

ชื่อ เรื่องวิจัย ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย  
จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางนงศ์รัศมี สัจจานิจการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลท่าวังผาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

#### บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนาประเมินผลเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิตที่มารับบริการและพักรักษาอยู่ตึกในโรงพยาบาลท่าวังผาและร่วมโครงการ การดูแลผู้ป่วย แบบ ประคับประคองจำนวน 20 คนระหว่าง เดือนมกราคม พฤศจิกายน 2554 จนถึง เมษายน 2555 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินดังนี้ 1.) การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างาม ( Good death ) 2.) เกณฑ์วัดค่าความรุนแรงของโรค 3.) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน 4.) แบบประเมินอาการรบกวน 9 อาการ แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง การวิจัยพบว่า ภายหลังการ 5.) ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลท่าวังผา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 1.) ร้อยละ 100 การเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างาม 2.) ร้อยละ 96 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคอง 3.) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลท่าวังผาครั้งนี้ยืนยันประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของทางโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมและมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลที่บ้านและมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาอาการรบกวนผู้ป่วย ได้ดีร้อยละ 80 ,กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดต่อการดูแลระดับลดลงเพราะผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านไม่มีการกลับมา Re Admit, จากผลสำรวจพบว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อการดูแลกับบุคคลอื่นเป็นที่รักในระยะเวลาที่หลงเหลืออยู่

4.) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตัวเอง (motivation) มีทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง

จากผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะให้พยาบาลมีการประเมินกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อคัดกรองโอกาสการเกิดความเครียดในการไม่มีความพร้อมต่อการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สุด การวิจัยและการปฏิบัติถือเป็นรากฐานสำคัญเฉพาะความร่วมมือที่มุ่งปรับปรุงการดูแลสำหรับโรคเรื้อรังร่วมกันต่อไป

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของโลกเป็นสาเหตุของการตายประมาณ 13 % ของการตายทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่า 6 ล้าน คนในปี 2547 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคนและมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆปีโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิด โรคมะเร็งซึ่ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาการเจ็บป่วยหลายปีในการก่อให้เกิดโรคในอนาคตประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีการควบคุมโรคก่อให้เกิดโครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนไปมีสารก่อมะเร็งมากขึ้นในสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประชากร โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่ได้มีจำนวน 30,940 ราย/ปี เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรกตามลำดับ

(แผนงานและสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National cancer Institute พ.ศ. 2554)

ความตายเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ระบบครอบครัวขาดภาวะสมดุล สร้างความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงได้ ความต้องการที่จะได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ป่วยโดยทั่วไป จนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิตถึงแม้รูปแบบการรักษาจะเป็นแบบประคับประคองแต่ผู้ป่วยก็ต้องการความหวังที่จะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาทุกข์ทรมานเกิดความสงบด้านจิตใจ จากรายงานสถิติโรงพยาบาลท่าวังผาปี 2554 มีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรครื้อรังและเสียชีวิต 40 ราย จำนวน 21 รายที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและร้อยละ 25 ต้องการไปใช้ชีวิตที่บ้านแต่ด้วยความไม่พร้อมต่อการดูแล และไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน ดังนั้นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรครื้อรัง จึงต้องอาศัยกระบวนการดูแลที่ครอบคลุม ดังนั้นทางหน่วยงานตึกผู้ป่วยในจึงคิดหาแนวทางการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายชุมชนในการดูแลร่วมกัน จึงค้นคว้าหาข้อมูลที่เป็นเครื่องมือด้วยเหตุดังกล่าวตามบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา จึงใช้กระบวนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรครื้อรัง chronic care model ของ Wagner' Chronic Care Model (2006) ซึ่งมีหลักการดูแลดังนี้คือ 1.) การมีระบบสุขภาพและองค์กรสุขภาพบริการชุมชน 2.) การออกแบบระบบบริการ 3.) สนับสนุนให้จัดการอาการบรรเทา 4.) การจัดการหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน 5.) การสนับสนุนการตัดสินใจของโรค 6.) มีระบบสารสนเทศทางคลินิกซึ่งการดูแลให้กลุ่ม โรครื้อรังถือว่าเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาลและการดูแลดังกล่าว จึงต้องอาศัยการวางแผนจำหน่ายล่วงหน้าก่อนเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน

**ขอบเขตของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนที่มารับบริการแผนกตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผาอำเภอท่าวังผาจังหวัดน่านระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2554- เมษายน 2555

**นิยามศัพท์**

**ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต (terminal stage)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะ โรคนี้ในอนาคตก็ออกไปนอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรต้องดูแลทั้งผู้ป่วย และผู้จะมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแล หรือ การเตรียมผู้จะมาดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ให้ความรู้ในเบื้องต้นเรื่องโรค และอาการของผู้ป่วย ระบุหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน

การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความเครียดสูง ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หดห้วงในชีวิต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความทุกข์ทรมานจาก สภาพการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ความ เจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของ ชีวิต มีส่วนหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ต้องการไปดูแลที่บ้านต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อที่บ้าน จนถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็น (Holistic Care) มีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) มี การพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเอง (Development for Self Care) ตลอดจนการมีส่วนร่วมวางแผนการรักษา และการดูแลผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย (Participation in Cure and Care) โดยมีการส่งต่อให้พยาบาล (Home Care Nurse) จากหน่วยประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน (Extended Care Unit) รวมทั้งมีเวลาให้ ผู้ดูแลได้พักผ่อนตามควร อาจต้องช่วยแก้ปัญหาในครอบครัวของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย และควรให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า เป็นการดูแลเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัว

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลทางการแพทย์ การ พยาบาลทุกชนิดตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแล ทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงระยะเวลาการป่วยใช้ ของผู้ป่วยรวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคองมัก มุ่งเน้นที่ปัยท่ายๆ หรือเดือนท่ายๆ ของชีวิต เมื่อความตายเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ว่าจะต้องเกิดขึ้นใน อนาคตไม่ใช่เป็นเพียงแค่มีความเป็นไปได้เท่านั้น การดูแลจึงเป็นเพียงให้การเฝ้าระวังภาวะอารมณ์ที่สื่อ ออกมาทางกาย รวมถึงความทุกข์ทรมานทางด้านสังคมและจิตวิญญาณซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในขณะนั้น โดยเป็น เรื่องที่ควรจะสามารถช่วยให้เกิดการบรรเทาได้ เป้าหมายของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง คือ การ ปรับตัวและบรรเทาความทุกข์ทรมานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีการสนับสนุน เพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยไม่คำนึงว่าจะจะเป็นโรคอะไร ลูกถามขนาดใด หรือความต้องการ ถึงการรักษา รูปแบบอื่น การดูแลรักษาแบบประคับประคองสามารถให้บริการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อยืดอายุ ผู้ป่วยหรือร่วมกับการรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคองจะเป็นรูปแบบ เดียวกัน ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล(hospital) หรือในสถานที่ๆ จัดไว้สำหรับรองรับผู้ป่วยกลุ่ม นี้โดยเฉพาะ (hospice) หรือที่บ้าน (home) ของผู้ป่วยกฎเกณฑ์และเวชปฏิบัติของการดูแลรักษาแบบ ประคับประคองควรนำมาใช้ปฏิบัติก่อนวันหรือสัปดาห์ที่ท่ายๆของชีวิต การดูแลระยะสุดท้าย (terminal care) และการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย (care the dying) เป็นอีกสองขั้นตอนหรือระยะของการดูแลอย่างต่อเนื่องของการ ดูแลรักษาแบบประคับประคอง โปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice program) เป็น โปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อทำงานประสาน ไปด้วยกับ “การบริการด้านประคับประคองและการช่วยคำจุน

(palliative and supportive services)” โดยเป็นการทำงานให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่บุคคลใกล้เสียชีวิตและครอบครัว การบริการต่างๆถูกจัดทำขึ้นโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ โดยประกอบด้วยมืออาชีพและอาสาสมัคร มีการดูแลหลังความตายแก่ครอบครัวไว้พร้อมบริการ

หัวใจหลักของ Hospice Care และ Palliative Care คือหลักการคิดเห็นที่ตรงกันคือในหลักการเรื่อง “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” กล่าวคือไม่ยืดชีวิตไว้ด้วยวิธีการหรือเครื่องช่วยชีวิตแบบต่างๆ เมื่อไม่มีโอกาสรอด หรือเร่งให้ผู้ป่วยตายอย่างผิดธรรมชาติด้วยวิธีการต่างๆแต่จะทำให้ผู้ป่วยพบกับการตายที่ดี สถานดูแลผู้ป่วย ซิเชลี้ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเน้นบุคคลกรไม่เน้นเทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องมีบุคคลกรที่หลากหลายในการเยียวยา ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาชีพ อาสาสมัคร บุคคลกรด้านศาสนา และอื่นๆ ซึ่งสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังเน้นการจัดบรรยากาศแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายที่สุดทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยการดูแลเป็นหน้าที่หลักของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อลดความทุกข์ทรมานและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกๆด้านเท่าที่ทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกาย ความสัมพันธ์ จิตใจ หรือจิตวิญญาณการสร้างความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยและญาติถือเป็นภารกิจหลักของสถานดูแลที่จะให้ผู้ป่วยและญาติไปเผชิญกับเหตุการณ์ด้วยตัวเองที่บ้านดังนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ระบบงานการดูแลผู้ป่วยเกิดความสมบูรณ์มากขึ้น และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติต่อการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลตลอดจนถึงเกิดความเอื้ออาทรต่อการดูแลร่วมกันซึ่งกระบวนการดูแลดังนี้

1. การคัดเลือผู้ป่วยที่มีระดับ PPs น้อยกว่า 40 % ลงมา
2. การวางแผนร่วมประชุมกับเครือข่ายเพื่อเป็นการสื่อสารการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเครือข่ายให้แนวทางการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน
3. การวางแผนจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลตำบลและการเชิญบุคลากรในท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น จิตอาสา ผู้ใหญ่บ้านกำนัน หรือเทศบาล ตลอดจนถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอาทิเช่นองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้เพื่อให้เห็นสภาพผู้ป่วยที่แท้จริงก่อนจำหน่ายและการเตรียมพร้อมก่อนการจำหน่ายของทีมสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาล
4. การหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดหรือบรรเทาทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
5. การหาแนวร่วมการแบ่งเบาภาระของชุมชน
6. การให้แนวทางและแหล่งให้คำปรึกษา
7. การหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่าย 8. การออกติดตามเยี่ยมบ้าน (HHC)

คือ วันจันทร์ พุธ วันศุกร์

#### **การดูแลทางการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered)**

1. ในการดูแลลักษณะของ “การแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” นั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในตอนเริ่มต้นและเป็นผู้ให้การตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดเป็นคนสุดท้าย

2. กฎสำคัญของทางการแพทย์ลักษณะนี้ คือ ความต้องการ ความมุ่งมั่น ของผู้ป่วยไม่ใช่สุขภาพของ ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสุด
3. ผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิในการรับรู้ผลการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค วิธีและชนิดของการบำบัด รวมถึงชนิดของการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ปฏิบัติกับตัวเขา
4. ญาติมิตรไม่มีสิทธิในการยับยั้งการบอกกล่าวเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการป่วยไข้แก่ตัวผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้รับรู้ว่าในมาตรการดูแลรักษารูปแบบนี้ไม่มีอะไรที่ถูกต้องหรือผิดและผู้ป่วย สามารถบอกให้หยุดหรือปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาได้ทุกเวลา

