) กระวนกระวาย แต่ยังคงขาดอาการทุกข์ทรมานที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยระยะประคับประคองซึ่งพบจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ทำงานจริงอีก 3 อาการ คือ ท้องอืด แน่นท้อง กลัว และ สิ้นหวัง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมอาการดังกล่าวนี้ รวมเป็นจำนวน 12 อาการ

สืบเนื่องจากผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีความซับซ้อน และอาจมีอาการทุกข์ทรมานอื่นที่นอกเหนือจากอาการที่กำหนดไว้ 12 อาการ ผู้วิจัยจึงได้

เปิดพื้นที่ว่างสำหรับอาการเพิ่มเติม (ข้อที่ 13 อาการอื่น ๆ) เพื่อให้มีอาการทุกซ์ทรมานที่เกิดขึ้นจริง
 ในบริบทของผู้ป่วยซึ่งอยู่นอกเหนือจากอาการที่ได้กำหนดไว้ได้มีพื้นที่ในการรายงานอาการไว้เป็นส่วน
 หนึ่งของแบบประเมิน ซึ่งจากผลการเก็บข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วย 5 คนที่แจ้งว่า
 มีอาการถ่ายเหลวเพิ่มเติมเพียงอาการเดียว (ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำข้อที่ 13 อาการถ่ายเหลว
 มาคำนวณค่าสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน เนื่องจากในการคำนวณค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่น
 ของเครื่องมือได้คำนวณเฉพาะอาการ 12 อาการ)

สำหรับมาตรวัดความรุนแรงของอาการทุกซ์ทรมาน มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณ
 ค่าเป็นคะแนนจาก 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทุกซ์ทรมาน 1) คะแนน หมายถึง
 มีอาการทุกซ์ทรมาน และมีความรุนแรงน้อยที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง มีอาการทุกซ์ทรมาน
 และมีความรุนแรงมากที่สุด

การคิดคะแนนอาการทุกซ์ทรมาน กระทำโดยนำคะแนนความรุนแรงของแต่ละอาการ
 ทุกซ์ทรมานในแต่ละข้อมารวมกัน เป็นคะแนนความรุนแรงอาการทุกซ์ทรมานโดยภาพรวม
 ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0-120 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีอาการทุกซ์ทรมานและมีความ
 รุนแรงน้อย ในขณะที่ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีอาการทุกซ์ทรมานและมีความรุนแรงมาก

ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้อง
 ระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987)
 ซึ่งผู้วิจัยเทียบเคียง “ความต้องการ”ของทฤษฎี เป็น “ความต้องการการดูแล” ลักษณะข้อคำถาม
 เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อวัดความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง
 โดยมีสาระของข้อคำถามเป็นอาการทุกซ์ทรมาน และมาตรวัดความรุนแรงเดียวกันแบบคู่ขนาน
 จำนวน 12 อาการ

สำหรับมาตรวัดความต้องการการดูแล มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า
 เป็นคะแนนจาก 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความต้องการการดูแล 1 คะแนน หมายถึง
 มีความต้องการการดูแลน้อยที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลมากที่สุด

การคิดคะแนนการคิดคะแนนความต้องการการดูแล กระทำโดยนำคะแนนความต้องการ
 การดูแลของแต่ละอาการทุกซ์ทรมานในแต่ละข้อมารวมกัน เป็นคะแนนความต้องการการดูแล
 โดยภาพรวม ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0-120 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความต้องการการดูแลน้อย
 ในขณะที่ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความต้องการการดูแลมาก

ส่วนที่ 3 การพยาบาลที่ได้รับที่ผู้วิจัยคัดแปลงขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับบริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน (Need-supplies fit) (Caplan, 1987) ซึ่งผู้วิจัยเทียบเคียง “บริการการจัดการเพื่อให้การสนับสนุน” ของทฤษฎีเป็น “การพยาบาลที่ได้รับ” ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อวัดการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีสาระของข้อคำถามเป็นอาการทุกข์ทรมานและมาตรวัดความรุนแรงเดียวกันแบบคู่ขนาน จำนวน 12 อาการ

สำหรับมาตรวัดการพยาบาลที่ได้รับจริง มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าเป็นคะแนนจาก 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง “ไม่ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน 1 คะแนน หมายถึง ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง ได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานมากที่สุด

การคิดคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ กระทำโดยนำคะแนนการพยาบาลที่ได้รับของแต่ละอาการทุกข์ทรมานในแต่ละข้อมารวมกันเป็นคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ โดยภาพรวมซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0-120 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนรวมน้อย หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับน้อย ในขณะที่ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง การพยาบาลที่ได้รับมาก

แผ่นภาพประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแผ่นภาพประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อแสดงระดับอาการทุกข์ทรมาน ระดับความต้องการการดูแล และระดับการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นสัญลักษณ์ตัวเลข และความเข้มของสีที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงให้เข้าใจได้ตรงและง่ายในการตอบด้วยการใช้แผ่นฟิวเจอร์บอร์ดขนาดกว้าง 9 นิ้ว x ยาว 12 นิ้ว แล้วติดทับด้วยสติ๊กเกอร์เป็นภาพที่มีลักษณะภาพคล้ายไม้บรรทัดกำกับด้วยตัวเลข 0-10 เพื่อเป็นมาตรวัดคำตอบพร้อมกับใช้ความเข้มมากของแถบสีแสดงถึงความรุนแรงมาก และเมื่อจางลงแสดงถึงความรุนแรงน้อย โดยแยกเป็นแผ่นภาพสีแดง ใช้วัดอาการทุกข์ทรมาน แผ่นภาพสีเขียวใช้วัดความต้องการการดูแล และแผ่นภาพสีน้ำเงินใช้วัดการพยาบาลที่ได้รับ (ภาคผนวก จ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) และความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีของแบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (จำนวน

12 อาการ) โดยขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ในส่วนของอาการทุกขัทรมาณ ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา แต่ละส่วนเท่ากัน คือ .83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้มีค่า .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว (จำนวน 12 อาการ) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน ณ โรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะตามคุณสมบัติในจังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เพื่อนำผลมาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการใช้วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แต่ละส่วนได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของอาการทุกขัทรมาณ ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ .76 .77 และ .75 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ มีค่าความเชื่อมั่น .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06-05-2559) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล ในจังหวัดลพบุรี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อผ่านการพิจารณาและอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวรที่เป็นพยาบาลประจำการก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ต้อง

อธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ โดยไม่ระบุชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างในแบบสัมภาษณ์ คำตอบจากแบบสัมภาษณ์หรือข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ภายหลังจากนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล มีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหลังจากเก็บข้อมูลไปแล้ว 1 ปี จะทำลายข้อมูลทั้งหมด ส่วนการนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานที่เลือกเก็บข้อมูล จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลพบุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยนารีเวชกรรม หอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โดยผู้วิจัยทำการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยเกี่ยวกับความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.2 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด และสาธิตเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพูดคุยแนะนำตัวในการสร้างสัมพันธภาพ การขอความร่วมมือ การใช้เครื่องมือช่วยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ การยุติการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะก่อนกลับบ้าน

ระยะแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานเบื้องต้นขอให้อาพยาบาลประจำการโทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทราบ เมื่อพบว่า มีผู้ป่วยระยะประคับประคองเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้รายชื่อผู้ป่วยแล้ว สืบค้นคุณลักษณะตาม Inclusion criteria ที่กำหนดเป็นรายคน จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีคุณลักษณะเบื้องต้นตรงตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ และให้ข้อมูลการวิจัย (ตามแบบฟอร์ม ภาคผนวก ก) พร้อมกับขอความร่วมมือให้เป็นผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยสร้างพื้นที่ส่วนตัวเพื่อการเก็บข้อมูล ด้วยการใช้ม่านที่อยู่ประจำเตียงผู้ป่วยกั้นพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนเพื่อป้องกันการรบกวนจากภายนอกขณะสัมภาษณ์ ผู้ป่วยนอนหรือนั่งที่เตียงของผู้ป่วยเอง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประมาณ 30 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน

3. ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สังเกตอาการที่แสดงถึงความไม่สุขสบายของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมิน และเตรียมให้การช่วยเหลือหากอาการรุนแรงขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นจนต้องยุติการสัมภาษณ์หรือต้องให้การช่วยเหลือในระหว่างการสัมภาษณ์

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ จึงนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

ระยะก่อนกลับบ้าน

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานเบื้องต้นขอให้อาพยาบาลประจำการโทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทราบ หากพบว่า แพทย์มีคำสั่งอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองกลับบ้านได้ จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะค้นหารายชื่อผู้ป่วยและศึกษาจากแฟ้มประวัติ (Chart) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยได้เป็นผู้ให้ข้อมูลในช่วงระยะแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว และได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 4 วัน พร้อมทั้งมีคุณสมบัติอื่นตรงตามคุณลักษณะที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวเองอีกครั้ง สร้างสัมพันธภาพพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ และให้ข้อมูลการวิจัย (ตามภาคผนวก ก) พร้อมกับขอความร่วมมือ

ให้เป็นผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูล ในช่วงก่อนกลับบ้าน

ในกรณีที่บางวัน พยาบาลประจำการมิได้โทรศัพท์แจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทราบ ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการ โทรสอบถามพยาบาลประจำการด้วยตนเอง จากนั้นจึงดำเนินการ ค้นหารายชื่อและดำเนินการขึ้นตอนถัดไปในลักษณะเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น

จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลขั้นตอนถัดไปเช่นเดียวกับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลข้อที่ 2-4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ

ในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อและรายรวม

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลกับช่วงก่อนกลับบ้าน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล การพยาบาล ที่ได้รับทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการ การดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไปที่แพทย์เขียน คำวินิจฉัยในแฟ้มประวัติผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4 วัน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559-เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 โดยในวันที่ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร สามารถพูดคุยภาษาไทยได้ มีอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติรวมจำนวน 90 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ ทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ ในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล รายชื่อและรายรวม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัว และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วง ก่อนกลับบ้าน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้ผลการวิเคราะห์ ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก ภาวะโรคร่วม การรักษาที่ต้องการ การดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนืองที่บ้าน จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรกรับ จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 90$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 90$)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
($\bar{X} = 64.12, SD = 14.17, \min = 30, \max = 93$)		
30-39 ปี	4	4.4
40-49 ปี	10	11.2
50-59 ปี	20	22.2
60-69 ปี	21	23.3
70-79 ปี	24	26.7
80-89 ปี	7	7.8
≥ 90 ปี	4	4.4
เพศ		
ชาย	47	52.2
หญิง	43	47.8
ศาสนา		
พุทธ	90	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	33	36.7
ประถมศึกษา	55	61.1
มัธยมศึกษา	1	1.1
ปริญญาตรี	1	1.1
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 90)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	68	75.6
หม้าย/ หย่า/ แยกกัน	20	22.2
โสด	2	2.2
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	83	92.2
ไม่พอใช้	5	5.6
เหลือเก็บ	2	2.2
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก		
มะเร็ง	48	53.5
มะเร็งปอด	11	12.4
มะเร็งตับ	13	14.6
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	6	6.6
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	16	17.7
มะเร็งระบบนรีเวช	2	2.2
หัวใจทำงานล้มเหลว	27	29.9
ถุงลมปอดอุดกั้น	13	14.4
โรคเลือด	2	2.2
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	33	36.8
มีโรคร่วม	57	63.2
การรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนืองที่บ้าน		
มีถุงอุจจาระทางหน้าท้อง	2	2.2
เจาะคอ	1	1.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 90$)	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรก ($\bar{X} = 15.12, SD = 6.22, \min = 2, \max = 24$)		
1-8 ชั่วโมง	16	17.8
9-16 ชั่วโมง	29	32.2
17-24 ชั่วโมง	45	50.0
จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน (ได้รับอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน) ($\bar{X} = 5.66, SD = 1.86, \min = 4, \max = 13$)		
4-6 วัน	67	74.4
7-9 วัน	19	21.2
≥ 10 วัน	4	4.4

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ส่วนน้อยอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุเท่ากับหรือมากกว่าหรือ 90 ปี จำนวนเพศชายและเพศหญิงมีใกล้เคียงกัน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่ได้เรียน ซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 61.1 และ 36.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่ก็มียุติสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกถึงร้อยละ 22.2 ในขณะที่มีผู้ที่สถานภาพโสด ร้อยละ 2.2 มีความเพียงพอของรายได้ในกลุ่มไม่เพียงพอถึงร้อยละ 5.6 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลักส่วนใหญ่คือโรคมะเร็งถึงร้อยละ 53.5 และเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมถึงร้อยละ 63.2 ในขณะที่มีการรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 3.3

จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรกส่วนใหญ่อยู่ที่ 17-24 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ที่ 9-16 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 32.2 และระหว่างช่วงเวลา 1-8 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 17.8 ตามลำดับ ส่วนจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน (ได้รับอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน) ส่วนใหญ่พบ 4-6 วัน

ร้อยละ 74.4 รองลงมา 7-9 วัน ร้อยละ 21.2 ในขณะที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับและมากกว่า 10 วันขึ้นไป (พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุดนาน 13 วัน จำนวน 1 คน) ร้อยละ 4.4

ส่วนที่ 2 อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับจริง เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยรายอาการและโดยรวม

1. อาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานรายอาการและโดยรวม ในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($n = 90$)

อาการ ทุกข์ทรมาน	ระดับความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน					
	แรกรับเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล			ก่อนกลับบ้าน		
	Possible range	Actual range	\bar{X} (SD)	Possible range	Actual range	\bar{X} (SD)
1. อ่อนเพลีย/ เมื่อยล้า/ ไม่มีแรง	0-10	0-10	7.80 (2.39)	0-10	0-5	1.19 (1.06)
2. หายใจลำบาก/ หายใจเหนื่อย	0-10	0-10	6.76 (3.87)	0-10	0-6	1.01 (1.25)
3. ปวด	0-10	0-10	5.49 (4.07)	0-10	0-4	.78 (1.01)
4. กระวนกระวาย	0-10	0-10	4.58 (2.96)	0-10	0-4	.53 (.82)
5. เบื่ออาหาร	0-10	0-10	4.41 (3.72)	0-10	0-3	.43 (.75)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

