

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

The effectiveness of an end-of-life care program on the perceived  
peaceful end of life in caregivers Somdejphrasangkarat 17<sup>th</sup> hospital,  
Songphinong District, Suphanburi Province.

วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ\*

Wanna Aunyingcharoen\*

\*โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ตำบลสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี  
Somdejphasangkarat17<sup>th</sup> hospital, Songphinong District, Suphanburi Province.

(Received: June 20, 2023; Revised: June 29, 2023; Accepted: June 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์ โดยใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายกับผู้ป่วยจำนวน 7 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ชุดแบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (pair t - test) ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p < 0.01$ )

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลระยะท้าย, การรับรู้ระยะท้ายของชีวิต

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pre-post-test design to examine the effects of an end-of-life care program on the perceived peacefulness of end-of-life experiences among caregivers admitted to the inpatient departments at Somdejprasangkaraj 17<sup>th</sup> Hospital, Songphinong district, Suphanburi province, Thailand. Simple random sampling was used to recruit a total of 30 caregivers for the study. The end-of-life care program, based on the theory of a peaceful end of life by Ruland and Moore, was administered to the patients. The program spanned one week and consisted of seven sessions, each lasting 45-60 minutes. Research instruments included:

1) a demographic data form for caregivers, 2) the Peaceful End of Life Care Scale for caregivers (PEOLCS-C), and 3) the service satisfaction questionnaire for caregivers, administered before and after the implementation of the end-of-life care program. Descriptive statistics and paired t-tests were used to analyze the data. The results indicated the mean score for peaceful end of life as perceived by caregivers and caregivers of the end of life patients rate their satisfaction higher than before using end-of-life care program at statistical significance at the .01 level ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** end-of-life care program, perceived peaceful end of life

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามากทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้มากขึ้น<sup>1</sup> ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น<sup>2</sup> เมื่อการดำเนินโรคมาระยะสุดท้ายของชีวิต การทำงานของอวัยวะต่างๆจะทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด<sup>3</sup> พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายหลายโรคที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ อาทิ ผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาการทางร่างกายที่ พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ความกลัวปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงินสวัสดิการการจ้างงาน และยังคงเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรคและการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสถานะของของโรคอยู่ในระยะ ลูกกลม เรื้อรังหรือ เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลบำบัดอย่างดีโดยใช้วิธีการทุกอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายแต่ไม่เป็นผล<sup>4</sup> ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย มีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้และมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในทางที่เลวลง<sup>5</sup> ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีชีวิตเหลืออยู่ในช่วงเวลาที่จำกัด เช่นอาจเสียชีวิตภายใน 12 เดือน<sup>6</sup> หรือในทางอเมริกาจะให้ความหมายว่าผู้ป่วยระยะท้ายคือผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ด้วยโรคที่คุกคามชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน<sup>7</sup> ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตจะเต็มไปด้วยความ ทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นวิตกกังวล ตกใจ เสียใจ มีอาการเศร้าเป็นต้น<sup>8</sup> ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าคลื่นไส้ อาเจียน และความเจ็บปวดต่างๆ<sup>9</sup> การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง โดยการดูแลแบบประคับประคองเป็น

การดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคนจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวหลังจากมีการจากไปของสมาชิกใน ครอบครัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์กรที่ 17 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีขีดความสามารถให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้นเน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ในการรับผู้บริการได้ครอบคลุมในทุกระดับซึ่งผู้มาใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่ในอำเภอสองพี่น้องจังหวัดสุพรรณบุรี มีขนาด 262 เตียง มีจำนวนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ในปัจจุบันนี้โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์กรที่ 17 มีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีรูปแบบที่มีแนวทางการให้การพยาบาลปฏิบัติเริ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังไม่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมี Palliative Care Nurse 1 คน Part time พบว่าการประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมตามปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณรวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ครอบคลุมและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งจุดเน้นของทฤษฎี คือ การทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้ชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย เช่นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือเพื่อนสนิทเป็นต้นช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดีเกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและนำไปสู่การตายดีในที่สุด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