#### **บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแบบประคับประคองประกอบด้วย**

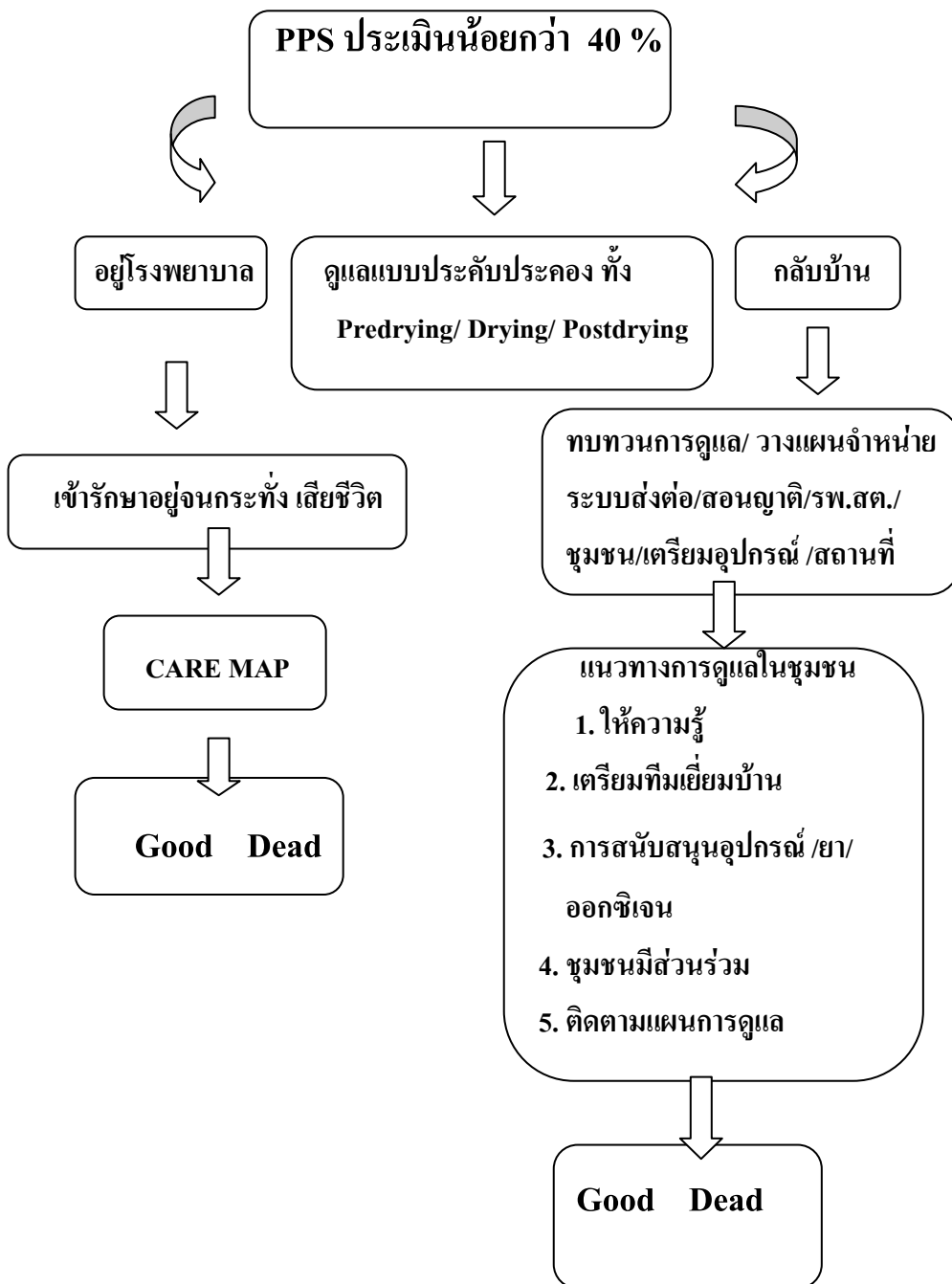
1. แพทย์ อาจประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ที่ชำนาญใน การดูแลรักษาแบบประคับประคองและแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับชนิดของการ ป่วยไข้ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ
2. พยาบาล อาจประกอบด้วย พยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลของชุมชน รวมถึงพยาบาลพิเศษที่รับเฝ้าไข้ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)
3. บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวเวช บำบัดนักจิตวิทยา เภสัชกร โภชนากร ฯลฯ
4. อาสาสมัคร
5. ผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่หลากหลายตามการเคารพนับถือ รวมถึง ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ของผู้ป่วยแต่ละราย
6. ทรัพยากรบุคคลอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งอาจประกอบด้วย หมอนวด แพทย์แผนโบราณ แพทย์พื้นบ้าน ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักดนตรีบำบัด ผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ องค์กรสงเคราะห์ใน ชุมชน ฯลฯ
7. **ครอบครัว (family)** ในบางโอกาสครอบครัวคือ บุคคลที่ผู้ป่วยแจ้งให้เป็นผู้ทำการตัดสินใจแทนในช่วง สุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ได้ชานคาเดียวกันกับผู้ป่วยหรือเกี่ยวพันทาง สายเลือด แต่โดยภาพรวมเป็นบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งนอกจากจะต้องได้รับการดูแลจากทีมงานของ การดูแลรักษาแบบประคับประคองแล้ว โดยสถานภาพที่แท้จริงเป็นสมาชิกของทีมงานที่สำคัญอย่างยิ่งขาด เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้จัดหาให้ถึงการดูแลในเกือบทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการ ใช้ชีวิตประจำวัน การจัดให้ยาตามเวลา การดูแลรักษาด้านสุขอนามัย การทำแผล ฯลฯ มีการทบทวนอย่าง ต่อเนื่อง (regular review) สถานการณ์การป่วยไข้และสภาพทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มาตรการของการบำบัดที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ได้ถึงความสุขสบายในวันนี้ อาจไม่ เพียงพอในวันต่อๆ ไป การประเมินถึงความสุขสบายและมาตรการบำบัดควรกระทำกันบ่อยครั้งและอย่าง สม่าเสมอ ตัวอย่างเช่น การทำงานของอวัยวะผู้ป่วยบางชนิดที่ถดถอย การขอปรับเปลี่ยนเป้าหมายการ

รักษาพยาบาล ภาวะเบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือแม้แต่มโนคติของยาที่ใช้อาจเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