อาการ ทุกซ์ทรมาณ	ระดับความรุนแรงของอาการทุกซ์ทรมาณ					
	แรกรับเข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล			ก่อนกลับบ้าน		
	Possible	Actual	\bar{X} (SD)	Possible	Actual	\bar{X} (SD)
	range	range		range	range	
6. ท้องอืด/ แน่นท้อง	0-10	0-10	3.47 (3.83)	0-10	0-3	.41 (.68)
7. คลื่นไส้/ อาเจียน	0-10	0-10	3.40 (3.89)	0-10	0-3	.21 (.66)
8. ท้องผูก	0-10	0-10	2.49 (3.30)	0-10	0-3	.17 (.58)
9. วิดกกังวล	0-10	0-10	1.06 (2.33)	0-10	0-2	.04 (.29)
10. กลัว	0-10	0-10	.73 (2.08)	0-10	0-1	.01 (.10)
11. ซึมเศร้า	0-10	0-8	.47 (1.55)	0-10	-	-
12. สิ้นหวัง	0-10	0-6	.16 (.91)	0-10	-	-
อาการอื่น ๆ						
1. ถ้ายเหลว	0-10	0-10	.43 (1.90)	0-10	-	-
คะแนนรวม 12 อาการ	0-120	10-85	40.82 (34.9)	0-120	0-14	4.78 (7.2)
คะแนนเฉลี่ยรวม 12 อาการ			3.40 (2.90)			0.39 (0.60)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการทุกข์ทรมาน ในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรายอาการอยู่ระหว่าง 7.80-0.16 และโดยรวมเท่ากับ 3.40 ($SD = 2.90$) ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงรวมอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านที่มีความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานรายอาการที่อยู่ระหว่าง 1.91-0.01 และโดยรวมเท่ากับ 0.39 ($SD = 0.60$)

โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบอาการทุกข์ทรมาน 12 อาการเรียงตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 7.80, SD = 2.39$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 6.76, SD = 3.87$) 3) ปวด ($\bar{X} = 5.49, SD = 4.07$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = 4.58, SD = 2.96$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = 4.41, SD = 3.72$) 6) ท้องอืด แน่นท้อง ($\bar{X} = 3.47, SD = 3.83$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = 3.40, SD = 3.89$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = 2.49, SD = 3.30$) 9) วิตกกังวล ($\bar{X} = 1.06, SD = 2.33$) 10) กลัว ($\bar{X} = .73, SD = 2.08$) 11) ซึมเศร้า ($\bar{X} = .47, SD = 1.55$) 12) สิ้นหวัง ($\bar{X} = .16, SD = .91$)

ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน ทั้งในกรณีรายอาการ และโดยรวมในช่วงก่อนกลับบ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่า อาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านเหลือเพียง 10 อาการ เรียงตามลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 1.19, SD = 1.06$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 1.01, SD = 1.25$) 3) ปวด ($\bar{X} = .78, SD = 1.01$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = .53, SD = .82$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = .43, SD = 3.72$) 6) ท้องอืด แน่นท้อง ($\bar{X} = .41, SD = .68$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = .21, SD = .66$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = .17, SD = .58$) 9) วิตกกังวล ($\bar{X} = .04, SD = .29$) 10) กลัว ($\bar{X} = .01, SD = .10$) กล่าวคือ ไม่มีอาการที่ 11) ซึมเศร้า และอาการที่ 12) สิ้นหวัง

เป็นที่น่าสังเกตว่า อาการถ่ายเหลวเป็นอาการทุกข์ทรมานที่พบในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ก็ได้รับการรักษาจนอาการหายไปก่อนกลับบ้านเช่นกัน

2. ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัว
ในโรงพยาบาล รายอาการและโดยรวม (n = 90)

อาการ ทุกขั้ทรมาณ	แรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล					
	ความต้องการการดูแล			การพยาบาลที่ได้รับ		
	Possible range	Actual range	$\bar{X}(SD)$	Possible range	Actual range	$\bar{X}(SD)$
1. อ่อนเพลียเมื่อยล้า ไม่มีแรง	0-10	0-10	7.98 (2.71)	0-10	0-5	8.15(2.57)
2. หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย	0-10	0-10	7.00 (3.94)	0-10	0-6	7.27 (3.83)
3. ปวด	0-10	0-10	5.82 (4.18)	0-10	0-4	5.91 (4.22)
4. กระวนกระวาย	0-10	0-10	5.09 (3.23)	0-10	0-4	5.33 (3.37)
5. เบื่ออาหาร	0-10	0-10	5.07 (4.17)	0-10	0-3	5.23 (4.15)
6. ท้องอืด แน่นท้อง	0-10	0-10	3.87 (4.15)	0-10	0-3	3.97 (4.23)
7. คลื่นไส้ อาเจียน	0-10	0-10	3.68 (4.19)	0-10	0-3	3.89 (4.30)
8. ท้องผูก	0-10	0-10	2.74 (3.55)	0-10	0-3	2.87 (3.68)
9. วิดกกังวล	0-10	0-10	1.14 (2.58)	0-10	0-10	1.21 (2.71)
10. กลัว	0-10	0-10	.68 (1.93)	0-10	0-10	.64 (1.97)
11. ซึมเศร้า	0-10	0-8	.39 (1.29)	0-10	0-7	.29 (1.07)
12. ลึ้นหวัง อาการอื่น ๆ	0-10	0-7	.14 (.85)	0-10	0-7	.14 (.85)
1. ถ่ายเหลว	0-10	0-10	.46 (1.94)	0-10	0-10	.47 (1.97)
คะแนนรวม 12 อาการ	0-120	10-85	43.6 (33.91)	0-120	10-83	44.90 (36.95)
คะแนนเฉลี่ยรวม 12 อาการ			3.63 (2.82)			3.74 (3.07)

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรายอาการอยู่ระหว่าง 7.98-0.14 และโดยรวมเท่ากับ 3.63 ($SD = 2.82$) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับที่รายอาการที่อยู่ระหว่าง 8.15-0.14 และโดยรวมเท่ากับ 3.74 ($SD = 3.07$)

โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 อาการเรียงตามลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 7.98, SD = 2.71$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 7.00, SD = 3.94$) 3) ปวด ($\bar{X} = 5.82, SD = 4.18$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = 5.09, SD = 3.23$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = 5.07, SD = 4.17$) 6) ท้องอืด แน่นท้อง ($\bar{X} = 3.87, SD = 4.15$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = 3.68, SD = 4.19$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = 2.74, SD = 3.55$) 9) วิตกกังวล ($\bar{X} = 1.14, SD = 2.58$) 10) กลัว ($\bar{X} = .68, SD = 1.93$) ($\bar{X} = .39, SD = 1.29$) 12) สิ้นหวัง ($\bar{X} = .14, SD = .85$)

ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับ ทั้งในกรณีรายอาการ และโดยรวม 12 อาการในช่วงช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการเรียงตามลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 8.15, SD = 2.57$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 7.27, SD = 3.83$) 3) ปวด ($\bar{X} = 5.91, SD = 4.22$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = 5.33, SD = 3.37$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = 5.23, SD = 4.15$) 6) ท้องอืดแน่นท้อง ($\bar{X} = 3.97, SD = 4.23$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = 3.89, SD = 4.30$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = 2.87, SD = 3.68$) 9) วิตกกังวล ($\bar{X} = 1.21, SD = 2.71$) 10) กลัว ($\bar{X} = .64, SD = 1.97$) 11) ซึมเศร้า ($\bar{X} = .29, SD = 1.07$) 12) สิ้นหวัง ($\bar{X} = .14, SD = .85$)

เป็นที่น่าสังเกตว่า อาการถ่ายเหลวเป็นอาการทุกข์ทรมานที่ค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับจริงเช่นกัน

3. ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้าน
 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้าน รายอาการ
 และโดยรวม ($n = 90$)

อาการ ทุกขั้ทรมาณ	ก่อนกลับบ้าน					
	ความต้องการการดูแล			การพยาบาลที่ได้รับ		
	Possible range	Actual range	$\bar{X}(SD)$	Possible range	Actual range	$\bar{X}(SD)$
1. อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง	0-10	0-5	1.21 (1.18)	0-10	0-5	1.30 (1.28)
2. หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย	0-10	0-6	1.04 (1.34)	0-10	0-6	1.09 (1.37)
3. ปวด	0-10	0-5	.90 (1.27)	0-10	0-5	1.01 (1.41)
4. กระวนกระวาย	0-10	0-4	.56 (1.03)	0-10	0-4	.56 (1.03)
5. เบื่ออาหาร	0-10	0-5	.53 (.97)	0-10	0-5	.54 (.99)
6. ท้องอืด แน่นท้อง	0-10	0-3	.43 (.82)	0-10	0-3	.44 (.83)
7. คลื่นไส้ อาเจียน	0-10	0-3	.21 (.66)	0-10	0-3	.21 (.66)
8. ท้องผูก	0-10	0-3	.18 (.61)	0-10	0-3	.18 (.61)
9. วิดกกังวล	0-10	0-2	.03 (.23)	0-10	0-2	.04 (.29)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

อาการ ทุกขั้ทรมาณ	แรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล					
	ความต้องการการดูแล			การพยาบาลที่ได้รับ		
	Possible range	Actual range	\bar{X} (SD)	Possible range	Actual range	\bar{X} (SD)
10. กลั้ว	0-10	0-1	.01 (.10)	0-10	0-1	.01 (.10)
11. ซึมเศร้า	0-10	-	- -	0-10	-	-
12. สิ้นหวัง	0-10	-	-	0-10	-	-
อาการอื่น ๆ						
1. ถ่ายเหลว	0-10	-	-	0-10	-	-
คะแนนรวม 12 อาการ	0-120	0-14	5.10 (8.21)	0-120	0-14	5.38 (8.57)
คะแนนเฉลี่ยรวม 12 อาการ			0.42 (0.68)			0.44 (0.71)

จากตารางที่ 4 สืบเนื่องจากอาการทุกขั้ทรมาณก่อนกลับบ้านเหลือเพียง 10 อาการ (โดยอาการที่ 11) ซึมเศร้า และอาการที่ 12) สิ้นหวัง รวมทั้งอาการถ่ายเหลวได้รับการดูแลจนไม่มีอาการทุกขั้ทรมาณหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงก่อนกลับบ้านรายอาการอยู่ระหว่าง 1.21-0.01 และโดยรวม 10 อาการที่เหลือเท่ากับ 0.42 ($SD = 0.68$) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับที่รายอาการที่อยู่ระหว่าง 1.30-0.01 และโดยรวมเท่ากับ 0.44 ($SD = 0.71$)

โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงก่อนกลับบ้าน 10 อาการเรียงตามลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 1.21, SD = 1.18$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 1.04, SD = 1.34$) 3) ปวด ($\bar{X} = .90, SD = 1.27$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = .56, SD = 1.03$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = .53, SD = .97$) 6) ท้องอืด แน่นท้อง ($\bar{X} = .43, SD = .82$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = .21, SD = .66$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = .18, SD = .61$) 9) วิดกกังวล ($\bar{X} = .03, SD = .23$) 10) กลั้ว ($\bar{X} = .01, SD = .10$)

ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้าน 10 อาการเรียงตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ 1) อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 1.30$, $SD = 1.28$) 2) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ($\bar{X} = 1.09$, $SD = 1.37$) 3) ปวด ($\bar{X} = 1.01$, $SD = 1.41$) 4) กระวนกระวาย ($\bar{X} = .56$, $SD = 1.03$) 5) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = .54$, $SD = .99$) 6) ท้องอืด แน่นท้อง ($\bar{X} = .44$, $SD = .83$) 7) คลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X} = .21$, $SD = .66$) 8) ท้องผูก ($\bar{X} = .18$, $SD = .61$) 9) วิตกกังวล ($\bar{X} = .04$, $SD = .29$) 10) กลัว ($\bar{X} = .01$, $SD = .10$) ไม่มีอาการที่ 11) ซึมเศร้า และอาการที่ 12) สิ้นหวัง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัว และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ก่อนทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัว และช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test) ของแต่ละตัวแปร พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่นำมาเปรียบเทียบของแต่ละสมมติฐาน (ทั้งสองกลุ่ม) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาโดยการสุ่มและมีความสัมพันธ์กัน 2) ตัวแปร อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับของทั้งสองกลุ่มของแต่ละสมมติฐานมีการแจกแจงแบบปกติ และ 3) ข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบมีระดับการวัดอยู่ในมาตราอันตรภาค ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าที (Paired *t*-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($n = 90$)

กลุ่ม	\bar{X}	SD	\bar{d}	SD_d	t	df	p
อาการทุกข์ทรมานช่วงแรกรับ	40.82	15.77	36.03	14.72	23.22	89	< .001
อาการทุกข์ทรมานช่วงก่อนกลับบ้าน	4.78	3.00					

จากตารางที่ 5 พบว่า อาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 40.82 ($SD = 15.77$) ส่วนอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 4.78 ($SD = 3.00$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับค่าเฉลี่ยคะแนนของอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t -test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นั่นคือ อาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานมากกว่าอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t -test) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($n = 90$)

กลุ่ม	\bar{X}	SD	\bar{d}	SD_d	t	df	p
ความต้องการการดูแล	43.60	16.53	-1.30	4.76	-2.58	89	.011
การพยาบาลที่ได้รับ	44.90	16.71					

จากตารางที่ 6 พบว่า ความต้องการการดูแลในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 43.60 ($SD = 16.53$) ส่วนการพยาบาลที่ได้รับ

ในช่วงแรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 44.90 ($SD = 16.71$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความต้องการการดูแล ในช่วงแรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกับค่าเฉลี่ยคะแนนของการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t -test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) โดยในช่วงแรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลค่าคะแนนเฉลี่ยของการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$)

3. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t -test) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($n = 90$)

กลุ่ม	\bar{X}	SD	\bar{d}	$SD d$	t	df	p
ความต้องการการดูแล	5.10	3.11	-2.88	.95	-2.88	89	.005
การพยาบาลที่ได้รับ	5.38	3.06					