### สมมติฐาน

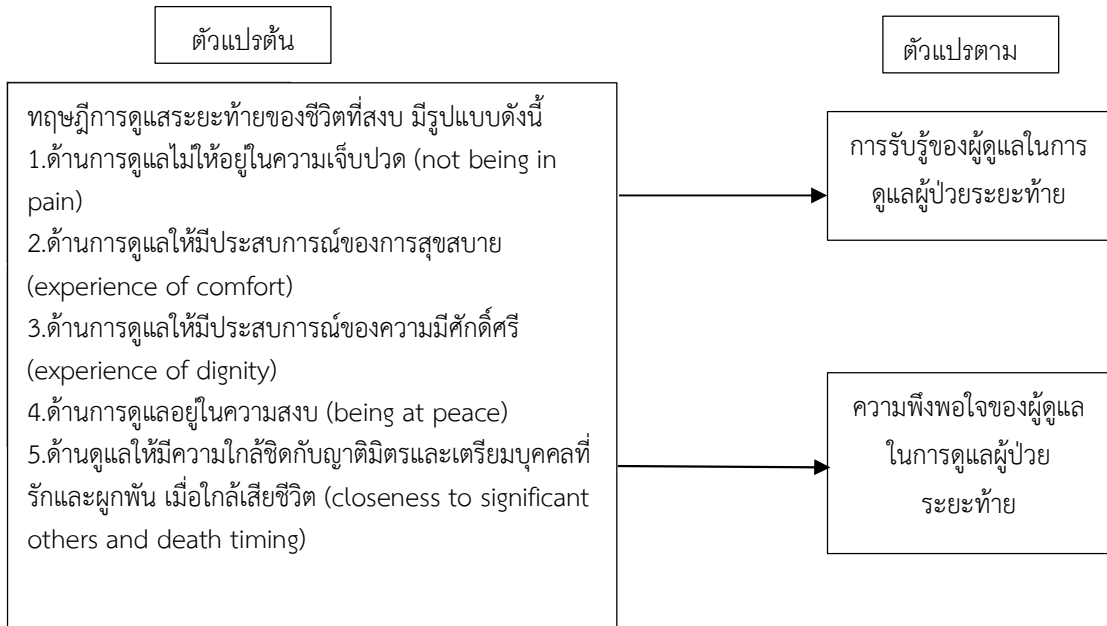
1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย
2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลระยะท้าย การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
2. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2566
3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาในประชากรกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
4. ขอบเขตด้านตัวแปร  
ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย  
ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ด้านการมีประสบการณ์ของความสบาย (experience of comfort) ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace) และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant other) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายจะก่อให้เกิดการดูแลระยะท้ายที่ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานลดลงและช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (one group quasi-experimental research) การใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้าย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่เข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 60 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling ) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลระยะท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life) แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (peaceful end of life care scale

for caregiver:PEOLCS-C) จำนวนคำถาม 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ระดับเป็น คะแนน 1 2 3 4 5 ที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยกำหนดความหมายดังนี้

5 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ มากที่สุด

4 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ มาก

3 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ ปานกลาง

2 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ น้อย

1 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้นๆ น้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลงคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของประคอง กรรณสูตร<sup>10</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.49 หมายถึงความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นข้อที่สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) แบบวัดนี้พัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่สร้างโดยเพ็ญญา ทองดีรัมย์<sup>11</sup> โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector, P.E.<sup>12</sup> โดยให้ระดับความพึงพอใจที่มีต่อข้อคำถามเหล่านั้น จากความคิดเห็นทั้งหมด 5 ระดับคือ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อที่สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ

5 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมากที่สุด

4 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับมาก

3 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับปานกลาง

2 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อย

1 หมายถึง พึงพอใจในรูปแบบบริการพยาบาลระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ ประคอง กรรณสูตร<sup>10</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมาก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการดูแลระยะท้ายซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี ด้านการอยู่ในความสงบ และ ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตร และบุคคลที่รักและผูกพันโดย

ครั้งที่ 1 : 1) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน PEOLCS-C และ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 5) ทบทวนความเข้าใจในการเตรียมเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระยะท้าย 7) ประเมินความพร้อมเพื่อที่จะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมและนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 : 1) ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมาย 2) อธิบายให้ทราบถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรม 3) ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้นโดยยึดแนวทางตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4) สรุปผลการดูแลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมาย 2) ให้การดูแลตามแนวทางในครั้งที่ 2 และ 3 พร้อมทั้งประเมินถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข 3) อภิปรายร่วมกันถึงผลของการให้การดูแล 4) นัดหมายต่อ

ครั้งที่ 5 : 1) สอบถามความต้องการและการช่วยเหลือเพิ่มเติมใจและปรารถนาสุดท้าย 3) ช่วยหาแนวทางปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจและการทำตามปรารถนาสุดท้าย 4) พุดคุยร่วมกันเพื่อช่วยทำภารกิจให้ลุล่วง 5) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน 6) สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัววางแผนร่วมกันในการจัดการเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต 7) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 : 1) ทบทวนถึงเป้าหมายและติดตามผลจากครั้งที่ 5 2) ให้การดูแลตามแนวทาง