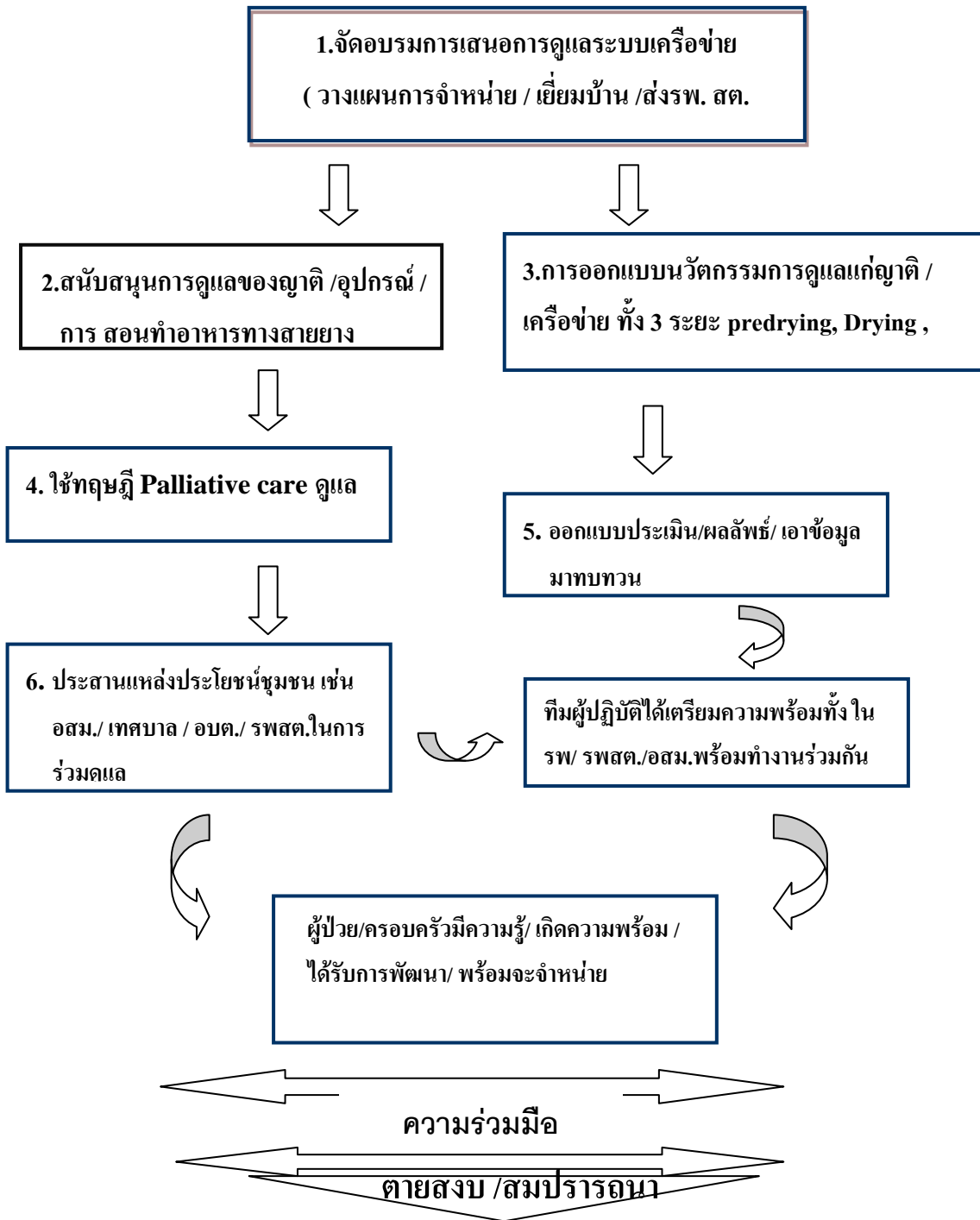
### คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีระดับ PPS น้อยกว่า 40 ที่เข้า Hospice Ward มีญาติที่ดูแลและต้องการกลับไปดูแลที่บ้าน
  2. ตั้งแต่แรกรับ Admit ผู้ป่วย ตรวจร่างกายสภาพอาการทั่วไปของผู้ป่วย / วัด vital sing
  3. ให้ Medical care และ nursing care ตาม order ของแพทย์และหลักการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม โรครื้อรัง ของ Wagner' Chronic Care Model (2006)
  4. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
  5. สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาลและการส่งต่อไปอยู่ที่บ้าน ตลอดจนถึงการให้กำลังใจต่อการเผชิญปัญหาต่างๆ
  6. ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่างๆของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้านตลอดจนเทคนิคการเพิ่มคุณภาพชีวิตและระยะเวลาที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อกัน
  7. ถามความสมัครใจการเข้าร่วมโครงการของญาติผู้ป่วยจำนวน 20 ราย และเซ็นยินยอม
  8. ก่อนจำหน่าย 1 สัปดาห์มีการวางล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อม โดยให้ทีมสหสาขาประเมินอีกครั้งต่อความพร้อมต่อการจำหน่ายระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชนและมีการประสานงานภายในวันที่จำหน่ายเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันมีตารางบันทึกความปวด ( pain Management) หรืออาการรบกวนที่บ้านเพื่อประเมินต่อการพิจารณาการให้ยาบรรเทาอาการกลุ่ม opioid ประเภท morphine ในรูปแบบต่างๆที่เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้โดยได้นำเอาของสปสข . และแบบประเมินภาวะ Good death ของคุณไพรินทร์ สมบัติ มาอ้างอิงเพื่อใช้ประเมินในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและนอกจากนี้ยังมีใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ทำร่วมกันกับเครือข่ายเป็นแนวทางในการดูแล/ แผ่นพับประกอบความรู้ต่อการดูแลที่บ้านตลอดจนรูปแบบให้คำปรึกษาคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) ของผู้ป่วยและส่งเสริม Empowerment การดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ ให้กับครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ระยะเวลาที่หลงเหลืออยู่หาแนวทาง การแพทย์รักษาทางเลือกได้แพทย์ทางเลือกหมายถึงแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือ Alternative Medicine คือการแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนกับแผนปัจจุบันหน่วยงานของสหรัฐอเมริกา (NCCAM) จำแนกเป็น 5 กลุ่มดังนี้
- 1.) การแพทย์ทางเลือกด้วยวิธีการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยบำบัดและหัตถการ
  - 2.) วิธีบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ
  - 3.) วิธีบำบัดด้วยสารชีวภาพ เม้นกระทั้งอาหารสุขภาพ
  - 4.) วิธีบำบัดแบบ Osteopathy / Chiropractic และการสวดมนต์บำบัด

# แผนผังที่ 1. การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีระดับ PPS น้อยกว่า 40



## แผนผังที่ 2. รูปแบบการดูแลร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และเครือข่ายชุมชน





## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเครื่องมือ (validity) ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่านที่มีความรอบรู้หรือมีประสบการณ์ในแนวทางการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน โดยนำข้อคิดเห็นและสนับสนุนมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามลำดับ

2. แบบวัดการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Good Death) ของคุณไพรินทร์ สมบัติ มีจำนวน 4 ข้อ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีระดับPPS น้อยกว่า 40% ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่าวิงผา อำเภอท่าวิงผา จังหวัดน่าน

## ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินต่อการดูแลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีระดับPPS น้อยกว่า 40% ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่าวิงผา จำนวน 21 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบความถี่เฉลี่ย ร้อยละ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนดำเนินการได้ถามความสมัครใจชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย และสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและสกุลของกลุ่มตัวอย่างและนำไปใช้กับประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาลท่าวิงผา ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลตำบล และสถานีอนามัยในเครือข่ายเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันกับเจ้าหน้าที่เครือข่าย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวิงผา / โรงพยาบาลตำบล และสถานีอนามัย เพื่อแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับPPS ที่น้อยกว่า 40 % และญาติที่ต้องการพาผู้ป่วยไปดูแลที่บ้าน โดยเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงเข้าไปแนะนำตัว ขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยโดยเก็บข้อมูลที่ละคนและทำร่วมกับเจ้าหน้าที่เครือข่ายในเขตรับผิดชอบผู้ป่วยนั้นๆตามระยะเวลาที่ออกเยี่ยมและเสร็จสิ้นโครงการจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

5. นำข้อมูลที่ได้ออกจากการดูแลร่วมกันทั้งญาติผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่เครือข่ายชุมชน มาคิดคะแนนมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่เฉลี่ยร้อยละ วัดผลก่อนและหลัง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิจัย เรื่องผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลคูเรือชุมชน นำเสนอโดยบรรยายประกอบตารางแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการดูแลกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุระหว่าง 45- 87 ปี เพศชาย 16 คน เพศหญิง 4 คน มีสถานภาพคู่ 19 ราย มีบุตรหลานดูแล หย่าร้าง 1 ราย ภรรยาที่หย่าร้างไปดูแล อายุ 40-45 จำนวน 1 ราย, อายุ 46- 60 จำนวน 3 ราย, อายุ 60-70 จำนวน 6 ราย , อายุมากกว่า 70 จำนวน 10 ราย จากนั้นนำผลวิเคราะห์มาประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละผลการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสงบร้อยละ 100, ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 84, ญาติความพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96, เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 91, เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันร้อยละ 88 ดังรายละเอียดตามตารางดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส  
ระดับการศึกษา และอาชีพ

| ข้อมูลทั่วไป   | จำนวน( N= 20) | ร้อยละ |
|----------------|---------------|--------|
| อายุ 40- 45 ปี | 1             | 5      |
| 46- 60 ปี      | 3             | 15     |
| 60- 70 ปี      | 6             | 30     |
| มากกว่า 70 ปี  | 10            | 50     |
| สถานภาพสมรส    |               |        |
| คู่            | 19            | 95     |
| โสด            | -             | -      |
| หย่า           | 1             | 5      |
| แยก            | -             | -      |
| ประถมศึกษา     | 20            | 100    |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรักษาที่ได้รับ

| ข้อมูลทั่วไป               | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------|-------|--------|
| การรักษาที่ได้รับ ( n =21) |       |        |
| รังสีรักษา                 | 1     | 5      |
| รักษาตามอาการ              | 19    | 95     |

### ตารางที่ 3

| ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทาง Humanize care                      |        |      |
|--|--------|------|
| ผลลัพธ์  | ร้อยละ |      |
|  | ก่อน   | หลัง |
| <b>การประเมินผล</b>                                      |        |      |
| <b>ผลลัพธ์เชิงหน้าที่ ( functional outcome)</b>          |        |      |
| ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแนว            | 89.50  | 91   |
| การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ)                   |        |      |
| เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกัน (ร้อยละ)      | -      | 88   |
| <b>ผลลัพธ์ต่อความพึงพอใจ (Satisfaction outcomes)</b>     |        |      |
| ญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแล (ร้อยละ)                     | 88     | 96   |
| ความสามารถของญาติในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ) | 80     | 84   |
| คะแนนเฉลี่ยผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ | 100    | 100  |
| รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการดูแลและเสียชีวิต       |        |      |
| สงบและสง่างาม (ร้อยละ)                                   |        |      |

### ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิก

| ผลลัพธ์                                    | ร้อยละ      |             |
|--|-------------|-------------|
|  | ก่อน        | หลัง        |
| <b>การประเมินผล</b>                        |             |             |
| ความเหมาะสมของการนำยาบรรเทาปวด             | 60          | 90.40       |
| Mophine 10 mg ไปใช้ที่บ้าน (ร้อยละ)        |             |             |
| ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดจำนวน 19 ราย | 60 (12 ราย) | 95 (19 ราย) |
| ระดับความเจ็บปวดบรรเทาจาก 10 คะแนนลดลง     | 70          | 95          |
| 8-10 จำนวน 19 ราย                          |             |             |
| ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยกลับมาใส่อุปกรณ์จำนวน  | 75 (15 ราย) | 10 (2 ราย)  |
| (ราย)                                      |             |             |

## ตารางที่ 5.

### ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ทาง Economic

| ผลลัพธ์   | ร้อยละ/ การลดค่าใช้จ่าย                        |                                    |
|---|--|------------------------------------|
|   | ก่อน   | หลัง                               |
| การประเมินผล  |  |                                    |
| ทางญาติสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย                          | มากกว่า 10,000<br>(500 x มากกว่า 4 ครั้ง/ ราย) | 10,000 บาท<br>(500 x 4 ครั้ง/ ราย) |
| ญาติผู้ป่วยไม่ต้องมาส่ง/และดูแลที่โรงพยาบาล<br>(ร้อยละ) | 75   | 100                                |
| แหล่งประโยชน์ชุมชน<br>(ร้อยละ)                          | 25   | 85                                 |
| - เทศบาล  |  |                                    |
| - อบต.  |  |                                    |
| - 1669  |  |                                    |

### ผลการศึกษา

พบว่าผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนสามารถสร้างแนวทางการดูแลได้ดังนี้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสุขร้อยละ 100 ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่อการดูแลได้เหมาะสมร้อยละ 84 ญาติผู้ป่วยพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96 เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 91 เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานร่วมกันร้อยละ 88 ผลทางคลินิกด้านความเหมาะสมของการใช้ยาต่อผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 90.43 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดจากการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดเม็ด morphine mg ร้อยละ 90.40