จากตารางที่ 7 พบว่า ความต้องการการดูแลในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 5.10 ($SD = 3.11$) ส่วนการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 5.38 ($SD = 3.06$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความต้องการการดูแลในช่วงก่อนกลับบ้าน กับค่าเฉลี่ยคะแนนของการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t -test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) โดยในช่วงแรกเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล การพยาบาล ที่ได้รับทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะ ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมทั้งเปรียบเทียบอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการ พยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการ การดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษา ในโรงพยาบาล ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แพทย์เขียนคำวินิจฉัยในแฟ้มประวัติว่า เจ็บป่วยอยู่ในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี อย่างน้อย 4 วัน โดยในวันที่ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยสามารถรับรู้วัน-เวลา- สถานที่ถูกต้อง ไม่มีปัญหาการสื่อสาร สามารถพูดคุยภาษาไทยได้ มีอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ใน ภาวะปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลาเป็นหน่วยสุ่ม (Sampling frame) ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559-เดือนมกราคม พ.ศ. 2560 รวมจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง และตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 อาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของ อาการทุกข์ทรมาน ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแล และส่วนที่ 3 การพยาบาลที่ได้รับ คำนวณค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ในส่วนของอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาลได้ค่าแต่ละส่วนเท่ากัน คือ .83 และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้วิธีการ ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคในส่วนของอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ ของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ .76 .77 และ .75 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลอาการ ทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคอง รายชื่อและรายรวมด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมาน ในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับในช่วงก่อนกลับบ้าน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงก่อนกลับบ้าน ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired *t*-test)

สรุปผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวนเพศชาย และเพศหญิง มีใกล้เคียงกัน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนซึ่งมีจำนวนถึงร้อยละ 36.7

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่ก็มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกถึง ร้อยละ 22.2 ในขณะที่มีผู้ที่สถานภาพโสด ร้อยละ 2.2 มีความเพียงพอของรายได้อยู่ในกลุ่ม ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 5.6 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลักส่วนใหญ่ คือ โรคมะเร็งถึงร้อยละ 53.5 และเป็นที่น่าสังเกตว่าเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมถึงร้อยละ 63.2

จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรกเริ่มส่วนใหญ่อยู่ที่ 17-24 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ที่ 9-16 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 32.2 และระหว่างช่วงเวลา 1-8 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 17.8 ตามลำดับ ส่วนจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่ เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน (ได้รับอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน) พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 4-6 วัน ร้อยละ 74.4 ในขณะที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับ และมากกว่า 10 วันขึ้นไป (พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุดนาน 13 วัน จำนวน 1 คน) ร้อยละ 4.4

ในขณะที่มีการรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนื้อที่บ้าน ร้อยละ 3.3 ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมาน โดยรวมในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล = 3.40 ($SD = 2.90$) ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้าน = 0.39 ($SD = 0.60$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยรวม = 3.63 ($SD = 2.82$) มีค่าน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับโดยรวม = 3.74 ($SD = 3.07$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลในช่วงก่อนกลับบ้านโดยรวมซึ่งเหลือเพียง 10 อาการ = 0.42 ($SD = 0.67$) มีค่าน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับโดยรวม = 0.44 ($SD = 0.70$)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ($\bar{X} = 40.82, SD = 15.77$) กับค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทุกข์ทรมานในช่วงก่อนกลับบ้าน ($\bar{X} = 4.78, SD = 3.00$) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแล ($\bar{X} = 43.60, SD = 16.53$) กับค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับ ($\bar{X} = 44.90, SD = 16.71$) ในช่วงแรกรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$)

ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแล ($\bar{X} = 5.10, SD = 3.11$) กับค่าคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลที่ได้รับ ($\bar{X} = 5.38, SD = 3.06$) ในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี อาจเป็นเพราะธรรมชาติความเสื่อมของร่างกายในช่วงสูงวัย ทำให้มีความเจ็บป่วยและมีโอกาสรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะการรักษาแบบประคับประคองมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากสถานที่ศึกษาซึ่งเป็นสถานที่เก็บเป็นถิ่นประชากรที่นับถือศาสนาพุทธ

ที่น่าสนใจ คือ พบว่า มีผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ไม่ได้เรียนถึงร้อยละ 36.7 ซึ่งระดับการศึกษาเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่อาจส่งผลต่อความต้องการ การรับรู้ และการตอบสนองต่ออาการทุกข์ทรมาน (Dodd et al., 2001) และส่งผลต่อข้อค้นพบของการวิจัยได้

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่ก็มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก ถึงร้อยละ 22.2 ในขณะที่มีผู้ที่สถานภาพ โสด ร้อยละ 2.2 ซึ่งอาจมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ ความทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ

ที่สำคัญข้อค้นพบจากข้อมูลส่วนบุคคลในการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคมะเร็งถึงร้อยละ 53.5 และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมถึง ร้อยละ 63.2 ซึ่งเป็นธรรมชาติของผู้ป่วยระยะประคับประคองในระยะท้ายที่อวัยวะต่าง ๆ จะล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น อาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาการหนึ่ง ๆ อาจเป็นเหตุทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ตามมา และการเกิดอาการทุกข์ทรมานหลายอาการพร้อมกัน ทำให้ผลรวมของความทุกข์ทรมานเพิ่มสูงขึ้น มากกว่าผลของแต่ละอาการรวมกัน ส่งผลให้เพิ่มระดับความทุกข์ทรมาน การรักษาบรรเทาควบคุมอาการทุกข์ทรมานเป็นไปอย่างยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Lenz et al., 1997)

ส่วนการรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนืองที่บ้านในการวิจัยนี้แม้ว่าจะพบเพียงร้อยละ 3.3 อาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้มีความต้องการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคงที่สามารถพูดคุยสื่อสารเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ระดับ และลักษณะความเจ็บป่วยความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างจึงอาจอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงมาก และไม่ถึงขั้นที่จะต้องได้รับการรักษาที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่บ้าน

จำนวนชั่วโมงที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงช่วงเก็บข้อมูลแรกเริ่มส่วนใหญ่อยู่ที่ 17-24 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ที่ 9-12 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 32.2 และระหว่างช่วงเวลา 1-8 ชั่วโมง มีค่าร้อยละ 17.8 ตามลำดับ ส่วนจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน (ได้รับอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน) ส่วนใหญ่พบ 4-6 วัน ร้อยละ 74.4 รองลงมา 7-9 วัน ร้อยละ 21.2 ในขณะที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับและมากกว่า 10 วันขึ้นไป (พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงสุดนาน 13 วัน จำนวน 1 คน) ร้อยละ 4.4 ในขณะที่มีการรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนืองที่บ้าน ร้อยละ 3.3

2. อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรก รับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล รายอาการและโดยรวม

2.1 อาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองรายอาการและโดยรวม

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะประคับประคองแรกเริ่มเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีค่าคะแนนเกิน 5 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) มีเพียง 5 ลำดับแรกในจำนวน 12 อาการ เรียงตามระดับค่าคะแนนมากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง ($\bar{X} = 7.80, SD = 2.39$) หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก

บรรณานุกรม

- กิติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
เกษิณี เพชรศรี, นางนุช บุญยัง และนที เกื้อกูลกิจการ. (2549). การจัดการด้านคุณภาพ
ในการวางแผนจำหน่าย ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 19-26.
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.
เข้าถึงได้จาก www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/
- กวิวัฒน์ วิรกุล. (2554). จะเริ่มต้นอย่างไรให้เป็นจริงฯ ภาค 1 โครงการ Palliative care
ในโรงพยาบาลศิริราช. ใน *การประชุมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่อง ความเชื่อมโยง
ของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 21-23 กุมภาพันธ์ 2554* (หน้า 25).
กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- งานพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โศกสำโรง. (2558). *แนวทางการดูแล
ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (WI-PCT-02.03/01)*. ลพบุรี: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
โศกสำโรง.
- จำลอง ดิษวานิช. (2547). ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. ใน *ลักษมี ชาญเวช (บรรณาธิการ),
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 54-61). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ดุสิต สตาวร. (2555). *From basic to bedside: Palliative care in the ICU: Symptom control*.
กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการุณย์*,
12(1), 31-39.
- นิรชา อัสวีรารกุล, ภัคคพงษ์ วงศ์คำ และฉิราพร พ่วงโพธิ์. (2556). *คู่มือสำหรับประชาชนการดูแล
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)*. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญทิwa ผู้วิทย์. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการ
การดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 153-164.
- พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงค์. (2557). *แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก:
การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล
และสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.

- พระไพศาล วิสาโล. (2554). เตรียมใจในยามป่วยหนัก. ใน ยุวเรศมคฺฐ์ สัทธินาถบญฺชา, อุมารณฺ์ไพศาล สุทธิเดช และสาคุน ปวีณวัฒน์. (บรรณาธิการ), *ประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ* (หน้า 245-253). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2543). การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ. *วารสารพยาบาล*, 49(2), 122-124.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). *ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- รศพร ประทุมวัน. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโรงพยาบาลของรัฐ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกร หวานกระโทก. (2556). *แบบจำลองการจัดการอาการของคอคอดคและคณะ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.bnc.ac.th/kmassetblog/index.php?topic=73.0>
- ศรีรัตน์ มากมาย. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 133-145.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ด้วยภูมิศาสตร์สารสนเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki>
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สาธารณสุขนำร่องจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายชีวิต ในโรงพยาบาล 16 แห่งและที่บ้าน*. เข้าถึงได้จาก www.pr.moph.go.th
- สายพิณ หัตถิรัตน์. (2545). คู่มือหมอครอบครัว 9: หลักการดูแลผู้ป่วยหมดหวังอย่างมีหวัง. *คลินิก*, 18(1), 33-37.
- ลิดารัตน์ สัมครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาพร ลีถานันท์กิจ. (2548). *ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา: คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2546). *สิทธิที่จะอยู่หรือตาย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระ

พระศรีนครินทราบรมราชชนนี. (2556). *หลักสูตรสำหรับฝึกรอบรณอาสาสมัครชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่มือการใช้*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ.

สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระใจ และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2547). *การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับ ขอบเขตทางกฎหมาย*. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 47-51). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.

อุมาภรณ์ ไพบูลสุทธิเดช. (2548). *การพยาบาลแบบประคับประคอง*. ใน *การประชุมวิชาการ ประจำปี 2548* (หน้า 113-120). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). *สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม* (หน้า 19-20). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

Aggarwal, G., Glare, P., Clarke, S., & Chaparis, P. H. (2006). Palliative and shared care concepts patients with advanced colorectal cancer. *Australian and New Zealand Journal Surgery*, 76(3), 175-180.

Annals of Oncology. (2007). *Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years*. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/annonc/mdm056>

Armstrong, T. S. (2003). Symptoms experience: A concept analysis. *Oncology Nursing Forum*, 30, 601-606.

Berry, P. M. (2007). The pain of residents with terminal cancer in USA nursing theory: family member' perspective. *International of Journal Palliative Nursing*, 13(1), 20-27.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]: A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal Palliative Care*, 7(2), 6-9.

Bruera, E., & Yennurajalingam, S. (2013). *Palliative care: Overview of fatigue, weakness, and asthenia*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-overview-of-fatigue-weakness-and-asthenia>

- Burns, N., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Caplan, R. D. (1987). Person-environment fit in organizations: Theories, factors, and values. In A. W. Riley, & S. J. Zaccaro (Eds.), *Occupational stress and organizational Effectiveness* (pp. 248-267). New York: Praeger.
- Casaret, D. J., & Inouye, S. K. (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Annals of Internal Medicine*, 135, 32-40.
- Chamberlin, B., Laude, F., Rolland, E., Langer, H., & Saillant, G. (1997). Evaluation of the direct cost of trochanteric fractures in the elderly: Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatricedel Appareil Moteur. *PubMed Database*, 83(7), 629-635.
- Cooley, M. E., Short, T. H., & Moriarty, H. J. (2002). Pattern of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. *Journal of Palliative Care*, 18(3), 150-160.
- Curtis, J. R. (2008). Caring for patients with critical illness and their families: The value of the integrated clinical team. *Respiratory Care*, 53(4), 480-487.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000). Dignity in dying. *Nursing Management*, 31(9), 52-57.
- Fu, M. R., LeMone, P., & McDaniel, R. W. (2004). An integrated approach to an analysis of symptom management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 65-70.
- Get-Kong, S., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T., & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 219-234.

- Haberman, M. (1996). The Measuring of Symptom Distress. In S. L. Groenwald, M. Goodman, M. H. Frogge, & C. H. (Eds.). *Yarbro cancer symptom management*. (pp. 10-18). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Ladawan, A., Petpichetchian, W., & Wiroonpanitch, W. (2005). A survey of common symptoms of cancer patients in southern Thailand. *Songkla Med Journal*, 23(2), 285-95.
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Liliana, D. L., Bruera, E., & Woodruff, R. (2002). International Association for Hospice and Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative care Pharmacotherapy*, 17(1), 31-37.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- McCorkel, R., & Young, K. (1978). Development of Symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1(11), 373-378.
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). *Advanced cancer and palliative care treatment guidelines for patients*. Retrieved from <http://www.chulacancer.net/patient-list.php?gid=48>
- Nekolaichuk, C., Watanabe, S., & Beaumont, C. (2008). The Edmonton Symptom Assessment System: A 15-year retrospective review of Validation studies (1991-2006). *Palliative Medicine*, 22, 111-122.
- Palliative Care Australia. (2001). *What is palliative care?*. Retrieved from <http://www.Palliative care.org>
- Pickett, M. (1993). Cultural awareness in the context of terminal illness. *Cancer Nursing*, 16(4), 102-106.
- Piper, B. F., & Cella, D. (2010). Cancer-related fatigue: definitions and clinical subtypes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 958-966.
- Ponte, P. R. (1992). Distress in cancer patients and primary nurse's empathy skills. *Cancer Nursing*, 15(4), 213-292.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptom in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*, 17, 310-314.
- Potter, M. (2004). *Emergency department*. Retrieved from <http://www.yvmc.org/yampa/services/emergency.html>.