ครั้งที่ 7 : 1) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2) สอบถามถึงสถานะของผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวพร้อมสรุปผลการปฏิบัติตามโปรแกรม 3) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน PEOLCS-C และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4) ให้ระบายความรู้สึก 5) อธิบายถึงการยุติในโครงการวิจัย 6) กล่าวขอบคุณและบอกช่องทางติดต่อ

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลระยะท้าย



### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (PEOLCS-C) คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่โครงการวิจัย 01/2566 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างรายงานการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ดำเนินงาน/กิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยจนครบ 7 ครั้ง และกล่าวขอบคุณ
3. เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายโดยใช้สถิติทดสอบของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้ paired t-test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.30) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 86.70) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.00) อาชีพ รับราชการ/พนักงานของรัฐ และรับจ้าง/ก่อสร้าง (ร้อยละ 33.30) รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 26.70) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 36.70) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน-1 ปี (ร้อยละ 33.30) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.30) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	16	53.30
หญิง	14	46.70
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	4	13.30
คู่	26	86.70
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	30	100
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษา	6	20.00
ปวช./ปวส	2	6.70
ปริญญาตรี	4	13.30
สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.00
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	10	33.30
พนักงานบริษัท	4	13.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	6.70
รับจ้าง/ก่อสร้าง	10	33.30
เกษตรกร	2	6.70
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	2	6.70
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	6	20.00
5000-10,000 บาท	6	20.00
10,001-15,000 บาท	8	26.70
15,001-20,000 บาท	4	13.30
20,001-25,000 บาท	6	20.00
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
สามี/ภรรยา	11	36.70
พี่น้อง	4	13.30
บิดา/มารดา	2	6.70
บุตร	7	23.30

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาและอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
ลูกจ้าง	3	10.00
อื่นๆ (เพื่อน/หลาน)	3	10.00
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย</b>		
น้อยกว่า6เดือน	8	26.70
6เดือน-1ปี	10	33.30
1-2ปี	6	20.00
อื่นๆ	6	20.00
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	25	83.30
มี	15	16.70

## 2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และ ค่าคะแนนหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ย 4.64 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนของญาติผู้ดูแลระยะท้ายด้วย สถิติ Pair t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ภาพรวม (n = 30)

	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	3.36	0.63	4.64	0.35	12.86*	29	.000

\*มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนความพึงพอใจก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และค่าคะแนนความพึงพอใจหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ย 4.41 เมื่อเปรียบเทียบผล

ต่างของคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลระยะท้ายด้วย สถิติ Pair t-test พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพึงพอใจหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยดูแลระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ภาพรวม (n = 30)

ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของ โปรแกรมการดูแลระยะท้าย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	3.30	0.64	4.41	0.36	10.18*	29	.000

\*มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. การรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย ก็พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายทั้งรายด้านและภาพรวมโดยรวม อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เกิดการรับรู้ความสงบที่จะเกิดในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งการออกแบบโปรแกรมนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่จะเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิตและจะส่งผลต่อการตายดีและ จากไปอย่างสงบ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับได้กับการจากไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรรัตน์ อันสีแก้ว<sup>13</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายได้รับการดูแลลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและครอบคลุมทุกด้านทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างดี ส่งผลต่อการเพิ่มรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ธาณี เพชรรัตน์และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่าต้องมีการดูแลและจัดการด้านร่างกาย เช่น จัดการอาการปวด ต้องการการประคับประคองจิตใจหลายอย่างรวมกัน ต้องการให้มีผู้รับฟังระบายความรู้สึก ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และต้องการวางแผน

การรักษาล่วงหน้า และต้องการการสนับสนุนให้มีกิจกรรมตามความเชื่อ นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรวิจิ กาญจนจารี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและสุปรีดา มั่นคง<sup>15</sup> ที่พบว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะท้าย การปรับตัวและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมีความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการ และต้องการให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยแทนตนเมื่อจำเป็น