ญาตินำผู้ป่วยมาใส่อุปกรณ์แล้วกลับบ้านจำนวน 2 ราย ผลทางเศรษฐกิจทางญาติสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายต่อการมาส่งผู้ป่วยและการเฝ้าไข้และดูแลที่โรงพยาบาลจำนวน 20 ราย มีแหล่งประโยชน์ภายในชุมชนเข้ามาดูแลและให้ความร่วมมือช่วยเหลือ เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

## อภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาล  
สู่เครือข่ายชุมชนที่แผนกตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านจำนวน 20 ราย  
อภิปรายผลเรียงลำดับดังนี้

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่าวัง  
ผาที่มีระดับ PPS น้อยกว่า 40 % จำนวน 20 ราย อายุระหว่าง 45- 82 ปี จัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและ  
วัยสูงอายุตอนปลาย และวัยชรา กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 52.38)

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีสถานภาพสมรสร้อยละ 95.24 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 100  
ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 100 มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือนลักษณะทั่วไปเช่นนี้  
เคยมีผู้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งมีหลายสาเหตุแต่มีส่วนหนึ่งที่เป็นปัจจัยส่งเสริมคือ  
ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และมีอาชีพเกษตรกรโดยอธิบายว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล  
สุขภาพตนเอง และรับประทานอาหารที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำเป็นประจำ การศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่  
เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เป็นระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลกลุ่มโรค Chronic care  
model ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioid ได้แก่ Morphine Slow Released Tablet  
(MST) ทุก 8 – 12 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มขึ้น ต้องรักษาด้วยยาฉีด Morphine 3 –  
10 mgs. prn. for severe pain ตามดุลยพินิจของแพทย์ขณะที่อยู่โรงพยาบาลและยา Morphine 10 mgs ชนิด  
เม็ดและชนิดน้ำไปใช้รับประทานที่บ้านร้อยละ 90.24 และมีเพียงร้อยละ 4.7 ที่ทำการฉีกร่วมกับ  
ประคบยาบรรเทาปวดและสนับสนุนการให้ไปใช้ออกซิเจนที่บ้านจำนวน 8 ราย เป็นต้น

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง  
ระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน ช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ยั่งยืนและเพื่อหาแนว  
ทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่ายชุมชน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับ PPS น้อยกว่า 40 % ที่จำหน่ายออกจาก  
ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน และกลับไปดูแลที่บ้านในระยะเวลาที่ศึกษา 6  
เดือนตั้งแต่เดือน 1 พฤศจิกายน 2554- 30 เมษายน 2555 จำนวน 20 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบประเมินอาการรบกวนการเจ็บป่วยผู้ป่วย 9 อาการ  
ESAS (Edmonton Symptoms Assessment)
2. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง PPS ( Palliative Performance scale )
3. แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม ( Good death)
4. ใบส่งต่อผู้ป่วย Palliative care ไปยังสถานีนอนมัย
5. ใบตอบกลับการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลา 6 เดือนจนครบ 20 รายหลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อแสดงข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ

#### ผลการวิจัย

พบว่าผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่าวังผาสุกเครือข่ายชุมชนได้รับการดูแลและเสียชีวิตอย่างสงบร้อยละ 100, ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 84, ญาติความพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96, เจ้าหน้าที่พึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 91, เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันร้อยละ 88

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย จึงมีข้อจำกัดในการนำผลไปอ้างอิงกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้ระยะเวลาที่หลงเหลืออยู่นานกว่านี้และในครั้งนี้อาจไม่สามารถนำผลไปอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินการจะเห็นได้ว่าร้อยละของการดูแลของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายชุมชนที่ทำงานร่วมกันยังไม่ถึงร้อยละ 90 อาจเนื่องมาจากบุคลากรเครือข่ายมีจำนวนน้อยแต่ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมีมาก บางครั้งจึงไม่พร้อมที่จะออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันจึงทำให้การประเมินต่อการดูแลบางอย่างไม่ครอบคลุมซึ่งต้องนำข้อมูลมาหารือในที่ประชุมที่นำมาทางคลินิก เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น วางแผนให้มีการดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยตลอดจนถึงคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวเรื่องชีวิตหลังความตาย รวมทั้งผลักดันให้เป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับเครือข่ายชุมชนในระดับต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นในช่วงระยะเวลาเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงพอหรือไม่ โดยเฉพาะการดำเนินการรูปแบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในด้าน การวิจัยและการปฏิบัติถือเป็นรากฐานสำคัญโดยเฉาะความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการนำโปรแกรมเครื่องมือมาใช้เพื่อมุ่งปรับปรุงการดูแลสำหรับโรคเรื้อรังร่วมกันต่อไป ( Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease)

## เอกสารอ้างอิง

- ปัทมา โกมุทบุตร พ.บ. ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พิกุล นันทิชัยพันธ์ .(2547).การปฏิบัติการพยาบาลอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ เอกสารประกอบการสอนวิชาการใช้ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่.คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ไพรินทร์ สมบัติ, อารีย์ วรปรางกุล. (2548).ความหมายของคำว่าตายดี : การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว.
- วิโรจน์ เกียมจรัสรังสี. การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model หรือ CCM), 2547
- สมบรมณ์ เกาส่อง.(2548)การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่.
- สถาพร ลีตานันทกิจ.(2547). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต.พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ. โรง พิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุนิศา สุขตระกูล.(2544) ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ.(2554). ก่อนถึงวันสุดท้าย.สนง.วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.พิมพ์ครั้งที่1 สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ จากการ เจ็บป่วยที่สมองเฉียบพลัน สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ . บัณฑิตวิทยาลัยหาวิทยาลัยมหิดล
- เอกสารประกอบการอบรม.(2554). โครงการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของเครือข่ายจังหวัด น่านและโรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่.



Anderson G, Horvath J. The Growing Burden of Chronic Disease in America, Public Health Reports, May-June 2004

Dr. Ed Wagner, national program director, Improving Chronic Illness Care. Journal of Advanced Nursing, Health Aff 2001;20(6):64-78.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง จี๊ดเครื่องหมาย ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี
2. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่าร้าง
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร  
( ) ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ ( ) เกษตรกรรม ( ) รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง/ ลูกจ้าง  
( ) ไม่ได้ทำงาน / ไม่มีอาชีพ / ผู้สูงอายุ  
( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( ) 2,000 บาทและต่ำกว่า ( ) 2,001- 4,000 บาท  
( ) 4,001- 6,000 บาท ( ) 6,001- 8,000 บาท  
( ) 8,001- 10,000 บาท ( ) 10,000 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาทำวิจัย.....
7. การรักษาที่ได้รับ .....
- .....
- .....