- Puntillo, K. A., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., & Stannard, D. (2001). End of life issues In critical care unit: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care, 10*(4), 216-229.
- Reddy, S. K., Parsons, H. A., Elsayem, A., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Characteristics and correlates of dyspnea in Patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine, 12*(1), 29-36.
- Rhodes, V. A., & Watson, P. M. (1987). Symptom distress-the concept: Past and present. *Seminars in Oncology Nursing, 3*(4), 242-247.
- Rines, A. R., & Montag, M. L. (1976). *Nursing concept and nursing care*. New York: A Wiley Biomedical.
- Sigurdurdottir, K., & Haugen, D. (2008). *Prevalence of distressing symptoms in hospitalized patients on medical wards: A cross-sectional study*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/7/16>
- Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(1), 58-69.
- Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal Hospital Palliative Nursing, 14*(1), 61-70.
- The Canadian Hospice Palliative Care Association. (2014). *What is palliative care?*. Retrieved from <http://www.chpca.net/home>
- The Chopra Center. (2018). *Mind-body connection: Understanding the psycho-emotional roots of disease*. Retrieved from <https://chopra.com/articles/mind-body-connection-understanding-the-psycho-emotional-roots-of-disease>.
- Thong, M., Dijk, S., Noordzij, M., Boeschoten, E., Krediet, R., Dekker, F., & Kaptein, A. (2009). Symptom cluster in incident dialysis patient: Associations with clinical variables and quality of life. *Nephrology Dialysis Transplantation, 24*, 225-230.
- White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are nurses adequately prepared for end of life care? *Journal of Nursing Scholarship, 33*(2), 147-151.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ศรีอวยวงศ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นางมารยาท สุจริตรกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(ด้านการพยาบาล)
พยาบาลผู้จัดการรายกรณีระดับประคอง
โรงพยาบาลชลบุรี
จังหวัดชลบุรี
5. นางมยุรี ทับทิม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(ด้านการพยาบาล)
Nurse case palliative care
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
จังหวัดลพบุรี

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับจริงเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของ
ผู้ป่วยระยะประคับประคอง

Symptom Distress, Needs of Care, and Actual Received Nursing Care to Relieve the Symptoms among Palliative Care Patients

ชื่อนิติ นางวงษ์เดือน ทองใบใหญ่

รหัสประจำตัวนิติ 55920263

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 05 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 90 ราย สถานที่เก็บรวบรวม
ข้อมูลคือ ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรมหญิง ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยนารีเวชกรรม
หอผู้ป่วย ICU โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะ
ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-05-2559

ชื่อผู้วิจัย นางวงษ์เดือน ทองใบใหญ่

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยายถึงอาการทุกข์ทรมาน
ความต้องการการดูแล การพยาบาลที่ได้รับทั้งในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เปรียบเทียบ
อาการทุกข์ทรมานในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับในช่วงก่อนกลับบ้าน
และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลกับการพยาบาลที่ได้รับในช่วงแรกรับเข้าพักรักษาตัว
ในโรงพยาบาล และในช่วงก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัว
ในโรงพยาบาล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตาม
ที่กำหนดไว้ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 90 ราย เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่าน
จะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสัมภาษณ์ตามความจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด
จำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะประคับประคอง และตอนที่
2 แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับผู้ป่วยระยะ
ประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 อาการ
ทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแล ส่วนที่ 3
การพยาบาลที่ได้รับซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ที่จะได้รับ ทั้งต่อตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยและสังคมส่วนรวม
คือ จะช่วยให้ได้ข้อมูลย้อนกลับให้พยาบาล บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารใช้ประกอบ

การประเมินผลการดูแลของตนเอง และประกอบการตัดสินใจพัฒนาระบบการดูแล ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพอใจกับการบริการ ส่งผลบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานและสุขภาพโดยรวมของตัวผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับเข้าพักการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยออกไปพักรักษาตัวที่บ้าน แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างทำแบบสัมภาษณ์ถ้ามีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ปวด หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เหล่านี้ ก็ขอให้แจ้งผู้วิจัยทราบ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีส่งผลกระทบต่อใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัย ในผู้เก็บเอกสารและถือคฤงุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางวงษ์เดือน ทองใบใหญ่ หมายเลขโทรศัพท์ 090-087-3349 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-715-4600

นางวงษ์เดือน ทองใบใหญ่
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร.038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาล
ที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ได้ แต่มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยการแสดงออกในกิริยาท่าทางด้วยความเต็มใจ ก็ถือว่า กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องลงนามหรือประทับลายนิ้วมือก็ได้ แต่หากมี ญาติหรือผู้ดูแลก็ให้ลงนามเป็นผู้แทนหรือพยาน

ลงนาม.....ผู้แทน/ โดยชอบด้วยกฎหมาย
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับ ของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วันที่...../...../.....

รหัสผู้ให้ข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาล
ที่ได้รับประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน

ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแล

ส่วนที่ 3 การพยาบาลที่ได้รับ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

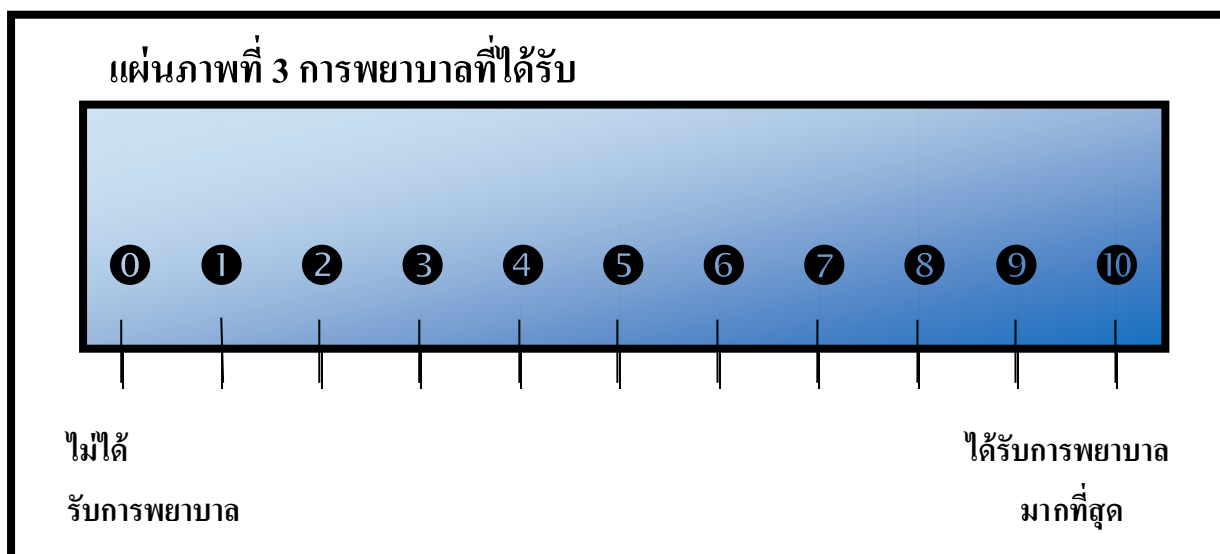
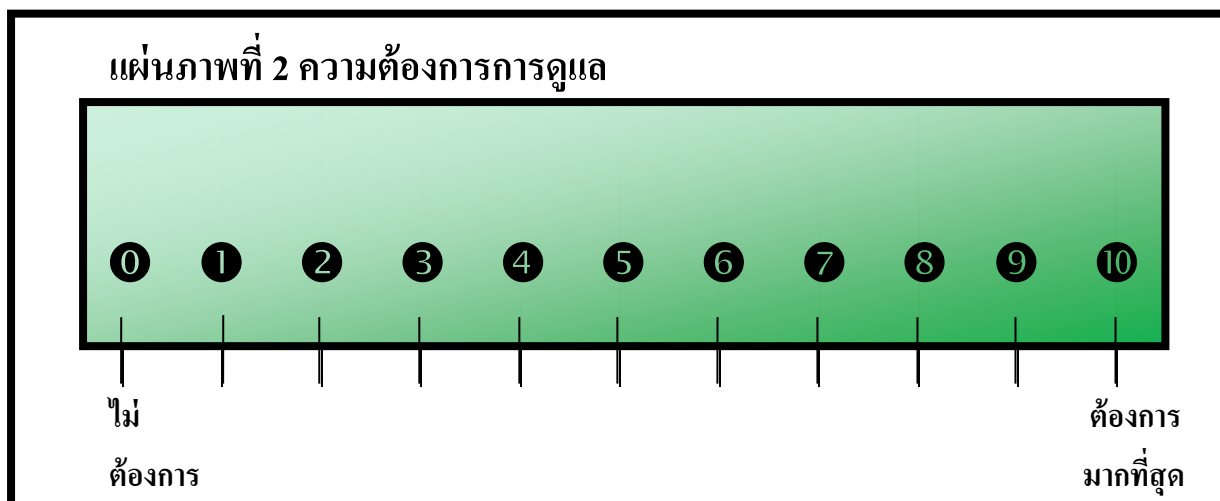
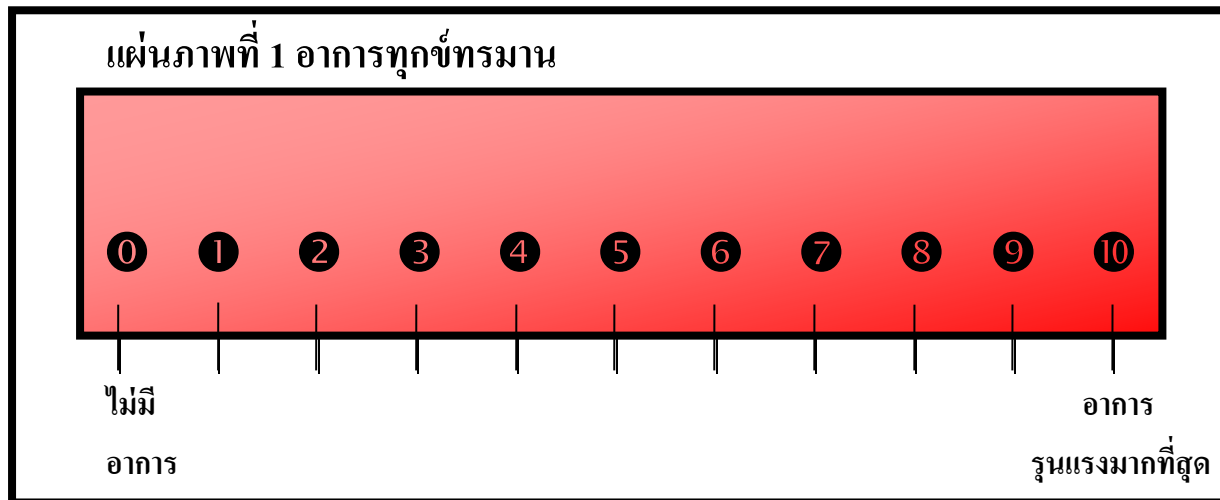
คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์เติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงใน () หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์
 () 3. อิสลาม () 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4.
.....
.....
5. สถานภาพสมรส
 () 1. คู่ () 2. โสด () 3. หม้าย/ หย่า/ แยกกัน
6.
.....
7. โรคที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก
 () 1. มะเร็ง ระบุ.....
 () 2. หัวใจทำงานล้มเหลว
 () 3. ถุงลมปอดอุดกั้น
 () 4. โรคเลือด
 () 5. อื่น ๆ ระบุ.....
8.
.....
9. การรักษาที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มเติมต่อเนืองที่บ้าน ระบุ.....
10.
.....
11. จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่เก็บข้อมูลก่อนกลับบ้าน.....วัน

แผ่นภาพประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแผ่นภาพประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อแสดงระดับอาการทุกข์ทรมาน ระดับความต้องการการดูแล และระดับการพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นสัญลักษณ์ตัวเลขและความเข้มของสีที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงให้เข้าใจได้ตรงและง่ายในการตอบด้วยการใช้แผ่นพีวีเจอร็อบอร์ด ขนาด กว้าง 9 นิ้ว x ยาว 12 นิ้ว แล้วติดทับด้วยสติ๊กเกอร์เป็นภาพที่มีลักษณะภาพคล้ายไม้บรรทัด กำกับด้วยตัวเลข 0-10 เพื่อเป็นมาตรวัดคำตอบ พร้อมกับใช้ความเข้มมากของแถบสีแสดงถึงความรุนแรงมาก และเมื่อจางลงแสดงถึงความรุนแรงน้อย โดยแยกเป็นแผ่นภาพสีแดง ใช้วัดอาการทุกข์ทรมาน แผ่นภาพสีเขียว ใช้วัดความต้องการการดูแล และแผ่นภาพสีน้ำเงิน ใช้วัดการพยาบาลที่ได้รับ

ภาพตัวอย่างแผ่นภาพประกอบการตอบแบบสัมภาษณ์



ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์อาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์วงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับอาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน ความต้องการการดูแล และการพยาบาล
 ที่ได้รับของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบประเมินนี้ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาตอบตามรายละเอียด
 แผ่นภาพช่วยตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแล้ว

อาการทุกข์ทรมานและความรุนแรงของอาการทุกข์ทรมาน											ความต้องการการดูแล										การพยาบาลที่ได้รับ												
	ไม่มีอาการ										อาการรุนแรงมากที่สุด	ไม่ต้องการ										ต้องการมากที่สุด	ไม่ได้รับการพยาบาล										ได้รับการพยาบาลมากที่สุด
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	0	1	2	3	4	5	6	7			8	9	10	0	1	2	3	4	5	
1. ปวด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. หายใจลำบาก/ หายใจเหนื่อย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. เบื่ออาหาร	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. คลื่นไส้/ อาเจียน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ท้องอืด/ แน่นท้อง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. ท้องผูก	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. อ่อนเพลีย/ เมื่อยล้า/ ไม่มีแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. วิดกกังวล	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. ซึมเศร้า	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. กลัว	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. สิ้นหวัง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. กระวนกระวาย	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. อื่นๆ.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10