## 2. ความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่ามีความพึงพอใจในบริการหลังการให้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งก่อนการใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางหลังจากได้รับบริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาพบว่าอาจเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับความสนใจเอาใจใส่มากขึ้นจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยจากการให้บริการรูปแบบเดิมมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียว และให้การดูแลแบบแยกส่วนโดยไม่ได้ดูแลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักหมดหวังที่จะหายจากโรค และต้องการสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและการได้ปฏิบัติตามความเชื่อตามศาสนาที่ตนเองนับถือ เพราะเชื่อว่าการได้ปฏิบัติตามความเชื่อดังกล่าว จะทำให้วิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มณีพงศ์<sup>16</sup> ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากการปวด สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยยึดถือตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยญา กุมพล<sup>17</sup> ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขทางจิตวิญญาณมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้สร้างความร่วมมือในการวางแผนการดูแล และการมีส่วนร่วมในการปรับเป้าหมายและแผนการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะๆ ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการทำงานและผู้ป่วยและครอบครัวก็มีความพึงพอใจในบริการด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาล การมีกระบวนการหรือการปฏิบัติ

การในการดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยนมีความสนใจเอาใจใส่อย่างเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย การมีทักษะและความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการพยาบาล ความพร้อมในการให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็น มีการประสานงานที่ดีส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่สูงขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ในด้านมิติจิตวิญญาณ มีการนำหลักศาสนาตามการนับถือของผู้ป่วยเข้ามาประยุกต์ใช้ตามสถานการณ์และความต้องการของแต่ละคน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จึงใช้หลักการทางศาสนาพุทธเข้าใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อให้เกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดรชณี สีนธวงศานนท์<sup>18</sup> ที่ศึกษาบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยการใช้หลักพุทธธรรมในพระพุทธรูปศาสนาเถรวาท ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีความสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจและ ยอมรับความจริงของชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปณณธร รัตนิล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา<sup>19</sup> ที่ศึกษาเรื่องผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า โปรแกรมการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากขึ้นตั้งแต่เริ่มได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมก็พบว่า มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ควรมีการจัดฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานและฝึกสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอันจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้นานขึ้นเพื่อช่วยให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และ สม่่าเสมอ ตั้งแต่แรกรับที่มีการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตรวมถึงการดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสียบุคคลที่รัก

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Ruland, C. M., & Moore, S. M. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. 1998; 46(4): 169-75.
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย. ใน ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย : Who Cares? We Do! (น. 1-9). กรุงเทพฯ: ป๊อเนด เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด ; 2557.
3. ลีติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต : จาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. [รายการการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. สถาพร ลีลำนันทกิจ. หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ในอำพล จินดาวัฒน์, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทรรัตต ณ อยุธยา, และ ไพศาล ลิ้มสถิต (บรรณาธิการ), ก่อนวันพลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (หน้า 23-25). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี ; 2554.
5. อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และ วิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาล ไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1):41-55.
6. The National Gold Standards Framework (GSF) Centre in End of Life Care. Prognostic Indicator Guidance (PIG). Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC.[Internet].2011.[cited on March 22, 2023] Retrieved from [http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd\\_content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf](http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd_content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf)
7. American Psychological Association. Fact Sheet on End-of-Life Care: What are older adults' mental health needs near the end of life? [Internet].2012. .[cited on March 22, 2023] Available from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/eol/end-of-life-factsheet.pdf>
8. วาสิณี วิเศษฤทธิ์.การสื่อสารและการให้การปรึกษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัว. ใน: ลีติณัฐ อัครคะเดชอนันต์. คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองแบบพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media;2559. หน้า27-38.
9. บุญทิศา สุวิทย์, สุณี เวชประสิทธิ์, เบญญาภา มุกสิริทิพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ 2558:153-63.

10. ประคอง กรรณสูต.สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
11. เพ็ญญา ตองติรัมย์. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร;2549.
12. Spector,P.E. Job satisfaction:Application,assessment,cause and consequences. California: Sage Publications ; 1997.
13. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว.ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2561.
14. ธาริณี เพชรรัตน์และคณะ.ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาล ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์.ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์;2560.
15. อรวีฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและสุปรีดา มั่นคง. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. Ramathibodi Nursing Journal. 2017; 23(3): 328-43.
16. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตอายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม.พัทลุง: โรงพยาบาลศรีนครินทร์;2551.
17. สรัญญา กุมพล. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดพุทธในบริบทวัฒนธรรมอีสาน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2555; 31(5):179-201.
18. ดรชชนิ สินธวงศานนท์.บูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ในพระพุทธศาสนาเถรวาท.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2558; 21(1):54-64.
19. ปณิตธร รัตน์ิล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559; 28(3):31-43.