ส่วนที่ 2. 1. แบบประเมินอาการรบกวนการเจ็บป่วยผู้ป่วย 9 อาการ  
 ESAS (Edmonton Symptoms Assessment)  
 Thawangpha Hospital Modal (ฉบับอ้างอิง)  
 (โปรดทำเครื่องหมายที่ตรงกับระดับความรู้สึกของผู้ป่วย)

| ลำดับ | เกณฑ์ประเมินอาการรบกวน   | ระดับคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัวขณะที่ได้รับการประเมิน |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | หมายเหตุ |  |
|-------|--------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|--|
|       |                          | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |          |  |
| 1     | อาการปวด                 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 2     | อาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 3     | อาการคลื่นไส้ อาเจียน    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 4     | อาการซึมเศร้า            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 5     | ความวิตกกังวล            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 6     | อาการง่วงซึมและสับสน     |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 7     | เบื่ออาหาร               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 8     | ไม่สบายทั้งกายและใจ      |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 9     | อาการหายใจเหนื่อยหอบ     |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |
| 10    | ปัญหาอื่นๆ               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |  |

2.  
แบบ  
ประเมิน  
อาการ  
รบกวน  
ผู้ป่วย  
แบบ  
ประ

หมายเหตุ ประเมินระดับอาการ จาก 0-10 (จากน้อยไปหามาก)  
 ศัพท์ประกอบ PPS (- Palliative Performance scale )

| ร้อยละ pps | การเคลื่อนไหว           | การปฏิบัติกิจกรรมและการ<br>ดำเนินโรค              | การทำกิจวัตร<br>ประจำวัน | การรับประทานอาหาร | ระดับความรู้สึกตัว                |
|------------|-------------------------|---|--------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| 100        | เคลื่อนไหวปกติ          | ทำกิจกรรมได้ / ไม่มีอาการของ<br>โรค               | ทำเองได้                 | ปกติ              | รู้ตัวดี                          |
| 90         | เคลื่อนไหวปกติ          | มีอาการของโรคบางอาการ                             | ทำเองได้                 | ปกติ              | รู้ตัวดี                          |
| 80         | เคลื่อนไหวปกติ          | ออกแรงมีอาการของโรคบาง<br>อาการ                   | ทำเองได้                 | ปกติ / ลดลง       | รู้ตัวดี                          |
| 70         | เคลื่อนไหวลดลง          | ไม่สามารถทำกิจกรรม /<br>มีอาการของโรครุนแรง       | ทำเองได้                 | ปกติ / ลดลง       | รู้ตัวดี                          |
| 60         | เคลื่อนไหวลดลง          | ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย /<br>มีอาการของโรครุนแรง | ช่วยเหลือ<br>บางครั้ง    | ปกติ / ลดลง       | สับสน/<br>รู้สึกรู้ตัวดี          |
| 50         | นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ | โรคลุกลามมากขึ้น                                  | ช่วยเหลือ<br>มากขึ้น     | ปกติ / ลดลง       | รู้ตัวดี/สับสน                    |
| 40         | นอนตลอดเวลา             | อาการลุกลามของโรครุนแรงขึ้น                       | ช่วยเหลือ<br>ส่วนใหญ่    | ปกติ / ลดลง       | ง่วงซึม /<br>สับสน/รู้สึกรู้ตัวดี |
| 30         | นอนตลอดเวลา             | อาการลุกลามของโรครุนแรงขึ้น                       | ช่วยเหลือทั้งหมด         | ลดลง              | ง่วงซึม /สับสน                    |
| 20         | นอนตลอดเวลา             | อาการลุกลามของโรครุนแรงขึ้น                       | ช่วยเหลือทั้งหมด         | จิบน้ำได้น้อย     | ง่วงซึม/สับสน                     |
| 10         | นอนตลอดเวลา             | อาการลุกลามของโรครุนแรงขึ้น                       | ช่วยเหลือ<br>ทั้งหมด     | -                 | ซึมไม่รู้ตัว-                     |
| 0          | เสียชีวิต               | -   | -                        | -                 | -                                 |

หมายเหตุ ประเมินตามระดับร้อยละของ PPS

### 3. แบบประเมินการเสียชีวิตอย่างสง่างาม ( Good death)

กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องระดับความพึงพอใจที่ตรงกับความรู้สึของท่าน

| ข้อ | รายการประเมิน   | ใช่ | ไม่ใช่ | หมายเหตุ |
|-----|---|-----|--------|----------|
| 1   | ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบโดยปราศจากความทุกข์ทรมานด้วยอาการที่ควบคุมไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต |     |        |          |
| 2   | ผู้ป่วยได้สิ้นใจท่ามกลางความอบอุ่นจากญาติและบุคคลอันเป็นที่รัก  |     |        |          |
| 3   | ผู้ป่วยได้สิ้นใจโดยปราศจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยยืดชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วย             |     |        |          |
| 4   | ความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการตายของตนเองได้รับการตอบสนอง                                  |     |        |          |

ส่วนที่ 4.

**ใบตอบกลับการดูแลผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

จากสถานีอนามัย ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ถึง ศูนย์ Palliative care โรงพยาบาลท่าม่วง

ตามที่ได้รับการส่งตัวผู้ป่วย ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ .....ปี

การวินิจฉัยโรค .....

จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าม่วงผู้ป่วยมีปัญหา ดังต่อไปนี้

| รายการ   | มี | ไม่มี |
|--|----|-------|
| <b>1. ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วย</b>                   |    |       |
| ปวดบริเวณ.....คะแนนความปวด =..... คะแนน                |    |       |
| คลื่นไส้ อาเจียน                                       |    |       |
| เบื่ออาหาร   |    |       |
| แน่นท้อง   |    |       |
| หายใจลำบาก/หายใจไม่สะดวก/หายใจเหนื่อย                  |    |       |
| มีอัตราการหายใจ ..... ครั้ง/นาที                       |    |       |
| อื่นๆ .....  |    |       |
| <b>2. ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย</b>                     |    |       |
| วิตกกังวล เนื่องจาก .....                              |    |       |
| ซึมเศร้า เนื่องจาก .....                               |    |       |
| เครียด เนื่องจาก .....                                 |    |       |
| ท้อแท้ใจ เนื่องจาก .....                               |    |       |
| ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางร่างกาย                      |    |       |
| อื่นๆ .....  |    |       |
| <b>3. ปัญหาด้านสังคม/เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว</b> |    |       |
| ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน                             |    |       |
| สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับไม่ได้กับสภาพ          |    |       |
| ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย                                 |    |       |
| ครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย  |    |       |
| ที่บ้าน  |    |       |
| ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล     |    |       |

| รายการ   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| <b>4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย</b>                             |     |        |
| โกรธ หรือ ไม่พอใจ โดยคิดว่าการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่                 |     |        |
| เกิดจาก การไม่ได้รับความยุติธรรมจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์                |     |        |
| ขาดแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น สามเณรหรือลูก                    |     |        |
| /ภรรยาหรือบุคคลที่เป็นที่รักของผู้ป่วยไม่มาดูแล                    |     |        |
| ผู้ป่วย  |     |        |
| กลัวต่อความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ เช่น ไม่กล้าหลับ                   |     |        |
| เพราะกลัวมีคนพาไปภพอื่น แล้วจะไม่ได้เห็นหน้าลูก                    |     |        |
| กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก                               |     |        |
| ท้อแท้สิ้นหวัง คิดว่ามีใครจะช่วยให้รอดพ้นจาก                       |     |        |
| ความทุกข์ที่กำลังเผชิญ แม้แต่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถืออยู่         |     |        |
| ก็ช่วยเหลือไม่ได้  |     |        |
| อื่นๆ .....  |     |        |
| <b>5. การดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากสถานพยาบาลในพื้นที่</b> |     |        |
| .....  |     |        |
| .....  |     |        |
| <b>6. ความช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์ที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยและ</b>  |     |        |
| <b>ครอบครัว</b> .....  |     |        |
| .....  |     |        |
| .....  |     |        |
| <b>7. แผนการดูแลต่อเนื่อง</b> .....                                |     |        |
| .....  |     |        |
| .....  |     |        |
| .....  |     |        |

**หมายเหตุ**

ไม่พบผู้ป่วยเนื่องจาก ( ) ย้ายที่อยู่ ( ) ตาย เมื่อวันที่ ..... ลงชื่อ.....

ส่วนที่ 5.

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ใบส่งต่อผู้ป่วย Palliative care ไปโรงพยาบาลสถานีนอนามัยตำบล

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เลขที่ ...../.....

จากหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ท่าวังผา เบอร์โทรศัพท์ .054755516 ต่อ 147,121

ถึง หัวหน้าสถานีนอนามัยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

พร้อมหนังสือขอส่งตัวผู้ป่วยชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัดน่าน, เบอร์โทรศัพท์ .....

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ ..... นามสกุล ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ที่อยู่ของญาติ ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

.....

เพื่อ  ดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลในพื้นที่

1.) วันเดือนปีที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล ..... 2.) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล .....

ประวัติความเจ็บป่วย

.....

การวินิจฉัยโรค

.....

การรักษาและยาที่ได้รับ

.....

3.) อาการของผู้ป่วยในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

.....

4.) สิ่งที่ต้องติดตัวกลับบ้าน

1.....

2.....

5.) สิ่งที่ชุมชนควรทำต่อ

1.....

2.....

6.) สิ่งที่ควรทำต่อเนื่อง

1 .....

2.....

3.....

4.....

ส่วนที่ 6.

4.) ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่สถานพยาบาลในพื้นที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง

| รายการ                                  |    |       |
|---|----|-------|
| <b>4.1. ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วย</b>  | มี | ไม่มี |
| ปวดบริเวณ.....คะแนนความปวด =..... คะแนน |    |       |
| คลื่นไส้ อาเจียน                        |    |       |
| เบื่ออาหาร                              |    |       |
| แน่นท้อง                                |    |       |
| หายใจลำบาก/หายใจไม่สะดวก/หายใจเหนื่อย   |    |       |
| มีอัตราการหายใจ ..... ครั้ง/นาที        |    |       |
| อื่นๆ .....                             |    |       |
| <b>4.2. ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย</b>    |    |       |
| วิตกกังวล เนื่องจาก .....               |    |       |
| ซึมเศร้า เนื่องจาก .....                |    |       |
| เครียด เนื่องจาก .....                  |    |       |
| ท้อแท้ใจ เนื่องจาก .....                |    |       |
| ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางร่างกาย       |    |       |
| อื่นๆ .....                             |    |       |

| รายการ   |     |        |
|--|-----|--------|
| <b>4.3. ปัญหาด้านสังคม/เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว</b>   | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน   |     |        |
| สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับไม่ได้กับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย                                  |     |        |
| ครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน   |     |        |
| ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล   |     |        |
| อื่นๆ .....  |     |        |
| <b>4.4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย</b>   |     |        |
| โกรธ หรือ ไม่พอใจ โดยคิดว่าการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่เกิดจากการไม่ได้รับความยุติธรรมจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ |     |        |
| ขาดแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น สามเณรหรือลูก หรือ บุคคลที่เป็นที่รักของผู้ป่วยไม่มาดูแลผู้ป่วย    |     |        |
| อื่นๆ .....  |     |        |

จงใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง มี หรือ ไม่มี หรือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

**หมายเหตุ**

ติดต่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์ **Palliative care** โรงพยาบาลท่าวังผา

1. คุณมณีวรรณ วงศ์สุขพิศาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้าทีมผู้ป่วยใน) 0898534789  
**maneewan-aod@hotmail.com**
2. คุณนงครักษ์ สัจจานิจการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลตึกผู้ป่วยใน) 0869151460  
**K. nongruk@hotmail.com**
3. คุณพันธผกา จินะไชย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลตึกผู้ป่วยใน) 0899550868  
**helen 2008 @hotmail.com**

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คำชี้แจง

“ สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางนงค์รักษ์ สัจจანიการ เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าวังผามีความสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจาก โรงพยาบาลคู่เครือข่ายชุมชนซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลต่อไปจึงใคร่ขออนุญาตคุณ .....ซึ่ง เป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ.....เพื่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือไม่ร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้ การนำข้อมูลวิจัยครั้งนี้จะนำไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่ในภาพรวม และใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ”

นางนงค์รักษ์ สัจจანიการ  
ผู้วิจัย

ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้  
ลงชื่อคุณ.....

ไม่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย