

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายตามการรับรู้  
ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา

นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด

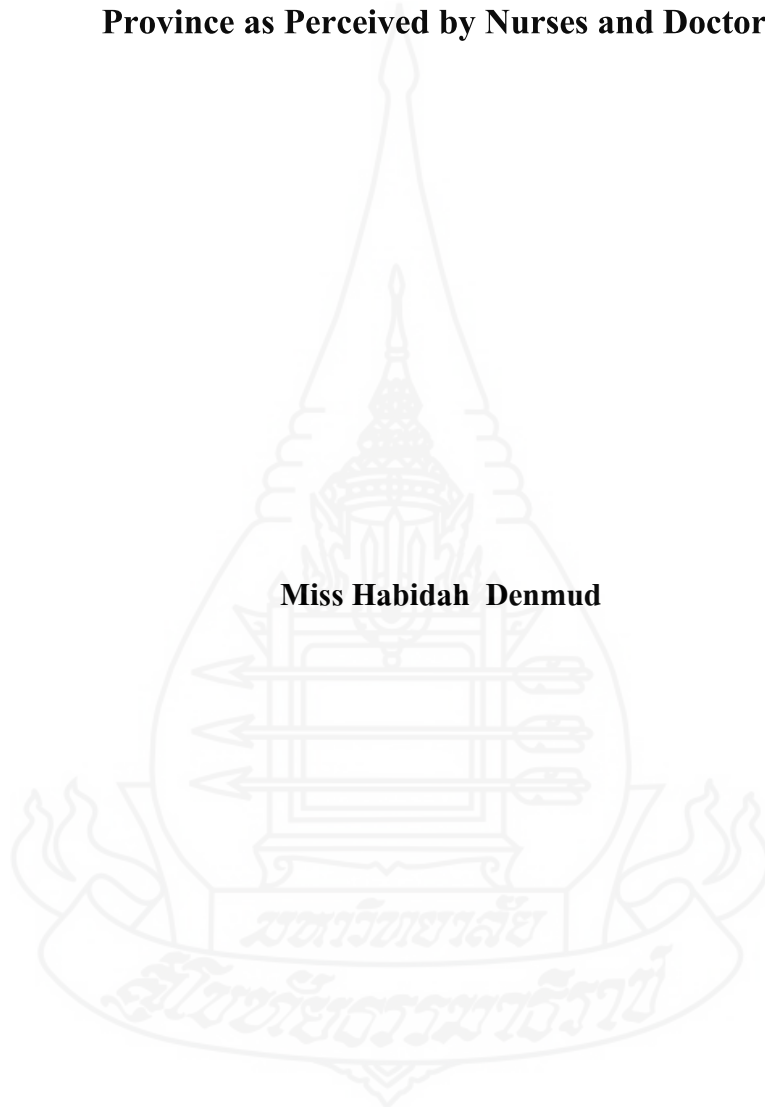


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2558

**Palliative Care Guidelines for Thai Muslim Clients at Songkhla  
Province as Perceived by Nurses and Doctors**

**Miss Habidah Denmud**



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

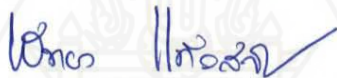
Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ      แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้  
ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา  
ชื่อและนามสกุล      นางสาวฮาบี๊ะ เด็นหมัด  
แขนงวิชา      บริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา      อาจารย์ ดร. พัทธา แก้วสาร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2559

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



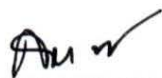
..... ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. พัทธา แก้วสาร)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี)



.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

การศึกษาค้นคว้าอิสระ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของแพทย์  
และพยาบาล จังหวัดสงขลา

ผู้ศึกษา นางสาวฮาบิ๊ะเต้ เต็นหมัด รหัสนักศึกษ 2565100357

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร ปีการศึกษา 2558

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อในประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยแพทย์ 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ 28 คน เครื่องมือศึกษาพัฒนามาจากกรอบการประเมินการดูแลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย 6 ด้าน รวม 49 ข้อ ได้แก่ (1) ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษา 6 ข้อ (2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 17 ข้อ (3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3 ข้อ (4) ด้านความรู้สึกรับรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 10 ข้อ (5) ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ 9 ข้อ และ (6) ด้านผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ทั้ง 6 ด้าน โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.76) เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า ด้านที่ 1-5 อยู่ในระดับมากที่สุด คือ (1) ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ (ค่าเฉลี่ย = 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.73) (2) ด้านความรู้สึกรับรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว (ค่าเฉลี่ย = 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.72) (3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าเฉลี่ย = 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.76) (4) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ค่าเฉลี่ย = 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.82) และ (5) ด้านผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย = 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.74) ตามลำดับ สำหรับด้านที่ (6) การแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษา อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.74)

คำสำคัญ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไทยมุสลิม จังหวัดสงขลา



**Independent Study title:** Palliative Care Guidelines for Thai Muslim Clients at Songkhla Province as Perceived by Nurses and Doctors

**Author:** Miss Habidah Denmud; **ID:** 2565100357;

**Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

**Independent Study advisor:** Dr. Pattaya Kaewsan;

**Academic year:** 2015

### Abstract

This descriptive study aimed to develop the palliative clinical guidelines related to Thai Muslim client beliefs, traditions, and cultures.

Participants included 12 doctors and 28 nurses, and they were selected by the purposive sampling technique. The research instrument was questionnaire which was applied from the Bureau of National Health, 2010 Framework. Questionnaires included two parts: 1) personal information and 2) the assessment form for the possibility of palliative care practice. This form comprised six sections: (1) expression of goals of treatment and care, (2) illness beliefs, (3) ability of doing daily life activities, (4) emotion and adaptation of clients and their family, (5) physical discomfort and symptoms, and (6) social and economic affects. Contents validity index was verified by 5 experts and it was 0.94. Cronbach's alpha coefficient was 0.97. Data were analyzed by frequency, percent, mean, and standard deviation.

The study results showed as follows. Doctors and nurses rated the possibility of palliative care practice at the highest level (Mean = 4.30, SD = 0.76). They rated 5 sections at the highest level: (1) physical discomfort and symptoms (Mean = 4.42, SD = 0.73), (2) emotion and adaptation of clients and their family (Mean = 4.36, SD = 0.72), (3) ability of doing daily life activities (Mean = 4.34, SD = 0.76), (4) illness beliefs (Mean = 4.27, SD = 0.82), and (5) social and economic affects (Mean = 4.21, SD = 0.74). They rated expression of goals of treatment and care at the high level (Mean = 4.15, SD = 0.74).

**Keywords:** Palliative care guideline, Thai Muslim clients, Songkhla Province

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างสูงของอาจารย์ ดร.พัทยา แก้วสาร อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็น และชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าอิสระ รวมทั้งแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ ตลอดจนคอยให้กำลังใจและห่วงใยผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ รวมทั้งกรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้ประสบการณ์อันทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกระหว่างศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วย และบุคลากรของโรงพยาบาลรือเสาะ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วย และบุคลากรของโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปางบงชารี่ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลสะบ้าย้อย และโรงพยาบาลจะนะ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุนห่วงใย และคอยให้กำลังใจ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ คุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น

ฮาปีตี้ เต็มหมัด

ตุลาคม 2559

## สารบัญ

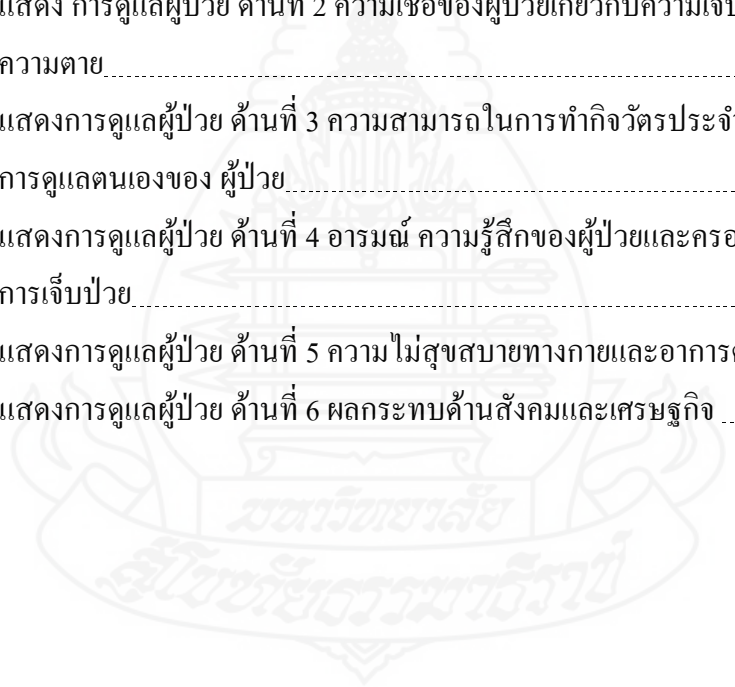
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา .....	1
คำถามของการศึกษา .....	4
วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	4
ขอบเขตของการศึกษา .....	4
กรอบแนวคิดของการศึกษา .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่จะได้รับ .....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	7
บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชน 4 อำเภอ .....	7
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย .....	8
มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย .....	11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา .....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	42
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	44

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป .....	44
ส่วนที่ 2 แสดงผลการศึกษาคือความเป็นไปได้ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา.....	47
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	59
สรุปการศึกษา .....	59
อภิปรายผล .....	62
ข้อเสนอแนะ .....	68
บรรณานุกรม .....	69
ภาคผนวก .....	75
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญตรวจสอบเครื่องมือ.....	76
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	88
ค หนังสือขอตกลงเครื่องมือ.....	90
ง หนังสือขอเก็บข้อมูล.....	92
จ แบบสอบถามการวิจัย.....	101
ประวัติผู้ศึกษา .....	109

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย Kubler-Ross (1969) .....	22
ตารางที่ 3.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	38
ตารางที่ 3.2 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยภาพรวมและในแต่ละด้าน .....	41
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา .....	45
ตารางที่ 4.2 ภาพรวมระดับความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะ สุดท้ายตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา แยกเป็นรายด้าน .....	47
ตารางที่ 4.3 แสดงการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 1 การแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา .....	49
ตารางที่ 4.4 แสดง การดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 2 ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและ ความตาย .....	50
ตารางที่ 4.5 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือ การดูแลตนเองของ ผู้ป่วย .....	53
ตารางที่ 4.6 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 4 อารมณ์ ความรู้สึของผู้ป่วยและครอบครัวต่อ การเจ็บป่วย .....	54
ตารางที่ 4.7 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 5 ความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ .....	56
ตารางที่ 4.8 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 6 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ .....	58



ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา .....	5
ภาพที่ 2.1 แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care .....	10
ภาพที่ 2.2 แสดงการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ .....	20



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญจากเดิมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต มุ่งเน้นการดูแลและการให้ยาผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นหลัก แต่แนวคิดใหม่ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเริ่มเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มุ่งดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแล (WHO, 2002) เพราะการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องดูแลแบบองค์รวมให้ความสำคัญตามความเชื่อ วัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณและศาสนา ซึ่งเป็นแกนหลักของชีวิต เป็นแหล่งความหวัง กำลังใจเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตามวิถีของศาสนาในแต่ละศาสนา แต่อย่างไรก็ตามแม้การดูแลตามวิถีของศาสนาจะมีความสำคัญต่อบุคคลหรือผู้ป่วย การให้การดูแลของบุคลากรตามวิทยาศาสตร์ยังมีน้อย เหตุผลอาจเกิดจากขาดเอกสารทางวิชาการ เครื่องมือประเมิน ความรู้ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การเข้าใจเกี่ยวกับความตายตามแนวคิดความเชื่อตามหลักศาสนา จะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม และสืบเนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยมีความหลากหลายทางเชื้อชาติและศาสนามากขึ้น การดูแลจึงต้องปรับตามความหลากหลายที่เปลี่ยนไป ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการพยาบาล สภากาชาด ได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีนโยบายสนับสนุนให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาระบบในสถานพยาบาล การดูแลที่บ้าน พัฒนาศูนย์การพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสามารถให้ความดูแลแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในสังคมปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกมีการตื่นตัวและให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างประชากรในหลายประเทศมีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8

ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ ผลการสำรวจปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มักมีความเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญในร่างกายและมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ขณะเดียวกันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัยขึ้น ทำให้โรคหลายชนิดที่เดิมที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น เอชไอ วีเอช สามารถรักษาและควบคุมได้จนกลายเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตรับยาวขึ้นและต้องอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เข้ารับบริการรักษาเป็นระยะๆ กระทั่งเสียชีวิต

ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของโรคเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยรวม ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุเต็มรูปแบบภายใน 20 ปี ข้างหน้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากร ภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะเป็นปัญหามากขึ้น ทั้งนี้โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียของสุขภาพของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 10.6) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 8.1) เบาหวาน (ร้อยละ 6.2) หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 6.0) และมะเร็งตับ (ร้อยละ 4.9) ในเพศหญิง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 12) เบาหวาน (ร้อยละ 10.7) หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 6) ต้อกระจก (ร้อยละ 5.4) และสมองเสื่อม (ร้อยละ 5.4) (รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2556 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่าจาก 12.6 ในปี 2553 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 อุบัติเหตุทุกประเภทเพิ่มขึ้นจาก 26.2 ในปี 2553 เป็น 51.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ในปี 2553 เป็น 32.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ในปี 2555 เป็น 38.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2558 จากแนวโน้มภาวะโรคดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ประเมินการว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (2542 - 2552) ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 65 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ปี ละ 400,000 คน ในจำนวนดังกล่าวนี้ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละ 75 เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30 และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ และอื่นๆ ร้อยละ 45 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: 2557)ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 (102,330 คน เป็น 113,548 คน) (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพประเมิณภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,



2555) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีแนวทางที่ชัดเจน เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (WHO, 2005 อ้างถึงในศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) ซึ่งมีใช่เป็นเพียงอาการของความผิดปกติทางร่างกายเท่านั้น แต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากสภาวะทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นการให้คำแนะนำต่อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามบริบทหลักศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงการเยียวยาคนทั้งคน โดยรวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2552)

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางเชื้อชาติและศาสนา จากสถิติพบว่าคนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา เป็น ศาสนาอิสลามและศาสนาอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 94.6, 4.6, 0.8 ตามลำดับ และในภาคใต้พบว่าคนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา เป็น ศาสนาอิสลามและศาสนาอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 75.2 , 24.5 , 0.3 ตามลำดับ โดยเฉพาะ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่ ประชากรนับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สตูล และสงขลา คิดเป็นร้อยละ 82, 80.7, 68.9, 63.8 และ 23.2 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดสงขลา อำเภอที่ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ จะนะ เทพา สะบ้าย้อย และสะเดา คิดเป็นร้อยละ 66.18, 62.84, 51.59 และ 33.96 ตามลำดับ (สำนักบริหารยุทธศาสตร์ กลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้ ,พ.ศ.2559) ดังนั้นผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละศาสนา รวมถึงมุสลิมก็จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งอยู่บนฐานความเคารพซึ่งกันและกัน ในท่ามกลางความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย การดูแลสุขภาพและการจัดบริการในบริบทและวัฒนธรรมของมุสลิม เป็นหัวใจสำเร็จของการสร้างการศรัทธาต่อชุมชนของโรงพยาบาล วิถีมุสลิมมีลักษณะเฉพาะ ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกคนต้องเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่นับถือศาสนาอื่น ความเข้าใจบริบทเฉพาะวิถีชีวิตของมุสลิม จะช่วยให้บริการด้านสุขภาพมีคุณภาพ สอดคล้องเหมาะสมและบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างที่ควรจะเป็นและนับเป็นการจัดบริการที่ใส่ใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) อย่างแท้จริง (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ ,2551)

จากการประชุมทบทวนวางแผนการดูแลผู้ป่วยพบว่าแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลชุมชนใน 4 อำเภอชายแดนยังไม่ชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมถึงวัฒนธรรม

ความเชื่อ ในแต่ละศาสนาและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (รายงานการประชุมที่พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล, 2559) และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เฉพาะให้กับผู้ป่วย การจัดบริการยังไม่ครอบคลุม การดูแลแบบองค์รวม การดูแลการจัดกระจาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การประเมินยังไม่ครอบคลุมในทุกกระบวนการ เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและการดูแล จึงได้เลือกใช้กรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 1) Living wills 2) Individual belief 3) Function 4) Emotion and Coping 5) Symptoms และ 6) Social and support (LIFESS) (สปสช, 2553) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม ดังนั้น ต้องมีการเข้าถึงบริการด้าน Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2552) โดยมีการพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ การดูแล มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะ โรงพยาบาล 30 แห่งใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ซึ่งมีผู้มารับบริการนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนดการบริการนี้อยู่ในตัวชี้วัดมาตรฐานของโรงพยาบาลต่อไป

## 2. คำถามของการศึกษา

แนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยวิถีมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เป็นอย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อใช้แนวปฏิบัติการดูแล การรักษาพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีความเชื่อในประเพณีและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย

## 4. ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย วิถีมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสงขลา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยแพทย์ 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 28 คนที่มีประสบการณ์ใน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 3 ปี จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาล  
ขนาด 30 ถึง 4 อำเภอชายแดนในจังหวัดสงขลา จำนวน 5 โรงพยาบาล

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงเวลา เมษายน 2559 – ตุลาคม 2559

## 5. กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิถีมุสลิม ระยะสุดท้าย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้  
ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งวิเคราะห์บริบทภายในจังหวัดสงขลา จน  
พบว่าการศึกษานี้เหมาะกับการใช้กรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
(LIFESS) (สปสช, 2553) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่  
สอดคล้องกับวิถีมุสลิม สามารถสรุปได้ ดังนี้

L: Living Will หมายถึง การแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล

I: Individual Belief หมายถึง ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

F: Function หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

E: Emotional and Coping หมายถึง ความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว

S: Symptom หมายถึง ความไม่สบายทางกายและอาการต่างๆ

S: Social and Support หมายถึง ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

(สปสช. , 2553)

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามมาตรฐานวิชาชีพ

**6.2 ผู้ป่วยไทยมุสลิม** หมายถึง คนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามและเป็นผู้ยอมมอบตนต่อพระประสงค์ของอัลลอฮ์ หรือผู้เฝ้าฮันดี

**6.3 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** หมายถึง ข้อกำหนดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง LIFESS ของ สปสช. (2553) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิถีมุสลิม ระยะสุดท้าย

**6.4 พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาพยาบาลและปฏิบัติงานเป็นพยาบาลใน 5 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลสะเดา 2) โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ 3) โรงพยาบาลจะนะ 4) โรงพยาบาลเทพา และ 5) โรงพยาบาลสะบ้าย้อย มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเวลา 3 ปี ขึ้นไป

**6.5 แพทย์ระดับปฏิบัติการ** หมายถึง แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 ปีขึ้นไป

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ให้บริการอยู่ระดับใดและนำมาปรับปรุงแก้ไขและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษากระบวนการในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งเป็น 5 ประเด็น ดังนี้

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชน 4 อำเภอ
2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - 3.1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาอิสลาม
  - 3.2 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแนวทางกระทรวง
  - 3.3 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางของ LIFESS
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชน 4 อำเภอ

ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน 4 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลจะนะ เทพา สะบ้าย้อย และสะเดา มีผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 66.18, 62.84, 51.59 และ 33.96 ตามลำดับ ( สำนักบริหารยุทธศาสตร์ กลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้, พ.ศ.2559) ด้วยสถานะแวดล้อม ภูมิประเทศ จึงมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ และปัญหาต่างๆในการรับบริการ การดูแลให้สอดคล้องกับประชากรในพื้นที่ ส่งผลให้หน่วยบริการต้องปรับแนวทางในการรักษาตามวิถีความเป็นอยู่ ความเชื่อ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการรักษา ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมุสลิมก็ถือว่าที่มีความสำคัญ เพราะประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ความต้องการการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อ ความเป็นอยู่จึงมีมาก ซึ่งจากการประชุมทบทวนวางแผนการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า มีนโยบาย มีทีมในการดูแล แต่แนวปฏิบัติในการดูแลยังไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ในแต่ละศาสนา การดูแลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ไม่มีพื้นที่เฉพาะให้กับผู้ป่วย การบริการยังไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ดังนั้น ต้องมีการเข้าถึงบริการด้าน Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2552) โดยมีการพัฒนาศักยภาพด้านองค์

ความรู้ การดูแล มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะโรงพยาบาล 30 เตียง ใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วยโรงพยาบาลสะเตา โรงพยาบาลป่าดงเบงชาร์ โรงพยาบาลจนะ โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ซึ่งมีผู้มารับบริการนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับนโยบายของกระทรวง สำนักงานพยาบาลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกำหนดการบริการนี้อยู่ในตัวชี้วัดมาตรฐานของโรงพยาบาลต่อไป

## 2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

### 2.1 แนวคิดและความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

#### 1.1.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (2002 อ้างถึงในสันต์ หัตถิรัตน์, 2552) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง วิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกัน ประเมิน รักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (WHO, 2002; กวีวัฒน์ วีรกุล, 2554) เป็นการเยียวยาคนทั้งคน โดยรวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เยียวยาทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2552)

#### 1.1.2 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

สมิธและโบเนท (Smith & Bohnet, 1983) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่หมดหวังจะหายขาดจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีใดๆ อาการทรุดลงไปเรื่อยๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมๆ ได้และเสียชีวิตในที่สุด

วิลเลียม ซัลลิแวน (William Sullivan, 2003) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการรักษาทางการแพทย์ ทำได้เพียงเยียวยาในสิ่งที่ทำได้ เช่น เรื่องของจิตวิญญาณ

ห้องสิน ตระกูลทิวากร (2553) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีชีวิตอยู่ได้ภายใน 6 เดือน



องค์การอนามัยโลก (WHO 2005) ได้ให้ความหมายของ Palliative care ไว้ว่า “การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน และให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขา ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะการป่วยไข้เป็นระยะ คุกคามเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ ที่เข้าสู่ระยะท้ายๆของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่างๆเท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หาย ได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2552)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคอง ในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อยๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

## 2.2 หลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ปกรณ ทองวิไล, 2550)

1. Meet physical, psychological, social, and spiritual expectations/needs การดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยนั้นคือ Holistic care นั่นเอง

2. Access ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการเมื่อจำเป็นได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ Palliative care ที่ดีควรมีบริการตลอด 24 ชั่วโมงถ้าเป็นในบริบทของ PCU จำเป็นที่จะต้องประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อให้บริการในขณะที่ PCU ปิด

3. Equal Availability without Discrimination ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกันโดยไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐกิจฐานะ

4. Ethics การดูแลต้องเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ เคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง (Autonomy) การกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษกับผู้ป่วย (non-maleficence) ยุติธรรมและเท่าเทียม (justice) ให้ข้อมูลที่จริงแก่ผู้ป่วย (truth telling) และรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality)

5. Right to information ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิ์ที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง แนวทางการรักษา ข้อดีข้อเสีย และทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล

6. Right to choice/empowerment ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาในระดับที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ (ผู้ป่วยบางคนพอใจกับการที่แพทย์ตัดสินใจให้ แต่บางคนอยากมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง)

7. Unit of care ศูนย์กลางของการดูแลคือ ผู้ป่วยและครอบครัว

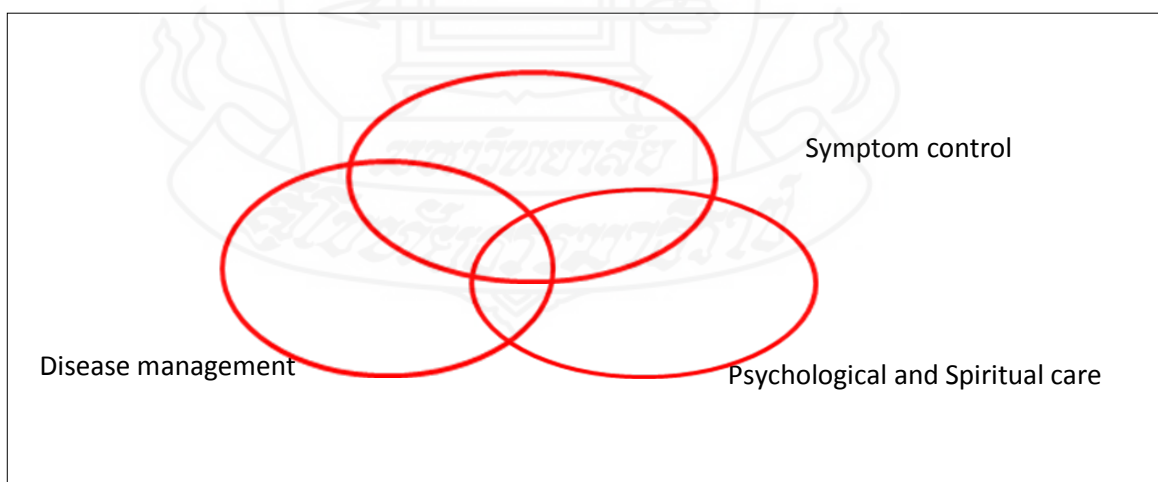
8. Interdisciplinary Team การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถทำเพียงลำพังผู้เดียวหรือวิชาชีพเดียวได้ ต้องอาศัยทีมของสหสาขาวิชาชีพ และการประสานงานกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยด้วย

9. Continuity of care การดูแลต้องมีความต่อเนื่อง โดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานบริการ

10. Community collaboration through partnerships and mutual support แสวงหาความร่วมมือและทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

### 2.3 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2555) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control) 2) การรักษาโรค (Disease management) และ 3) การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care) ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของ Palliative care

ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553



1. การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom control) ได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/ constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus)

2. การรักษาโรค (Disease management) ได้แก่ การรักษาในสถานะที่แก้ไขได้ (Reversible condition) และการรักษาแบบประคับประคอง (Incurable condition)

3. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual care) การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์ การดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา

**2.4 ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบ Palliative care (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553)**  
ได้แก่ผู้ป่วยต่อไปนี้

1. มะเร็งระยะสุดท้าย (Advance cancers)  
2. โรคระยะสุดท้ายที่การพยากรณ์โรคไม่ดี (Advance diseases with poor prognosis) เช่น

2.1 โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage heart failure)

2.2 โรคปอดระยะสุดท้าย (End stage lung disease)

2.3 โรคไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal failure)

2.4 โรคทางระบบประสาทระยะสุดท้าย (End stage neurological disease)

3. ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cortical dementia)

4. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือ โรคเอดส์ระยะสุดท้าย (Advance HIV/AIDS)

### **3. มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Standards and guidelines in Palliative care)**

การบริการสุขภาพในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองก็เช่นเดียวกัน การดูแลที่มีคุณภาพเกิดขึ้นได้ ต้องมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลและแนวปฏิบัติ ที่ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้เป็นวิธีการปฏิบัติที่ดี และส่งผลให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ

การเกิดบริการที่มีคุณภาพนานาชาติได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองขึ้น (Canadian Hospice Palliative care Association, 2002, Clinical Standards Board for Scotland 2002, Palliative care Australia, 2001) ส่วนแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการรวบรวมแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลแบบประคับประคอง โดยการทำงานในกลุ่มวิชาชีพ ด้านการแพทย์ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหลายๆพื้นที่ ในโรงพยาบาลหน่วยบริการเฉพาะและชุมชนเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เป็นความเห็นชอบร่วมกัน และเมื่อนำไปใช้จะได้เกิดการปฏิบัติที่ดี อย่างไรก็ตามการนำไปใช้ ต้องมีการพิจารณาถึงความเหมาะสม

การประชุมคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Quality Forum, 2012) ได้กำหนดรูปแบบของการดูแลประคับประคองว่า ควรมีการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient focused and family center care) สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ที่ครอบคลุม 1) การตอบสนองที่ความต้องการของผู้ป่วยด้านการจัดการอาการและการดูแลสนับสนุนทางจิตใจ 2) บริการที่ให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล 4) ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย 5) ระบบการดูแลด้านจิตใจครอบครัวในระยะก่อนและภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และ 6) มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นานาชาติได้มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลขึ้น เพื่อใช้เป็นเกณฑ์/มาตรฐาน/แนวปฏิบัติในการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ และสนับสนุนให้หน่วยบริการนำไปใช้พัฒนาบริการและเป็นเกณฑ์หนึ่งในการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ ในที่นี้จะยกตัวอย่างมาตรฐาน ดังนี้

1. มาตรฐานการบริการดูแลแบบประคับประคองของประเทศออสเตรเลีย (The Standards for providing quality palliative care for all Australia: 1022) มาตรฐานนี้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องโดยสมาคมการดูแลแบบประคับประคองของออสเตรเลีย เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการบริการแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ เป็นมาตรฐานในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เป็นเกณฑ์/ตัวชี้วัดในการบริการ การประเมินผลลัพธ์ หรือประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ มีองค์ประกอบหลัก 13 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม ตามความเห็นชอบของผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัว การดูแลต่อเนื่อง การลดภาระการดูแล เน้นตอบสนองความต้องการและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย บริการสอดคล้องสังคม วัฒนธรรม การเข้าถึงบริการ การประสานงานที่มีคุณภาพ ศักยภาพในการดูแลตนเองและศักยภาพผู้ให้บริการ (Palliative care Australia, 1012)

2. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Clinical practice guideline for palliative care : 2013) เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคอง ที่พัฒนาโดยกลุ่มพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมบริการที่มี

คุณภาพมาตรฐาน การดูแลต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการในสถานบริการ และชุมชนโดยคาดหวังให้เกิดบริการที่เป็นเลิศ (excellence care) แนวปฏิบัติที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการขยายบริการและองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติและการวิจัย สามารถใช้เป็น คู่มือในการพัฒนาบริการ ฉบับปัจจุบัน เน้นแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity) ความ สอดคล้อง (Consistency) และคุณภาพการดูแล (Quality of care) ประกอบด้วยหลักแนวปฏิบัติ 8 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างและกระบวนการ ดูแล การดูแลทางกาย การดูแลทางจิตใจและจิตเวช การดูแล ทางสังคม การดูแลทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ การดูแลด้านวัฒนธรรม การดูแลในระยะ สุดท้าย กฎหมายและจริยธรรมในการดูแล (National Consensus Project For Quality Palliative care: 2013)

3. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้ใหญ่ (Quality Standard for end of life care for adults, 2011) เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นโดย National Institute for Health and Clinical Excellence ประเทศสหราชอาณาจักร เพื่อใช้เป็น มาตรฐานในการดูแลประคับประคองที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ให้ได้รับการดูแลที่มี คุณภาพสูง เน้นการดูแล เน้นคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลที่ปลอดภัย และความพึงพอใจในบริการ สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลและเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการดูแล มาตรฐาน ประกอบด้วยข้อกำหนดคุณภาพจำนวน 16 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อประกอบด้วย คำอธิบายเกี่ยวกับ ข้อกำหนด (quality statement) การประเมินคุณภาพ (quality measure) คำอธิบาย (description) ข้อมูลอ้างอิง (source reference) และแหล่งข้อมูล (data source)(National institute for Health and Care Excellence : 2011)

4. คณะทำงานด้านการดูแลระยะวิกฤติของมูลนิธิ โรเบิร์ต วู้ด จอห์นสัน (The Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เสนอเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤติ 18 ตัวชี้วัด จัดเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสื่อสารในทีมผู้ดูแล 3) ระบบการดูแล ที่ต่อเนื่อง 4) การดูแลที่สนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว 5) การจัดการด้านอาการและ การดูแลเพื่อความสุขสบาย 6) การดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 7) สนับสนุน ดูแลบุคลากรของหน่วยงาน

จะเห็นได้ว่าการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต้องมีการดำเนินงานที่ ได้มาตรฐานและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาบริการ ผู้ให้บริการจะต้องมี ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ มาตรฐานหรือตัวชี้วัดเหล่านี้ เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพ บริการเพื่อการพัฒนากระบวนการให้มีคุณภาพมาตรฐาน

### 3.1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม ระยะสุดท้าย

#### 3.1.1 ความเข้าใจพื้นฐานศาสนาอิสลามกับความตาย

คำว่าอิสลาม มาจากรากศัพท์ภาษาอาหรับว่า “อัลละมะ” ความหมายว่า “หนทางสู่ความสงบสันติ” ส่วนผู้นับถือศาสนาอิสลามเรียกว่า มุสลิม แปลว่า ผู้ยอมมอบตนต่อพระประสงค์ของอัลลอฮ์ หรือผู้ไร้หาสันติ เพราะฉะนั้นศาสนาอิสลามมีความหมายถึง ความสงบสุข สันติ และการยอมรับต่อสภาพของพระผู้เป็นเจ้า

ดังนั้นวิถีชีวิตของคนมุสลิมส่วนใหญ่ในเรื่องความตาย จึงมีคำอธิบายที่เชื่อมโยงหลักคำสอนทางศาสนาที่สำคัญคือในเรื่อง “หลักศรัทธา” และ “หลักปฏิบัติ” ดังนี้

#### หลักการสำคัญของศาสนาอิสลาม

##### 1. หลักศรัทธา (รูกนอิมาน) มี 6 ประการ

1) ศรัทธาว่ามีพระเจ้าองค์เดียว คืออัลเลาะห์ (ซุบห์) ผู้ทรงบังเกิดทุกสรรพสิ่งในโลกไม่มีสิ่งใดเท่าเทียม

2) ศรัทธาในบรรดามบลาอิกะฮ์ คือเทวดาผู้รับใช้ของอัลเลาะห์

3) ศรัทธาในคัมภีร์อัล-กุรอาน ของอัลเลาะห์ ซึ่งมุสลิมทั่วโลกใช้เป็นธรรมนูญในการดำเนินชีวิต

4) ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต (รอซูล) ซึ่งในคัมภีร์ อัล-กุรอาน ได้กล่าวไว้ 25 ท่าน โดยท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ) เป็นคนสุดท้าย โดยโองการจากพระเจ้านี้ถูกบันทึกและรวบรวมเป็นคัมภีร์ เรียกว่าคัมภีร์อัล-กุรอาน ส่วนคำสอนและการปฏิบัติของท่านศาสดา ถูกรวบรวมไว้อีกส่วนหนึ่งต่างหาก เรียกว่า หะดิษ หรือซุนนะห์ ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นนี้ คือที่มาของคำสอนในศาสนาอิสลามกฎหมายอิสลาม ระเบียบการปกครอง เศรษฐกิจ ฯลฯ ตลอดจนถึงวัฒนธรรมอิสลาม

5) ศรัทธาในวันสิ้นสุดของโลกมนุษย์ และการฟื้นคืนชีพของผู้ที่ตายไปแล้วว่ามีจริง

6) ศรัทธาในกฎของอัลเลาะห์ ที่กำหนดสถานะความเป็นไปของมนุษย์ไว้ว่าไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่มนุษย์มีอิสระที่จะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีและชั่วได้ตามสติปัญญาของตน

##### 2. หลักปฏิบัติ 5 ประการ

1) การปฏิญาณตน ว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลเลาะห์ และศาสนทูตของพระองค์

2) การปฏิบัติละหมาดวันละ 5 เวลา แสดงความภักดีต่ออัลเลาะห์ ด้วยกายและจิตใจอันบริสุทธิ์

3) ถือศีลตลอดเป็นเวลา 1 เดือน ในรอบ 1 ปี คือเดือนรอมฎอน ตั้งแต่รุ่งอรุณไปจนถึงเวลาตะวันตกดิน และงดกิน ดื่มน้ำ การเสพเมถุน และหลีกเลี่ยงการทะเลาะวิวาท การนินทา กล่าวร้าย

4) บริจาคชะกาต (บริจาคทาน) คือ เงินทองหรือทรัพย์สินแก่คนยากจน หรือผู้มีสิทธิรับในอัตราร้อยละ 2.5 ตามที่กฎหมายอิสลามกำหนดไว้

5) เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย อย่างน้อย 1 ครั้ง (สำหรับผู้ที่มีความสามารถพอ)

### 3.1.2 ความตายในทรรศนะอิสลาม

การตายในทรรศนะอิสลามไม่ได้เป็นความทุกข์ หรือ เพิ่มทุกข์ อิสลามถือว่าการตายเป็นการกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้าผู้เป็นเจ้า ดังคำกล่าวที่ว่า “แท้จริงเราเป็นลี้ภัยของพระองค์อัลลอฮ์ และเราต้องคืนกลับไปหาพระองค์” (อัลบะเกาะเราะฮ์/2:156 อ้างตามซอฮ์รฺ, 2539)

ความตายตามทรรศนะอิสลาม คือ จุดหมายปลายทางของการเดินทางชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร์ ความตายทำให้มนุษย์สมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามหนีวาระหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ดังนั้นความตายในอิสลามเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกคนต้องเผชิญและยอมรับเพราะเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์

#### ความเชื่อต่อชีวิตหลังความตายของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม

ความตายตามหลักศาสนาอิสลาม เป็นขั้นตอนหนึ่งของการดำรงชีวิตอยู่ของวิญญาณ ไม่มีใครถึงแก่ความตายได้นอกจากด้วย “อนุมัติของอัลลอฮ์” เมื่อความตายมาเยือนก็เป็นเพียงการเปลี่ยนสภาพความเป็นอยู่จากโลกนี้ไปสู่ปรโลก จึงเป็นสิ่งที่น่ายินดีแก่ผู้มอบกายถวายชีวิตให้แก่พระเจ้า (ศรีเกียรติอนันต์สวัสดิ์ และอุดมวรรณ วันศรี, 2552) ความตายจึงไม่ใช่จุดสิ้นสุดแต่เป็นจุดเริ่มต้นของโลกใหม่และเป็นโลกที่ไม่มีจุดจบของเวลา เป็นการเปลี่ยนไปสู่โลกใหม่ที่ดีและดีกว่า (กุศลศรี ต่อเล็บ, 2550) ดังนั้นตามทรรศนะของศาสนาอิสลามชีวิตมนุษย์ ความเป็น ความตาย จึงเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ดังนี้ (ซูเราะฮ์ อาลอิหมรอม อ้างอิงใน สิ่วลี ศิริไล, 2555)

“ไม่มีชีวิตใดจะตายลง เว้นแต่จะด้วยการอนุมัติของอัลลอฮ์ มีบันทึกกำหนดเวลาไว้” (โองการที่145)

“ไม่ว่าสูเจ้าจะอยู่ใน ณ ที่แห่งใด ความตายก็จะมาถึงสูเจ้า และถึงแม้ว่าสูเจ้าจะอยู่ในป้อมปราการอันแข็งแกร่ง” (โองการที่ 78)

“และทุก ๆ ประชาชาติมีกำหนดเวลา ดังนั้นเมื่อวาระของเขามาถึง เขาเหล่านั้นมิอาจจะขี้อเวลาไปแม้แต่ชั่วโมงเดียว และย่นเวลามาสักชั่วโมงเดียวก็ไม่ได้” (โองการที่ 24)



### การปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตมุสลิม จึงต้องเป็นไปตามหลักศาสนา ดังนี้

1. การระลึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ถ้าผู้ป่วยยังมีสติ บอกให้ผู้ป่วยระลึกไว้ว่า พระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตา และหวังว่าท่านจะให้อภัยในบาปต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ทำไป
2. การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้จัดท่านนอนหงาย) หันใบหน้าไปทางทิศกิบลัต (กุศลศรี ต่อเล็บ, 2550) คือ ทิศที่ตั้งของบัยติลละฮ์ในนครเมกกะฮ์ สำหรับประเทศไทยคือทิศตะวันตก
3. การกล่าวบทสวดหรือการปฏิญาณตนว่า “ลาอิลา ฮาอิลลาลลอฮ์” ซึ่งมีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์” หรือ “อัสฮะดุ อิลลา อิลาหะ อินลิลลอห วะอัสฮะดุ อันนะมุฮัมมัดร์ รอซูล ลุลลอห” มีความหมายว่า “ข้าขอปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอห และข้าขอปฏิญาณว่า นบีมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตแห่งพระองค์” โดยบุตรหรือบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม กระซิบบอกเบา ๆ ที่ข้างหูขวาของผู้ป่วย ไม่เร่งเร้า ผู้ป่วยจะเกิดความสงบเพราะถือว่าเป็นคำที่ประเสริฐสุด หากก่อนเสียชีวิตได้กล่าวคำนี้เป็นคำสุดท้าย จะได้ขึ้นสวรรค์โดยไม่ต้องถูกสอบสวน
4. การปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตมุสลิมเสมือนยังมีชีวิต เนื่องจากความตายในทรรศนะของอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะรู้สึกอยู่ตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้นผู้เสียชีวิตจะยังรู้สึกเหมือนคนที่ยังมีชีวิต จึงต้องปฏิบัติอย่างนุ่มนวลทะนุถนอม ไม่รุนแรง ห้ามทำให้เจ็บปวดทรมาน กระทบใจ ใดๆ อย่างมิคซิดมิให้อวัยวะที่พึงสงวนเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น
5. การจัดการนำศพกลับไปประกอบพิธีทางศาสนา ต้องกระทำโดยเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนสภาพเนื่องจากความเชื่อว่าการเก็บศพไว้นานจนเปลี่ยนสภาพ เหมือนน้ำจะเป็นบาปแก่ผู้ที่เสียชีวิตและทายาทผู้จัดการศพ แม้ว่าจะกำหนดเวลาทำพิธีฝังศพภายใน 24 ชั่วโมงก็ตาม แต่โดยทั่วไปจะใช้เวลาน้อยที่สุดประมาณ 4 ชั่วโมง ยกเว้นต้องรอบุตรหลานที่อยู่ไกล ดังนั้นการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความเชื่อในชีวิตหลังความตายได้ตามทรรศนะของศาสนาอิสลาม คือ พยาบาลต้องอำนวยความสะดวกและยืดหยุ่นเวลาในการเก็บศพไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ญาตินำศพกลับไปประกอบพิธีตามศาสนาให้เร็วที่สุด ซึ่งการจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลามต้องใช้เวลาในการดำเนินการ 4 ประการ คืออาบน้ำ ห่อศพด้วยผ้าสะอาด นำศพไปละหมาดที่มัสยิดและนำศพไปฝัง

### การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมช่วงวัยชราและเสียชีวิต

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ควรเข้าใจความตายในทรรศนะอิสลาม ความตายในทรรศนะอิสลามไม่ใช่ความทุกข์ อิสลามถือว่าการตายคือการกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้า

เป็นเจ้าของ ความตาย คือ การเปลี่ยนแปลงจากชีวิตที่ต้องพึ่งร่างกาย ไปสู่การมีชีวิตที่ไม่ต้องการร่างกาย จากชีวิตที่ต้องการสิ่งของต่างๆ ไปสู่ชีวิตที่ไม่ต้องการอะไรเลย เหมือนกับการเกิดสภาพใหม่ มุสลิม เชื่อว่า การกำหนดอายุของเขานั้น อัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดไว้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ช่วงชีวิตในโลก ปัจจุบัน มนุษย์ต้องรับสภาพตามกำหนดของพระเจ้า ผู้เป็นเจ้าของ ทุกคนต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามข้อกำหนดที่พระเจ้าเป็นเจ้าของไว้ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

ดังนั้นในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เสียงสุดท้ายที่ผู้ป่วยควรได้ยิน คือเสียงสวดจากคัมภีร์อัลกุรอาน ทางโรงพยาบาลอาจนำคัมภีร์อัลกุรอานและยาซีนหรือบทสวดมาวางไว้ให้หยิบได้ง่าย เพื่อญาติพี่น้องสะดวกในการหยิบมาอ่านและขอพรให้กับผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยและญาติเห็นว่า ผู้ป่วยใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเป็นภาวะที่ไม่อาจรักษาได้แล้ว อาจขอกลับไปนอนพักอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางความอบอุ่นของญาติมิตร เพื่ออ่านอัลกุรอานและขอพรให้กับผู้ป่วย โดยปราศจากการใช้เครื่องมือแพทย์และสายยางโยงโยต่างๆนั้น เพราะฉะนั้นผู้ป่วยมุสลิม จึงปรารถนาจะอยู่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ ต้องทำความเข้าใจกับญาติทุกครั้ง เพราะการจากไปอย่างสงบภายใต้การดูแลอย่างเข้าใจในวิถีมุสลิม จะช่วยขจัดข้อขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ และนำมาซึ่งความสมานฉันท์ระหว่างวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น (พงศ์เทพ สุธีรัฐ และยูซุฟ นิมะ, 2552) เมื่อมีการตายเกิดขึ้น อิสลามได้กำหนดให้มีการฝังศพให้เสร็จเรียบร้อยโดยเร็วและประหยัดที่สุด เพื่อไม่ให้เป็นการแก่คนที่อยู่ข้างหลัง โดยจะต้องชำระล้างทำความสะอาดศพ ห่อศพด้วยผ้าขาว ก่อนนำไปทำพิธีทางศาสนา หันหน้าศพไปยังนครมักกะฮ์ และฝังโดยเร็วที่สุด ซึ่งโดยปกติจะต้องทำให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย การเก็บศพของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ชั่วโมงตามแนวปฏิบัติปกติที่ขัดต่อหลักปฏิบัติในศาสนา ดังนั้นทุกโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จะอนุญาตให้นำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาได้ในทันที การปฏิบัติต่อศพ อิสลามกำหนดให้ปฏิบัติต่อศพอย่างนุ่มนวล ให้เกียรติ และต้องไม่ให้ศพเป็นที่เปิดเผยในสภาพอุจาดหรืออนาจาร คนมุสลิมเชื่อว่า ร่างกายของคนตายมีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนคนเป็น จึงต้องปฏิบัติต่อร่างกายของคนตายด้วยความเคารพเหมือนปฏิบัติต่อคนเป็น แม้จะเป็นร่างที่ไร้ชีวิตก็ตาม การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจนวาระหลังความตาย การผ่าศพ เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นในรายที่ต้องชันสูตรพลิกศพเพื่อหาสาเหตุการตาย แต่หากศพมีบาดแผลต้องทำการเย็บให้สวยที่สุด เพื่อนำร่างกายอันเป็นของขวัญจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของกลับไปในสภาพที่สมบูรณ์ที่สุด มุสลิมส่วนใหญ่จึงไม่ยินยอมให้มีการผ่าพิสูจน์ศพ เพราะจะเป็นเสมือนการทำร้ายศพ นอกจากนี้ อิสลามใช้การฝังแทนการเผาศพ เพราะถือว่าไฟคือสิ่งที่ใช้เฉพาะการลงโทษผู้ทำบาปในนรกเท่านั้น และเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ญาติ การส่งศพกลับบ้านด้วยรถพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่ควรกระทำโดยไม่ต้องมีการร้องขอเป็นกรณีพิเศษ สำหรับชาวบ้านแล้ว

การจะหารถเหมามาเพื่อส่งศพกลับบ้านนั้นเป็นเรื่องที่ยากมาก นับเป็นน้ำใจอันประเสริฐและสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่มีต่อครอบครัวของผู้เสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) นอกจากนี้ในวัฒนธรรมของมุสลิมนั้น ชาวมุสลิมจะไม่มีการทำพินัยกรรม แต่จะใช้วิธีการเรียกลูกหลานและผู้ที่เกี่ยวข้องมาพร้อมกัน จากนั้นเจ้าของมรดกก็จะกล่าวแจ้งอย่างชัดเจนและเปิดเผยเกี่ยวกับมรดกที่จะมอบให้ใคร ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจึงต้องการกลับบ้านเพื่อไปทำภารกิจนี้ ซึ่งอาจเป็นหน้าที่สุดท้ายในฐานะผู้นำครอบครัว ดังนั้นโรงพยาบาลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อทำภารกิจสุดท้ายที่ยังไม่ได้กระทำ การปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการในพื้นที่ เต็มใจที่จะช่วยเหลือ แก้ปัญหาสุขภาพให้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกศาสนา สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข ทำให้คุณภาพชีวิตของสังคมดียิ่งขึ้น

### 3.1.3 สรุปแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักศาสนาอิสลาม

การจัดทำผู้ป่วยหรือเตียง ดังนี้

1. ควรจัดทำหรือเตียงผู้ป่วย ดังนี้ ถ้านอนตะแคงให้ตะแคงขวา หันหน้าไปทางกิบลัต
2. ถ้านอนหงายปลายเท้าให้ชี้ไปทางกิบลัต โดยยกศีรษะให้สูงขึ้น เล็กน้อยเพื่อหันหน้าไปทาง กิบลัต (คือทิศทางหันหน้าเวลาละหมาด เป็นที่ตั้งของบัยดินลาฮ์ในนครมักกะฮ์คือทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อยสำหรับเมืองไทย)
3. ให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเพื่อรำลึกถึงพระเจ้า ทำจิตใจให้สงบ
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรำลึกถึง อัลลอฮ์ชุบฮานาฮูวะตะอาลาตลอดเวลา
5. ให้ผู้ป่วยได้ทำศาสนกิจละหมาด 5 เวลา โดยท่าเทียมนที่สภาพร่างกายจะทำได้
6. เตรียมน้ำสะอาดสำหรับทำน้ำละหมาดกรณีสัมผัสไม่ได้ให้เตรียมดินที่สะอาดเพื่อทำตะยัมมูมแทนการทำน้ำละหมาด
7. แปรงฟันหรือช่วยแปรงฟันให้ผู้ป่วย
8. ยอดน้ำเล็กน้อยในปากให้ชุ่มคอใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดริมฝีปากที่แห้ง
9. ให้ญาติและครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากันเพื่อสังเียและได้ “มาอัฟ”(ขอโทษ) ซึ่งกันและกัน
10. ให้ผู้ป่วยได้ “เตาบัต”หรือขอลูแก่โทษต่ออัลลอฮ์ชุบฮานาฮูวะตะอาลาในความผิดบาปที่ผ่านมา

สิ่งที่ญาติและครอบครัวต้องปฏิบัติ

1. ให้นั่งเยียมใกล้บริเวณศีรษะ



2. ให้ผู้เยี่ยมขอพร (คูอาร์) ให้กับผู้ป่วย
3. ให้ญาติได้อ่าน คัมภีร์อัลกรุอาน และสอนกล่าว ซาฮาคะฮ์ อย่างสม่ำเสมอ
4. อย่าเย้ยม่านเกินยกเว้นผู้ป่วยต้องการ

#### **การปฏิบัติ หลังเสียชีวิต**

1. ให้ปฏิบัติต่อศพอย่างนี้มนวลเสมือนยังมีชีวิต
2. อนุญาตให้นำศพออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
3. ไม่อนุญาตให้ผ่าศพหรือทำการใดๆ อันเกิดความเสียหายต่อศพ

### **3.2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข**

แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของกระทรวงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการบริการที่มีมาตรฐาน การดูแลต่อเนื่อง และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างทีมที่รักษาในหน่วยบริการเองและชุมชน โดยคาดหวังให้การบริการมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยหลักแนวปฏิบัติ 8 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล การประเมินด้านร่างกาย การประเมินด้านจิตใจ การดูแลทางสังคม การดูแลทางจิตวิญญาณและศาสนา การดูแลในบริบทวัฒนธรรมประเพณี การดูแลระยะก่อนตาย และบริบทจริยธรรมและกฎหมาย

#### **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข**

##### **3.2.1 โครงสร้างและกระบวนการดูแล**

###### **1) ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Staff)**

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน แพทย์หรือพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จึงต้องการประสานงานและการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย อาจารย์ถึงญาติมิตรผู้คุ้นเคยที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล พระหรือนักบวช (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2552) ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงการทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ  
ที่มา: ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553

(1) บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว (เดิมศักดิ์ พิงษ์ศิริ, 2550)

(2) บทบาทของแพทย์ ความรับผิดชอบโดยตรงของแพทย์ คือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถเข้าใจได้ง่าย และการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้แพทย์จะต้องมีความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการดูแลรักษาอาการต่าง ๆ แล้ว ยังต้องให้ความสนใจ ให้ความสำคัญกับคำพูด ลักษณะท่าทางและอาการแสดงของผู้ป่วย แพทย์ควรสอบถามผู้ป่วยถึงลำดับของอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้มากที่สุด และสนใจดูแลรักษาอาการเหล่านั้นอย่างครบถ้วน

(3) บทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล แผนการดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อการบรรเทาอาการหรือหยุดยั้งความทุกข์ทรมาน และต้องพิจารณาตามลำดับความสำคัญ ความรุนแรงอาการ และความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากแพทย์และพยาบาลแล้วยังมี ทีมสหวิชาชีพอื่นที่เข้าร่วมดูแล อาทิ

(1) เกสัชกร มีบทบาทสำคัญในการเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะ Morphine รูปแบบต่าง ๆ มีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารยา ปฏิกริยาของยาต่างๆ

(2) นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการเงิน สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมต่อไปได้ การให้ความช่วยเหลือทางสังคมโดยให้คำปรึกษานับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน

(3) ผู้นำศาสนา สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตจากความเจ็บป่วยและความตายได้โดยความต้องการและสมัครใจของผู้ป่วย ด้วยการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำรงชีวิต

(4) ครอบครัว ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจ สนับสนุนชี้แนะแนวทาง พยายามควรถราบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นประจำเพื่อใช้พิจารณาดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วย

## 2) อุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็น

ออกซิเจน (ควรเป็นแบบชนิดถังเนื่องจากเหมาะสมกับการนำไปใช้ต่อเนืองที่บ้าน) เครื่องดูดเสมหะชนิดเคลื่อนที่ ที่นอนลม หรือที่นอนนุ่มๆ อุปกรณ์พุงเดิน (Walker) เตียงนอนที่สามารถปรับระดับเตียงได้รถเข็นผู้ป่วย อุปกรณ์จำเป็นพื้นฐานทางการพยาบาล

## 3) การจัดสถานที่หน่วยงานบริการ

(1) มีการจัดห้องพักผู้ป่วยเป็นสัดส่วน/ห้องส่วนตัว ที่ญาติสามารถเฝ้าได้  
 (2) มีการจัดพื้นที่เตียงผู้ป่วย และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก  
 (3) ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมและทำกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ตามความต้องการ โดยไม่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น

(4) จัดสิ่งแวดล้อมให้ใกล้ชิดธรรมชาติ มีแสงสว่างเพียงพอ ลักษณะสีที่ใช้ควรเป็นโทนสีอ่อน (ตามหลักของ Healing environment)

(5) มีสัญญาณออกที่ผู้ป่วยและญาติสามารถทราบดีขอความช่วยเหลือได้ง่าย

### 3.2.2 การประเมินด้านร่างกาย

การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย จะประเมินจากอาการไม่สบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก แล้วจึงประเมินการตรวจร่างกาย ซึ่งการตรวจร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี ถึงความเอาใจใส่ที่ค้ำระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความสุขสบายของผู้ป่วยและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการปวด (Pain) เบื่ออาหาร (Anorexia) ผอมแห้ง (Cachexia) หายใจหอบหรือหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) อ่อนแรงหรือ

เหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ปากแห้ง (Dry mouth) ถ่ายเหลวหรือท้องผูก (Diarrhea/ constipation) และปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล (Ulcers) ผื่นคัน (Pruritus) เป็นต้น

ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิตคือ ความปวด ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพควรประเมินและจัดการกับอาการปวด (Pain management) สิ่งที่ต้องประเมินเกี่ยวกับอาการปวด คือ 1) ตำแหน่ง 2) ลักษณะของความปวด 3) ความรุนแรงของความปวด 4) ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มหรือลดความปวด 5) ผลต่อความสามารถในการทำงาน 6) ผลของการรักษาต่อความปวด และ 7) ความเห็นของผู้ป่วยต่อความปวด (สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2550)

### 3.2.3 การประเมินด้านจิตใจ

การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Psychological)

1. ซักประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป (ประวัติส่วนตัว ครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายและจิตใจในอดีตประวัติความสัมพันธ์ในครอบครัว/ดูแล การระมัดชอบของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาลศาสนา ความเชื่อค่านิยมผู้ป่วย (Spiritual) เศรษฐฐานะ

2. การประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย8Q ของกรมสุขภาพจิต (การแปลผลตามเอกสารแนบ) และประเมินด้านพุทธิปัญญา (Cognition) MMSE-T ความคิดการตัดสินใจของผู้ป่วย (การแปลผลตามเอกสารแนบ)

3. ประเมิน: Five stage reaction ของ Kubler-Ross (1969) ปฏิบัติการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุกวันเพื่อวางแผนให้การรักษาพยาบาลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2.1 แสดงปฏิบัติการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย Kubler-Ross (1969)

ระยะและปฏิบัติการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	อาการแสดง	การรักษาพยาบาล
1. ระยะช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial)	ผู้ป่วยจะนั่งแสดงความตกใจ อาจกล่าวว่า เป็นไปไม่ได้ ไม่ใช่ผม มีความผิดพลาดในการตรวจ ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมพูดถึงการเจ็บป่วยของตนเอง	ให้เวลากับผู้ป่วย ยอมรับ รับฟัง ปัญหาเข้าใจ เห็นใจ ไม่ตำหนิ ให้ญาติและเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจยุติการสนทนาเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการฟัง

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ระยะและปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	อาการแสดง	การรักษาพยาบาล
2. ระยะโกรธ (Anger)	ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง พุดจกั้าวร้าว อิจฉาริษยา และต่อต้าน ผู้ป่วยอาจพูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” “โทษผู้รักษา” โกรธความโหดร้ายของตน และโกรธคนรอบข้าง	เป็นระยะที่ยุ่งยากในการดูแล อธิบายให้ญาติเข้าใจปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น และอยู่เคียงข้างผู้ป่วย ใช้ทักษะการฟัง แสดงความจริงใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
3. ระยะต่อรอง (Bargaining)	ผู้ป่วยมักพูดขอต่อรองหรือตกลงสัญญาเรื่องขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือส่วนใหญ่มักปกปิดคำสั่งสัญญา/ต่อรองนั้น สาเหตุมักเกิดจากความรู้สึกผิดที่ทำในอดีต	รับฟัง เข้าใจ และเห็นใจ ช่วยเหลือค้นหาความจริงในสิ่งที่รู้สึกผิดนั้น ค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยต่อรองหรือตกลง เพื่อช่วยจัดการให้ผู้ป่วย
4. ระยะซึมเศร้า (Depression)	ผู้ป่วยเข้าใจแล้วว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รู้สึกสูญเสียทุกอย่าง โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย โอกาสที่จะอยู่กับครอบครัว ระวังจะหมดหวัง สลดใจผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่สนใจอะไร	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้ารับฟังอย่างตั้งใจ เคารพในความเป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงการเล่าเรื่องตลกขำขัน เพราะคิดว่าจะทำให้ผู้ป่วยแฉ่่มใสขึ้น ถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาต้านซึมเศร้าที่เหมาะสมจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้
5. ระยะยอมรับ (Acceptance)	เริ่มทำใจยอมรับได้ อารมณ์ดีขึ้นยอมรับความช่วยเหลือต่างๆ ในการจัดการกับอารมณ์เศร้า หรือเตรียมตัวสำหรับความตาย รอ ช่วงเวลาสุดท้าย ของชีวิต อย่างสงบ	ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย ยอมรับสิ่งต่างๆ ได้ จึงควรหากิจกรรมหรือวางแผนการดูแลต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติ

ปฏิกริยาเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเริ่มจากข้อ 1 ถึงข้อ 5 แต่ไม่จำเป็นต้องพบทุกข้อในทุกคน และอาจจะย้อนกลับมีอาการในระยะที่ผ่านมาแล้วก็ได้ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ และปัจจัยที่มากระทบกับผู้ป่วยทั้ง 5 ระยะนี้เกิดในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน ไม่พร้อมกัน บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต บางรายไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรงใดๆ แต่เศร้าทันที ในรายที่สุขภาพจิตดีมากอาจยอมรับความเป็นจริงได้เร็วและปฏิกริยาทางจิตใจเหล่านี้อาจถดถอยย้อนกลับได้ เช่น ผู้ป่วยยอมรับได้แล้วตอนทราบผลวินิจฉัย แต่พออาการทรุดหนักมากขึ้น เช่น เดินไม่ได้ อาจกลับมาโกรธหรือซึมเศร้าได้ใหม่ จึงเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมและยืดหยุ่นมาก (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2551)

### 3.2.4 การประเมินด้านสังคม

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม (Social assessment) จึงมีความสำคัญ โดยจะต้องประเมินในเรื่องต่อไปนี้

1) บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ เช่น กรณีสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักเสียชีวิตลง มักส่งผลให้ภรรยาต้องรับภาระของครอบครัว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาเรื่องของรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินตามมา เป็นต้น

2) ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การมีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

3) ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) การประเมินเรื่องผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ท่ามกลางคนที่รัก ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องเข้าใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับบ้าน จะต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร การสังเกตอาการป่วย เป็นต้น

4) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดถึงความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

5) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยครอบครัวหรือญาติ เพื่อนบ้าน หน่วยงาน หรือองค์กร กลุ่มทางศาสนา อาสาสมัคร การค้นหาเครือข่ายทาง



สังคมของผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องจากเครือข่ายทางสังคมอย่างไร เช่น การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การให้คำแนะนำให้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว

6) ความต้องการของครอบครัว ในสังคมไทยสถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลที่สุด ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย บางครั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจสร้างความขัดแย้งกับผู้ป่วยได้ หากความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวสวนทางกัน การค้นหาว่าใครมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้และสามารถทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าเป็น“ทีม”เดียวกับผู้ดูแลรักษาจะทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยมากที่สุดข้อควรคำนึงในการประเมินด้านสังคมคือ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ ศาสนา ความเชื่อ การรับรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วยในขณะนั้น

### 3.2.5 การประเมินด้านจิตวิญญาณและศาสนา

1) จิตวิญญาณ คือ การให้ความหมายและคุณค่า (ทั้งในด้านบวก และลบ) แก่สิ่งต่างๆ ที่ได้รับรู้ ซึ่งฝังอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคล และมีอิทธิพลและแรงผลักดันต่อความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลนั้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

#### 2) แนวทางการดูแลด้านมิติจิตวิญญาณ

(1) ผู้ที่ดูแลด้านจิตวิญญาณ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย แสดงถึงความเอาใจใส่ เอื้ออาทร ห่วงใย รักษาความลับและสัญญาที่ให้ผู้ป่วย

(2) วันที่ 1 ประเมินเพื่อคัดกรองเบื้องต้น (spiritual screening) เพื่อค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยใช้คำถาม“สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีความสำคัญสำหรับคุณคืออะไร” หรือ “คุณคิดว่าศาสนาหรือจิตวิญญาณมีความสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่” และ“สิ่งนั้นช่วยคุณอย่างไรในขณะนี้”

(3) การสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายบ้าน หรือสิ่งผู้ป่วยคุ้นเคย ในกรณีห่อผู้ป่วยรวม อาจจัดเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบ อนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพที่ผู้ป่วยเคารพบูชา เครื่องรางของขลัง รูปครอบครัว การเปิดโอกาสให้ญาติที่ผู้ป่วยรักเข้าไปเยี่ยม

(4) ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินของ นารายาขามิ (2004) เพื่อประเมินด้านความเชื่อ/ความศรัทธา/ศาสนา/สังคมและวัฒนธรรมค้นหาจัดการ

สิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมที่ดูแลสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

(5) การสนับสนุนพิธีกรรมทางจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้ป่วยเช่น

ก) การจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดเชิงบวก การจัดกิจกรรมทางศาสนาตามความต้องการของผู้ป่วยเช่น การฟังดนตรีบรรเลง การใส่บาตร สังฆทาน สวดมนต์ ทาวัตรเช้า-เย็น การละหมาดการมีหนังสือธรรมะ คัมภีร์อัลกุรอาน หรือคัมภีร์ไบเบิลเป็นต้น

ข) การให้ครอบครัวที่ผู้ป่วยรักมีส่วนในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเชื่อมต่อและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้ดูแล 24 ชั่วโมง การมีกิจกรรมการพูดคุยให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่างๆที่ผู้ป่วยชอบ กิจกรรมถ่ายรูปร่วมกับครอบครัว การจัดงานวันเกิด วันครบรอบแต่งงานการอ่านหนังสือให้ฟัง การนวด

ค) การจัดกิจกรรมทำ Family meeting เพื่อให้บุคคลในครอบครัวได้ขอโอโหสิกรรม/การให้อภัยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ

### 3.2.6 การดูแลในบริบทของวัฒนธรรมประเพณี

มิติด้านวัฒนธรรมประเพณีมีความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เนื่องจากบุคคลได้รับการหล่อหลอมคุณค่า ความเชื่อ พฤติกรรมและการแสดงออกจากสังคมจากวัฒนธรรมประเพณีที่บุคคลนั้นเติบโตมาตั้งแต่เกิดจนตาย ดังนั้นภูมิหลังทางวัฒนธรรมของบุคคลจึงมีผลต่อมุมมองเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการตาย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทของวัฒนธรรมประเพณีมีดังนี้

1) การประเมิน ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี โดยใช้คำถามดังนี้

(1) สิ่งที่ยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วย ( ) ศาสนา ( ) ความเชื่อเกี่ยวกับเทพเจ้า ( ) วัฒนธรรม

(2) การเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากอะไร มีผลกระทบกับสิ่งยึดเหนี่ยวหรือไม่อย่างไร

(3) ความเชื่อเกี่ยวกับความตายตามมุมมองผู้ป่วย (เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดเชิงบวกหรือเชิงลบเกี่ยวกับความตาย)

(4) ท่านต้องการปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีหรือไม่อย่างไร

(5) การช่วยเหลือตามหลักศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี

2) การดูแลในบริบทของวัฒนธรรมประเพณี เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต

(1) การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ



(2) ศาสนาพุทธ แนะนำให้ญาติ บุตรหลานพูดคุยกระซิบข้างหูผู้ป่วย ให้ระลึกถึงสิ่งที่ดีงามที่ผู้ป่วยได้กระทำ การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพและอาณัติมนำให้ผู้ป่วยละวางสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและไม่ให้ร้องไห้คร่ำครวญเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยไม่สงบ

(3) ศาสนาอิสลาม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ไม่ให้ผู้ป่วยลืมพระเจ้าจะทำให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมานบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้บุญมากขึ้นโดยการนุเคราะห์การมุัจับ (เป็นหลักปฏิบัติข้อแรกของชาวมุสลิมที่ต้องกล่าวและเชื่อว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) การมุัจับเป็นการพูดคุยต่างๆทำให้ผู้ป่วยได้ยินทุกครั้งที่มีโอกาสเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและเสียชีวิตภายใต้ศาสนาอิสลามและอ่านยาซีนและอ่านอัลกรุอานเป็นการอ่านให้ผู้ที่ใกล้ชิดเสียชีวิตฟังโดยเฉพาะการอ่านยาซีนซึ่งเป็นบทสวดที่เป็นการขอพรต่อพระเจ้าให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากสิ่งชั่วร้าย มีบ่าวของพระเจ้าคอยคุ้มครองอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่เจ็บปวดทรมานจากการเสียชีวิตการอ่านอัลกรุอานบทอื่นนั้นจะใช้อ่านเมื่อผู้อ่านไม่สามารถอ่านยาซีนได้จึงเลือกอ่านอัลกรุอานให้ฟังส่วนผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถอ่านยาซีนหรืออ่านอัลกรุอานได้จะให้ผู้ที่มีความรู้เขียนคูอาร์ (บทสวด) เป็นภาษาอาหรับในกระดาษติดที่หัวเตียงเพื่อให้ผู้ที่มาเยี่ยมอ่านให้ผู้ป่วยฟังเพื่อเป็นการขอพรต่อพระเจ้าและให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้านอกจากนี้ใช้วิธีการนำวิทยุเล็กๆที่เป็นบทสวดเปิดให้ผู้ป่วยฟังตลอดเวลาที่ผู้ดูแลไม่อยู่เสมือนว่ามีบุคคลคอยอ่านอัลกรุอานหรืออ่านยาซีนให้ฟังอยู่ตลอดเวลาผู้ป่วยจะได้รู้สึกปลอดภัยและอุ่นใจว่ามีพระเจ้าอยู่เคียงข้างและไม่ลืมพระเจ้าเสียชีวิตอย่างสุ่นอบน้อม

(4) ศาสนาคริสต์ (คาทอลิก) ที่มสุขภาพต้องประสานให้ผู้ป่วยได้พบกับบาทหลวงในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อโปรคอกัยบาป ในนามของพระเจ้าโดยบาทหลวงจะอ่านคัมภีร์ตอนที่กล่าวถึงพระเมตตาและการอภัยของพระเจ้า รวมทั้งการทำศีลเจิมผู้ป่วยและศีลทาสุดท้าย และศาสนาคริสต์มีความเชื่อว่าร่างกายของคนตายควรได้รับความเคารพ เพราะกายคือเครื่องมือของใจในการทำความคิด ภายทุกส่วนต้องถูกปลุกเพื่อรวมกับวิญญาณอีกครั้ง ศาสนาคริสต์จึงนิยมฝังศพคนไว้

### 3.2.7 การดูแลระยะก่อนตาย มีความเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

#### 1) ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 7 ประการ ได้แก่

- (1) ความอ่อนเพลีย: เป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่
- (2) เบื่ออาหาร: ผู้ป่วยจะกินอาหารน้อยลง ซึ่งความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสียเพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

(3) ตุ่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย: ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรمانมากขึ้นตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น หากปาก ริมฝีปากแห้ง จมูกแห้งและตาแห้ง ให้หมั่นทำความสะอาดและรักษาความชื้นไว้ โดยใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปากริมฝีปาก หรือใช้สฟิงก์ที่ริมฝีปาก สำหรับดื่มน้ำคาเทียม

(4) รู้สึกง่วงและอาเจียนตลอดเวลา: ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

(5) ไม่รู้สึกตัว: ไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่มีคนพูดกันอยู่ข้างๆ เพราะผู้ป่วยอาจจะยังได้ยินและรับรู้ได้ แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้ จึงไม่ควรพูดคุยกันในเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือเป็นกังวล

(6) การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว: อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้

(7) อาจมีเสมหะมาก: ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะ ซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานเพิ่มขึ้นด้วย

### การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ผู้ป่วยหนักใกล้ตายจะมีความต้องการการดูแลระดับประคองใจอย่างมาก สิ่งที่คุณใกล้ตายกลัวที่สุดคือการถูกทอดทิ้ง การอยู่โดดเดี่ยว และต้องการใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เมื่อผู้ป่วยต้องการซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป

### 3.2.8 บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและจริยธรรมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย

1) *หลักเวชจริยศาสตร์ (Biomedical ethics)* ที่เกี่ยวข้อง: หลักพื้นฐานทางเวชจริยศาสตร์ที่แพทย์ใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยมีอยู่ 4 ข้อ ได้แก่

- (1) หลักการทำแต่ความดี (Beneficence)
- (2) หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย (Nonmaleficence)
- (3) หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (Autonomy)
- (4) หลักการแห่งความยุติธรรม (Justice)

2) *สิทธิผู้ป่วย (Patients' Bill of right)* เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจอันดี และเป็นที่น่าไว้วางใจซึ่งกัน

และกัน แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ (สิทธิผู้ป่วย 10 ประการ)

3) การแสดงความยินยอมหลังการบอกกล่าว (*Informed Consent*) การให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอมภายหลังการได้รับการบอกกล่าวอธิบายจากแพทย์จนเข้าใจแล้ว มีองค์ประกอบสำคัญดังต่อไปนี้ ความสามารถในการตัดสินใจ การตัดสินใจโดยปราศจากการกดดัน และเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อมูลที่ให้ (หรือได้รับ)

4) การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต (*Advance Directives*) โดยใช้หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล ซึ่งให้ความสำคัญกับการเคารพในเสรีภาพและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยเสรีภาพในที่นี้หมายถึงเสรีภาพในการตัดสินใจ และ

(1) Living will คือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวในร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยในมาตรา 12 ได้บัญญัติว่า“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาพรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามพรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำการนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวงดังนั้น Livings will จึงเป็นการให้ผู้ป่วยได้เขียนแสดงความต้องการว่าเขาเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษา การผ่าตัดหรือหัตถการต่างๆ โดยสามารถให้ Pain medication แม้ว่ามันจะทำให้ชีวิตสั้นลงก็ตาม

(2) Durable power of attorney (DPA) for health care เป็นการให้ผู้ป่วยระบุบุคคลที่ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับด้านการรักษา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้บนพื้นฐานของการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

(3) Conversation บทสนทนาที่ผู้ป่วยพูดคุยกับญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์ที่ดูแลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้แล้วในอนาคต เป็นรูปแบบของAdvance Directives ที่ใช้กันบ่อยที่สุด

(4) Written directives เป็นการระบุเจตจำนงของตัวผู้ป่วยเอง โดยอาจไม่ได้กล่าวถึงแผนการรักษาจำเพาะที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีความประสงค์ให้กระทำต่อตนเองผู้ป่วยที่ได้แสดงเจตนาอย่างชัดเจนว่าต้องการตายอย่างมีศักดิ์ศรีและขอปฏิเสธการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่

ซับซ้อน ซึ่งไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ (แต่อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน) ทั้งนี้รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหลอดลมคอ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ

### 3.3 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางของ LIFESS

การประเมินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามกรอบการประเมินของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้หลัก “LIFESS (สปสช., 2553) ดังนี้

LIFESS หมายถึง การดูแลชีวิตผู้ป่วยไปจนถึงช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแบ่งการดูแลออกเป็น 4 ส่วนหลัก คือ ร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จึงสรุปตัวอย่างของประเด็นทางสุขภาพที่ควรประเมินในผู้ป่วย Palliative care และครอบครัวของตัวอักษรแต่ละตัว ดังนี้

L= Living wills คือ พินัยกรรมชีวิต หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการดูแลรักษา (Goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง ในส่วนนี้ครอบคลุมถึงเจตนาของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้

1. การให้ยาปฏิชีวนะหากมีการติดเชื้อ การให้เลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การใส่ท่ออาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือปั๊มหัวใจเมื่ออาการทรุด
2. บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยหนักจนอาจไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Power of Attorney หรือ POA)
3. สิ่งค้างค้างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ (Unfinished business) หรือปรารถนาที่จะทำ (wishes) ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ผู้ป่วยอาจใช้วิธีเขียนแสดงเจตนา หรือแจ้งกับครอบครัว หรือคณะดูแล เพื่อสื่อความต้องการของตนเอง

I= Individual belief คือ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความตาย หรือการเสียชีวิต

หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตายหรือการเสียชีวิตใน ส่วนนี้ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. สิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยเองมากที่สุดในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
2. ศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ
3. ประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย
4. ความหมายของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย
5. การวางแผนช่วยเหลือด้านจิตใจ ควรเป็นการดูแลตามความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องระวังไม่นำเอาความเชื่อของคณะที่ดูแลไปมีผลต่อวิธีการดูแลผู้ป่วย

6. ในกรณีที่คุณดูแลไม่ทราบเกี่ยวกับศาสนาหรือความเชื่อของผู้ป่วยควรถามผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง หรือแนะนำให้ปรึกษาผู้ที่มีความรู้หรือผู้นำศาสนาที่สามารถให้คำแนะนำแก่คุณได้

7. เครื่องมือที่สามารถนำเข้ามาใช้ในการประเมินทางความคิดและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้แก่

F = Function หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินนี้อาจนำแบบประเมินต่างๆ เข้ามาใช้ เช่น Palliative Performance Scale Version 2 (PPS) เป็นต้น PPS เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลักได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกรับตัว

PPS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ ค.ศ. 1996 (พ.ศ.2439) โดย Andeson และคณะที่ Victoria Hospice Society (VHS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาแบบประคับประคองการดูแลในชีวิตประจำวัน โดยดัดแปลงมาจาก Kamofsky Performance Scale หลังการประเมิน จะแบ่งออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 0% หมายถึง เสียชีวิต จนถึงคะแนนเต็ม 100 % หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพเป็นปกติ โดยสามารถแยกออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS > 70 %) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30 %) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม ดังกล่าว (PPS 40-70 %)

E = Emotion and Coping หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรูสึกดังกล่าว เช่นผู้ป่วยอาจรู้สึกเสียใจที่ทราบว่าตัวเองอาจไม่มีเวลาเหลืออยู่ไม่มาก ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกดีใจที่มีครอบครัวเป็นกำลังใจให้หรือคิดอย่างน้อยก็เป็นกำไรชีวิตที่อยู่มานานกว่าระยะที่เคยมคิดไว้แต่แรกและได้ทำสิ่งที่อยากทำครบแล้ว ขณะที่ดูแลควรเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการดำเนินโรค กูเบลอร์-โรสส์ (Kubler-Ross) ได้เสนอทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นลำดับ 5 ขั้น ดังนี้

1. ระยะเวลาช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial) ผู้ป่วยจะนิ่งแสดงความตกใจจากกล่าวว่าเป็นไปไม่ได้ไม่ใช่มม มีความผิดพลาดในการตรวจไม่ยอมรับความจริงไม่ยอมพูดถึงการเจ็บของตนเลย

2. ระยะเวลาโกรธ (Anger) ผู้ป่วยมีอารมณ์รุนแรงพุดจก้าว่าร้ายาธิษษา และต่อต้านผู้ป่วยอาจพุดว่า“ทำไมต้องเป็นฉัน” “โทษผู้รักษา” โกรธความโชคร้ายของตนและโกรธคนรอบข้าง

3. ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) ผู้ป่วยมักพุดขอต่อรองหรือตกลงสัญญาซึ่มเสร์้าขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับพระเจ้าหรือสิ่งที่น่าเชื่อถือส่วนใหญ่มักปกปิดคำสัญญา/ต่อรองนั้น สาเหตุมักเกิดจากความรูสึกผิดที่ทำในอดีต



4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยเข้าใจแล้วไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยรู้สึกสูญเสียทุกอย่าง โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้นกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย โอกาสที่จะอยู่กับครอบครัว สดใจ ผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่พูดกับใคร

5. ภาวะยอมรับ (Acceptance) เริ่มทำใจยอมรับได้อารมณ์ดีขึ้นยอมรับความช่วยเหลือต่างๆในการจัดการกับอารมณ์เศร้าหรือเตรียมตัวสำหรับความตาย รอช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ

อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องเกิดตามลำดับ อาจเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างดำเนินโรค

S = Symptoms หมายถึง ความไม่สบายทางกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การประเมินอาการใช้การซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดหรือใช้แบบประเมินอาการ เช่น Edmonton symptom Assessment System (ESAS) แบ่งเป็น 0-10 เรียงลำดับจากน้อยไปมากลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) อาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3)อาการคลื่นไส้ 4)อาการซึมเศร้า 5)อาการวิตกกังวล 6)อาการรบกวนซึม 7)อาการเบื่ออาหาร 8)ความสบายดีทั้งกายและใจ และ9)อาการเหนื่อยหอบ

S = Social and support หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองทางครอบครัวอาจมีปัญหาเรื่องการเดินทางมารับยาหรือติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น สมาชิกบางคนอาจต้องหยุดงานเพื่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นทีมดูแลควรรู้ความสำคัญในการประเมินปัญหาด้านสังคม และอาจปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นสมาชิกในคณะเข้ามาประเมินและหาทางช่วยเหลือในประเด็นผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่างเหมาะสม ตลอดจนช่วยนำทรัพยากรในชุมชนมาช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นริสา สมะมาแอ (2557) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและได้เสียชีวิตในไอซียู จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวม



ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของแวน มาเนน (Van Manen) ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมี 4 กิจกรรมดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา 2) อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว 3) ส่งเสริมความสุขสบาย และ 4) บรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักมีดังนี้ 1) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน 2) การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน และ 3) ความปลอดภัยของผู้ดูแลหลักจากการที่ไม่มีที่พัก ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลหลักมุสลิมผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับความต้องการ ความเชื่อ และพัฒนาการพยาบาลสู่การพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ปฐมวดี สิงห์คง (2554) ได้ทำการศึกษา การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัว 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีบางครอบครัวเท่านั้นที่จะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล ดังนั้นการเพิ่มเติมทักษะ การประเมินบทบาทหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวแต่ละราย รวมถึงการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวกล้านำเสนอปัญหาและสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่เผชิญ อันจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

มาลี คำคง (2557) ได้ทำการศึกษาการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ: มิติความเชื่อต่อชีวิตหลังความตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความเชื่อต่อชีวิตหลังความตาย บริบทโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ตอนล่าง ตามแนวทางปฏิบัติของผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ดังนี้ ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ได้แก่ 1) สวดมนต์บทพุทธคุณหรือให้ระลึกถึงคุณความดี 2) ตกแต่งศพให้สะอาดและเก็บส่วนอวัยวะให้ครบถ้วน 3) กล่าวคำโหลิกรรม 4) หยอดน้ำทางปาก 3 ครั้ง 5) พนมมือถือดอกบัวบูชา 6) กรวดน้ำอุทิศส่วนกุศล 7) บอกหรือเชิญให้ผู้เสียชีวิตกลับ และผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ได้แก่ 1) การระลึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี 2) การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้ายด้านขวา (หากทำไม่ได้ให้จัดท่านอนหงาย) หันใบหน้าไปทางทิศกิบลัต 3) การกล่าวบทสวดหรือการ

ปฏิญาณตน 4) การปฏิบัติต่อผู้เสียชีวิตมุสลิมเสมือนยังมีชีวิต และ 5) การจัดการนำศพกลับไปประกอบพิธีทางศาสนา

นิการีหมีะ นิจินิการี (2550) ได้ทำการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยาศสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 375 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.7-88.2 ตัดสินใจยุติการรักษาและร้อยละ 6.4-9.3 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ และกลุ่มตัวอย่างให้ทีมสุขภาพ และบุคคลในครอบครัวตัดสินใจแทน ร้อยละ 1.9-5.1 และร้อยละ 1.9-3.5 ตามลำดับ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยาศสุดท้ายของชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษา รับการรักษาต่อให้ทีมสุขภาพ หรือให้ครอบครัวตัดสินใจแทน เนื่องจากปัจจัยด้านศาสนาอิสลาม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจ ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเป็นภาระแก่ครอบครัว ผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

กัญญา บุญธรรมโม (2556) ได้ทำการศึกษาผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียน้ำและแร่ธาตุของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 62 ราย ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัดภาวะสูญเสียน้ำและแร่ธาตุตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ที่ 70 ขึ้นไป และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด แบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล แบบวัดภาวะสูญเสียน้ำและแร่ธาตุที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบบันทึกพัฒนาการให้การปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะสูญเสียน้ำและแร่ธาตุลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองมีภาวะสูญเสียน้ำและแร่ธาตุลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จิตชญา บุญนันทน์ (2555) ได้ทำการศึกษาการแจ้งข่าวร้ายที่ผู้ป่วยต้องการและที่ได้รับในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการแจ้งข่าวร้ายจากแพทย์ที่ผู้ป่วย

มะเร็งกระดูกปฐมภูมิต้องการและเปรียบเทียบการแจ้งข่าวร้ายที่ผู้ป่วยเคยได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิจำนวน 96 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความต้องการการแจ้งข่าวร้ายและการแจ้งข่าวร้ายที่เคยได้รับจากแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย และpaired-T-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการแจ้งข่าวร้ายในหมวดข้อมูลมากกว่าหมวดการสนับสนุนและเอื้ออำนวยระหว่างการแจ้งข่าวร้าย ระดับคะแนนสูงสุดที่ผู้ป่วยต้องการคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ดีที่สุด (ร้อยละ 59.4) ความมั่นใจในทักษะและความสามารถในการดูแลรักษา (ร้อยละ 50) การแสดงความสนใจ ห่วงใยจากแพทย์ (ร้อยละ 49) การได้รับข้อมูลที่มากเพียงพอ (ร้อยละ 45.8) และผู้ป่วยส่วนน้อยต้องการคำแนะนำจากแพทย์ว่าจะบอกผู้อื่นอย่างไรเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เป็น (ร้อยละ 12.5) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับคะแนนการแจ้งข่าวร้ายที่ผู้ป่วยได้รับนั้นน้อยกว่าที่ต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p = 0.05$

รจนา ทองคำ (2558) ได้ทำการศึกษาการตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลไทยมุสลิมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา จำนวน 10 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลไทยมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 ปี และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและเชื่อว่าผู้ป่วยที่ดูแลได้ตายอย่างสงบ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึกใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 40-60 นาที ต่อครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มานเนน สร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพตามวิธีของลินคอล์นและกูบา ผลการศึกษาพบว่า การตายอย่างสงบ ประกอบด้วย 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ 4) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 5) ไม่มีการซื้อชีวิต และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง ผลการศึกษานี้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองการตายอย่างสงบของพยาบาลไทยมุสลิม ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายภายใต้ความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม

ศิริรัตน์ มากมาย (2556) ได้ทำการศึกษาอาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร์การศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาอาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินโรคและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งคลินิกประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

โรงพยาบาลแพร่จำนวน 66 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามอาการรบกวน และแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ใช้สถิติพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบปัญหาซึมเศร้าร่วมด้วยโดยพบอาการง่วงซึม เหนื่อยหอบ ในกลุ่มตัวอย่างระยะวาระสุดท้ายน้อยกว่าระยะคงที่ กลุ่มตัวอย่างก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะต้องการทุเลาจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่การได้รับคำแนะนำในดูแลสุขภาพและบริการดูแลสุขภาพต่อเนืองที่บ้านจากทีมสุขภาพซึ่งมีความต้องการไม่แตกต่างกันในทุกระยะการดำเนินโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องการมีผู้รับฟังปัญหา ระบายความรู้สึกและต้องการให้พระมาเยี่ยมมากกว่าระยะอื่น

พิมพ์นิต ภาศรี (2558) ได้ทำการศึกษา ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายศึกษาระดับความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ ของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนของครอบครัว ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 100 ราย โดยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลโรคมะเร็ง ในภาคใต้ของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว และแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.92$ ,  $SD = 0.78$ ) โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ( $M = 2.21$ ,  $SD = 0.73$ ) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.63$ ,  $SD = 0.84$ )

Nalinee Yingcharnkul (2553) ได้ทำการศึกษาแนวทางการสื่อสารกับครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย; การศึกษาด้วย Nominal group technique ในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิธีการศึกษา Qualitative study โดยในส่วนรูปแบบ (Pattern) ได้ใช้ nominal group technique ถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแพทย์ 5 คน ซึ่งเป็น orthopedics, pediatrics, radiology, anesthesia, psychiatrist และ กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จาก ward oncogyne, พิเศษ, เด็ก, neurosurgery, trauma โดยยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 case ได้แก่ Ruptured aneurysm และ Stomach cancer โดยใช้คำถาม How to discuss goal of care with

terminal illness patient's family? และมีการขยายรายละเอียดในส่วนเนื้อหา (Content) ด้วย Focus group discussion ร่วมกับ in depth interview จากตัวแทนทีมรักษาใน 8 จังหวัดภาคเหนือของไทย จำนวน 116 คน การรายงานผลแยกเป็นประเด็น who, what & how, when, where โดยมีเหตุผลประกอบทุกประเด็น (why) โดยมีทั้งข้อมูลแบบ quantitative เป็นคะแนน vote และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นรูปแบบคำพูดและเนื้อหาที่จะสื่อสารกับญาติผู้ป่วยในสถานการณการศึกษา ผลการศึกษา Who: ควรให้แพทย์เป็นคนคุยเรื่องการรักษากับญาติทุกฝ่าย พยายามให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ไม่อยู่ หากมีญาติจำนวนมากควรหาคนหนึ่งที่เป็น Key person ไว้เป็นตัวแทน เพื่อติดต่อประสานงานและเป็นผู้ตัดสินใจหลักเรื่องการรักษา, What & How: ให้ข้อมูลมุ่งให้เพื่อญาตินำไปตัดสินใจเลือกการรักษาได้ เน้น 4 ข้อหลัก คือ โรค อาการ วิธีรักษา ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตหลังการรักษาแต่ละวิธี จาก Focus group พบว่าการเลือกใช้คำพูดมีผลอย่างมาก, When: ข้อนี้มีส่วนต่างคือในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (Stomach cancer) ควรคุยกับญาติตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาและคุยเป็นระยะเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม แต่ผู้ป่วยอาการแย่งฉุกเฉิน (Ruptured aneurysm) ต้องมีการประเมินสภาวะจิตใจของญาติก่อนการให้ข้อมูลด้วย ถ้าเห็นว่ายังรับไม่ได้อาจค่อย ๆ ให้ข้อมูลเป็นระยะ, where: ควรคุยในสถานที่ส่วนตัว (private room) แต่การคุยข้างเตียงผู้ป่วยก็มีข้อดีในการสร้างความเข้าใจถึงอาการผู้ป่วย

สิริวรรณ คงทอง (2556) ได้ทำการศึกษา ประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ผลการวิจัย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติกซ์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลาจำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นภรรยาของผู้ที่เสียชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซ็อก ตกใจ กังวลกับชีวิตข้างหน้า เกรียด หงุดหงิดรำคาญใจ และรู้สึกผิดคิดโทษตัวเอง ด้านความคิด มีความคิดหมกมุ่นวนเวียนเกี่ยวกับสามี และคิดว่าตัวตาย ด้านพฤติกรรม อยากอยู่คนเดียวเงียบๆ ร้องไห้ และหลีกเลี่ยงหนีสังคม ส่วนด้านร่างกาย กินไม่ได้นอนไม่หลับ น้ำหนักลด และโรคประจำตัวกำเริบ



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล การรักษาพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีความเชื่อในประเพณีและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย มีระเบียบวิธีการวิจัยประกอบด้วย ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ที่ศึกษาเป็นแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ใน 4 อำเภอ ชายแดนจังหวัดสงขลา และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 3 ปี รวมทั้งสิ้น 40 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 28 คน การกำหนดขนาดกลุ่มศึกษาโดยใช้การกำหนดเกณฑ์ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ใช้เกณฑ์โดยกำหนดร้อยละของประชากร เป็นหลักร้อยละ 25 % ของประชากรทั้งหมด (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ ที่	โรงพยาบาล	อำเภอ	ประชากร		กลุ่มศึกษา	
			แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล
1	โรงพยาบาลสะเดา	สะเดา	9	17	3	5
	โรงพยาบาลปาดังเบซาร์		5	12	2	3
2	โรงพยาบาลจะนะ	จะนะ	10	31	3	8
3	โรงพยาบาลสะบ้าย้อย	สะบ้าย้อย	5	22	2	6
4	โรงพยาบาลเทพา	เทพา	6	22	2	6
รวม			35	104	12	28



## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามใช้กรอบการประเมิน(LIFESS) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช, 2553)

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามกรอบการประเมิน (LIFESS) สปสช 2553 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ตามกรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 49 ข้อ ดังนี้

1. ด้านการแสดงความเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการดูแลรักษา (Goal of care) และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง มีทั้งหมด 6 ข้อ

2. ด้านความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย (Individual belief) มีทั้งหมด 17 ข้อ

3. ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Function) มีทั้งหมด 3 ข้อ

4. ด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรู้สึกดังกล่าว (Emotion and Coping) มีทั้งหมด 10 ข้อ

5. ด้านความไม่สบายทางกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Symptoms) มีทั้งหมด 9 ข้อ

6. ด้านปัญหาสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนถึงพี่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย (Social and support) มีทั้งหมด 4 ข้อ

### 2.2 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

1. วิเคราะห์ปัญหา

2. สร้างเครื่องมือจากกรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (LIFESS)

3. หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของข้อคำถามในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

4. หาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของข้อคำถามในแต่ละข้อ

การประมาณค่ามาตราส่วน (Rating scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Best and Kahn, James V. 1993) โดยกำหนดระดับความเป็นไปได้ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5 4 3 2 และ 1

การแปรผลระดับความเป็นไปได้ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ค่าเฉลี่ย

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5-1}{5} = 0.8 \text{ ต่อระดับ}$$

คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.0	หมายถึง	เป็นไปได้มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19	หมายถึง	เป็นไปได้มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.39	หมายถึง	เป็นไปได้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59	หมายถึง	เป็นไปได้น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79	หมายถึง	เป็นไปได้น้อยที่สุด

## 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามกรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ LIFESS (สปสช, 2553) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัยเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องประเด็นสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมและความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องน้อยกว่ากับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

นำผลการพิจารณาจำนวนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับตัวแปร (Content Validity Index: CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร ดังนี้ (Walz, Strickland and Lenz, 1991) ซึ่งข้อความที่ดีควรมีค่า Content Validity Index: CVI 0.8 ขึ้นไป

$$\text{สูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาจากแบบสอบถาม การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา ได้ค่า CVI ของแต่ละข้อ ดังนี้ จำนวนข้อที่ได้ CVI เท่ากับ 1 จำนวน 37 ข้อ CVI เท่ากับ .8 จำนวน 10 ข้อ CVI เท่ากับ .6 จำนวน 2 ข้อ ค่าดัชนีที่วัดได้ 47 ข้ออยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ คือมีค่า มากกว่า .80 ขึ้นไป (Walz, Strickland and Lenz. 1991) มี 2 ข้อที่ได้ค่า CVI .6 ซึ่งได้นำมาปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าใหม่เป็น CVI เท่ากับ 0.8 ส่วนค่า CVI รวม 39 ข้อ เท่ากับ .94 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ภาษาให้ชัดเจน และเนื้อหาถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ (ภาคผนวก)

### 2.3.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และถูกนำไปทดลองใช้ (Try out) กับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล รือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 18 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดสงขลา วิเคราะห์ค่าความเที่ยงในแต่ละด้านและโดยรวม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของบรอก (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ และเครื่องมือที่พัฒนาใหม่ควรมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป (Burn and Grove 1997; Selby-Harrington et al. 1994 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2547) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม ค่า reliability เท่ากับ 0.969 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถนำข้อคำถามชุดนี้ไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลได้ รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยภาพรวมและในแต่ละด้าน

ด้านที่	รายการ	จำนวนข้อ	ค่า Reliability
1	ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล (Living Will)	6	0.773
2	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Individual Belief)	13	0.902
3	ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function)	3	0.796
4	ด้านความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยที่เกิดกับผู้ป่วย (Emotional and Coping)	10	0.945
5	ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ (Symptom)	9	0.949
6	ผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Support)	4	0.914
	<b>รวม</b>	<b>47</b>	<b>0.969</b>

2.3.3 นำผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้จากการทดลองใช้แล้ว  
ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ ปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินศึกษาสภาพการณ์ โดยขอความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล  
โดยใช้แบบสอบถามตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ภายหลังจากขออนุญาตจากประธานสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุข  
จังหวัดสงขลา เพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการ เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ซึ่ง  
ประกอบด้วยโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา และ  
โรงพยาบาลสะบ้าย้อย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขออนุญาตและขอความ  
ร่วมมือกับกลุ่มที่ศึกษา อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในกลุ่มที่ศึกษา

3.2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและแบบเสนอความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัยจำนวน 40 คน โดย  
เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 กรกฎาคม 2559 – 23 กรกฎาคม 2559 จากโรงพยาบาล 4 อำเภอใน  
จังหวัดสงขลา ประกอบด้วยโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ  
โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

3.3 หลังจากเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน  
ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแบบเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม รวบรวมตรวจสอบความ  
ครบถ้วน ถูกต้อง ก่อนนำมาสรุป

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล  
ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. แบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์  
สำเร็จรูปโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกราย  
ข้อ รายด้าน และโดยรวม

## 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทางจริยธรรม ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อเสนอขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. ขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลสะเคา โรงพยาบาลป่าดงเบงชาร้ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลสะบ้าย้อย และโรงพยาบาลจะนะ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่ามีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

3. กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ได้ตามความเป็นจริง หากข้อความใดที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจในการให้ข้อมูลก็มีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางข้อได้

4. การตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์นี้จะไม่มีการเปิดเผยตัวตน

5. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัย ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น เมื่อสิ้นสุดการทำการศึกษาและสรุปผลการศึกษาเป็นรูปเล่มแล้ว จะทำลายแบบสอบถามและข้อมูลการสัมภาษณ์ทั้งหมด และเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีความเชื่อในประเพณีและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะเวลาสุดท้าย การนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะเวลาสุดท้าย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 25 และ ร้อยละ 75 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เพศชายร้อยละ 20 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25-30 ปีร้อยละ 40 รองลงมา 36-40 ปีร้อยละ 30 และ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.5

นับถือศาสนาศาสนาพุทธ ร้อยละ 65 รองลงมาคือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 35 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 62.5 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 90 ปริญญาโท ร้อยละ 10

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มากกว่า 11 ปีร้อยละ 47.5 รองลงมา 3-5 ปีร้อยละ 30 และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3-5 ปีร้อยละ 50 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 30 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 20 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มศึกษาร้อยละ 27.5 ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่เคยเข้ารับการอบรม ร้อยละ 72.5 ดังแสดงในตารางที่ 4.1



ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) n=40	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	32	80
ชาย	8	20
<b>อายุ</b>		
25-30	16	40
31-35	5	12.5
36-40	12	30
>40	7	17.5
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	26	65
อิสลาม	14	35
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	15	37.5
คู่	25	62.5
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาตรี	36	90
ปริญญาโท	4	10
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
โรงพยาบาลสะเดา	8	20
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์	5	12.5
โรงพยาบาลเทพา	8	20
โรงพยาบาลจะนะ	11	27.5
โรงพยาบาลสะบ้าย้อย	8	20

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) n=40	ร้อยละ
<b>ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน</b>		
แพทย์	10	25
พยาบาลวิชาชีพ	30	75
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>		
3-5 ปี	12	30
6-10 ปี	9	22.5
11 ปีขึ้นไป	19	47.5
<b>ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>		
3-5 ปี	20	50
6-10 ปี	12	30
11 ปีขึ้นไป	8	20
<b>ท่านเคยได้รับการอบรมหรือประชุมวิชาการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>		
ไม่เคย	29	72.5
เคย	11	27.5

## ส่วนที่ 2 แสดงผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามกรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ LIFESS (2553) รวม 6 ด้าน โดยภาพรวมพบว่า ความเป็นไปได้ของการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.3$ ,  $SD = 0.759$ ) เมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ย สูงสุด ( $\bar{X} = 4.42$   $SD = 0.726$ ) รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความเรื้อรังดังกล่าว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.36$   $SD = 0.722$ ) และลำดับต่ำสุดคือด้านการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการดูแลรักษา ( $\bar{X} = 4.15$   $SD = 0.735$ ) อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 4.2



ตารางที่ 4.2 ภาพรวมระดับความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา แยกเป็นรายด้าน

ด้าน	การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย	Mean	SD	ระดับ
1	ด้านความไม่สบายทางกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Symptoms)	4.42	0.726	มากที่สุด
2	ด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการ เจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับ ความรู้สึกดังกล่าว (Emotion and Coping)	4.36	0.722	มากที่สุด
3	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแล ตนเองของผู้ป่วย (Function)	4.34	0.764	มากที่สุด
4	ด้านความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความ ตาย (Individual belief)	4.27	0.820	มากที่สุด
5	ด้านปัญหาสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่มีการ เจ็บป่วย (Social and support)	4.21	0.736	มากที่สุด
6	ด้านการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการ ดูแลรักษา (Goal of care)	4.15	0.735	มาก
<b>รวม</b>		<b>4.30</b>	<b>0.759</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ด้านการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลรักษา (Living will) โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$   $SD = 0.735$ ) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องการรักษาและเสียชีวิต เช่น บ้าน หรือ โรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.52$ ,  $SD = 0.64$ ) รองลงมา แพทย์/พยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย/ความก้าวหน้าในการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา วิธีการดูแลหากมี

อาการทรุดลง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.5$   $SD = 0.679$ ) และการประเมินผลการตัดสินใจของผู้ป่วย และ/หรือญาติ ในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.781$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 1 การแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา

ข้อ	ด้านการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา	Mean	SD	ระดับ
1	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการรักษาและเสียชีวิต เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาล	4.52	0.640	มากที่สุด
2	แพทย์/พยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึง สถานการณ์การเจ็บป่วย/ความก้าวหน้าในการดำเนินของ โรค/การเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา วิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง	4.5	0.679	มากที่สุด
3	สอบถามผู้ป่วยถึงบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมอบหมายให้ ตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลแทนเมื่อผู้ป่วยมีอาการ หนักจนไม่สามารถตัดสินใจเองได้	4.12	0.648	มาก
4	สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือสิ่งค้างค้างที่ยังไม่ได้ ทำและอำนวยความสะดวกหรือประสานงานกับผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง	4.05	0.749	มาก
5	เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้น นำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มาให้ ผู้ป่วยและญาติอ่านเพื่อทำความเข้าใจและพิจารณา ตัดสินใจ	3.87	0.911	มาก
6	ประเมินผลการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติ ในการ เขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุข หากต้องการทำหนังสือดังกล่าว	3.82	0.781	มาก
<b>รวม</b>		<b>4.15</b>	<b>0.735</b>	<b>มาก</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ด้านความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย ( Individual belief ) โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.27$   $SD = 0.820$ ) เมื่อพิจารณาแยกเป็น รายข้อ พบว่าการอนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือเปิด CD อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้รำลึกถึงพระเจ้าและทำจิตใจให้สงบมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ มากที่สุด ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 0.714$ ) รองลงมาคือกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถดื่มน้ำเองได้ ปากคอจะแห้ง ควรหยอดน้ำเล็กน้อยในปากเพื่อให้ชุ่มคอ หรือใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดริมฝีปากที่แห้ง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.751$ ) และกรณีที่ผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้แต่ต้องการปฏิบัติศาสนกิจให้เตรียมดินที่สะอาดเพื่อทำตะขุมมแทนการใช้น้ำ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.38$ ,  $SD = 1.125$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดง การดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 2 ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย

ข้อ	ด้าน ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและความตาย	Mean	SD	ระดับ
1	กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้ปฏิบัติต่อศพอย่าง น่านวลเสมือนมีชีวิต และอนุญาตให้นำศพออกจาก โรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อประกอบพิธีกรรมทาง ศาสนา	4.58	0.675	มากที่สุด
2	อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือ เปิด CD อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้รำลึกถึงพระเจ้า และทำจิตใจให้สงบ	4.55	0.714	มากที่สุด
3	กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถดื่มน้ำเองได้ ปากคอ จะแห้ง ควรหยอดน้ำเล็กน้อยในปากเพื่อให้ชุ่มคอ หรือ ใช้สำลีหรือผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดริมฝีปากที่แห้ง	4.50	0.751	มากที่สุด
4	กรณีครอบครัวตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับ ความตายที่กำลังจะมาถึง	4.48	0.784	มากที่สุด



ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อ	ด้าน ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและความตาย	Mean	SD	ระดับ
5	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับญาติที่สนิทหรือ บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด ผลัดเปลี่ยนกันดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง	4.48	0.679	มากที่สุด
6	สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการทักทายยอมรับ และให้เกียรติ พร้อมทั้งรับฟังด้วยท่าทีที่ให้ความ สนใจและเอื้ออาทร	4.48	0.679	มากที่สุด
7	ให้ญาติและครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากันเพื่อได้สังเีย และได้ “มาอ์ฟ” ซึ่งกันและกัน	4.45	0.815	มากที่สุด
8	จัดเตรียมสถานที่ไว้ให้ญาติและผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจ ทางศาสนา	4.42	0.747	มากที่สุด
9	ให้ผู้ป่วยรำลึกถึงอัลลอฮ์บ่อยๆ โดยกล่าวว่า “ลาติลา สะฮิล ลัลลอฮ” ซึ่งมีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ ฉันเคารพนับถือ นอกจากอัลลอฮ์” หรือก่อนหมดลม หายใจให้ญาติกระซิบข้างหูเบาๆ ให้ผู้ป่วยได้สติในการกล่าว	4.40	0.744	มากที่สุด
10	ให้ผู้ป่วยได้ “เตาปะฮ” หรือขอลูแก่โทยต่ออัลลอฮ์ ซุบ หานะฮฺวะตะอาลา ในความผิดบาปที่ผ่านมา ได้ ตลอดเวลาที่เค้ายังรู้สึกตัว	4.32	0.829	มากที่สุด
11	กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ละหมาดซึ่งเป็น ศาสนกิจที่สำคัญจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางจิต วิญญาณ โดยอนุโลมให้ทำในท่านั่งหรือท่านอนได้	4.25	0.840	มากที่สุด
12	เปิดโอกาสให้ญาติที่มาเยี่ยมนั่งใกล้บริเวณศีรษะและ สวดขอพร (คูอาฮ์) ให้แก่ผู้ป่วย อาจคิดเป็นข้อความ คู อาฮ์ เป็นภาษาอาหรับไว้ที่หัวเตียงเพื่อให้ผู้ที่มาเยี่ยม ได้อ่านให้ผู้ป่วยฟัง	4.23	0.832	มากที่สุด

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อที่	ด้าน ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและความตาย	Mean	SD	ระดับ
13	จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อนควรมีห้องแยกต่างหากหรือจัดมุมที่สงบกรณีที่เป็นเตียงสามัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.20	0.823	มากที่สุด
14	นำ FICA มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณ F=ความเชื่อ/สิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย I= ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อคุณอย่างไรบ้าง C=ชุมชน/สังคมที่มีความเชื่อเดียวกับคุณมีความหมาย/ความสำคัญอย่างไรต่อคุณ A=คุณต้องการให้ทีมสุขภาพปฏิบัติอย่างไรต่อคุณตามความเชื่อของคุณ	4.02	1.025	มาก
15	ทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่า ความหมายของชีวิต และความเชื่อหลังความตายในทฤษฎีอิสลาม	3.98	0.862	มาก
16	ควรจัดทำนอนหรือจัดเตียงให้ผู้ป่วย กรณีไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ให้นอนในลักษณะที่หันไปทาง“กิบลัต” ถ้าผู้ป่วยนอนตะแคงให้ตะแคงขวาหันไปทาง “กิบลัต”ซึ่งทำดังกล่าวผู้ป่วยสามารถทำละหมาดได้เลย ยกเว้น กรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางกายภาพ	3.83	1.010	มาก
17	กรณีที่ผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้แต่ต้องการปฏิบัติศาสนกิจให้เตรียมดินที่สะอาดเพื่อทำตะยัมมูมแทนการใช้น้ำ	3.38	1.125	ปานกลาง
<b>รวม</b>		<b>4.27</b>	<b>0.820</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Function) โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.43$  SD = 0.764 ) เมื่อพิจารณาแยกเป็น รายข้อพบว่าประเมินผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ใ้การช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้พร้อมแนะนำสอนญาติและ/หรือผู้ดูแลทำกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.45$ , SD = 0.716) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ใ้การดูแลช่วยเหลือทุกอย่างพร้อมกับสอน แนะนำญาติและ/หรือผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย หากผู้ดูแลคือญาติก็จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นอีกทางหนึ่ง ( $\bar{X} = 4.43$ , SD = 0.675) และลำดับต่ำสุดคือทำความเข้าใจเครื่องมือ Palliative performance Scale Version 2 (PPS-V2) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.10$ , SD = 0.900 ) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเอง ของ ผู้ป่วย

ข้อ	ด้าน ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและความตาย	Mean	SD	ระดับ
1	ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ใ้การช่วยเหลือ ในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้พร้อมแนะนำสอนญาติและ/หรือผู้ดูแลทำกิจกรรม	4.45	0.716	มากที่สุด
2	ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ใ้การดูแลช่วยเหลือ ทุกอย่างพร้อมกับสอน แนะนำญาติและ/หรือผู้ดูแลให้ มีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยหาก ผู้ดูแลคือญาติก็จะเป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นอีกทางหนึ่ง	4.43	0.675	มากที่สุด
3	ทำความเข้าใจเครื่องมือ Palliative performance Scale Version 2 (PPS-V2) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การ ดูแลแบบประคับประคอง	4.10	0.900	มาก
<b>รวม</b>		<b>4.43</b>	<b>0.764</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะเวลาท้าย ด้านด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.36$   $SD = 0.722$ ) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ พบว่า การประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับศาสนาที่น่าเชื่อถือ ซึ่งอาจเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.639$ ) รองลงมา คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกซึมเศร้าหรือนั่งอยู่เฉยๆ ใช้มือและสัมผัสผู้ป่วยพร้อมสังเกตอาการกรณีผู้ป่วยไม่ต้องการพูด อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.44$ ,  $SD = 0.51$ ) และต่ำสุดคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ( $\bar{X} = 3.94$ ,  $SD = 0.80$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 4 อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

ข้อ	ด้าน ความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว	Mean	SD	ระดับ
1	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยความจริงในเรื่องของความรู้สึก อารมณ์และการรับรู้	4.45	0.677	มากที่สุด
2	ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับศาสนาที่น่าเชื่อถือ ซึ่งอาจเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้	4.45	0.639	มากที่สุด
3	กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล	4.40	0.778	มากที่สุด
4	รับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยต่อรองและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก	4.40	0.672	มากที่สุด
5	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกซึมเศร้าหรือนั่งอยู่เฉยๆ ใช้มือและสัมผัสผู้ป่วยพร้อมสังเกตอาการกรณีผู้ป่วยไม่ต้องการพูด	4.37	0.774	มากที่สุด
6	ยอมรับปฏิบัติกริยาของผู้ป่วยด้วยการฟังและให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง	4.35	0.736	มากที่สุด

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ข้อ	ด้าน ความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว	Mean	SD	ระดับ
7	อธิบายให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยว่าระยะนี้ผู้ป่วยเข้าใจและไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่สนใจอะไร	4.32	0.797	มากที่สุด
8	ช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและประคับประคองความรู้สึกนั้น	4.32	0.764	มากที่สุด
9	เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ให้ความเห็นอกเห็นใจ ไม่ได้ตอบโต้เถียงหรือโกรธ	4.27	0.679	มากที่สุด
10	ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกสบายใจขึ้น ช่วยในการสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม	4.25	0.707	มากที่สุด
<b>รวม</b>		<b>4.36</b>	<b>0.722</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ มี 9 ด้านโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.42$   $SD = 0.72$ ) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ พบว่า การประเมินอาการเบื่ออาหารและอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าการเบื่ออาหารเป็นอาการอย่างหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดสุด ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = 0.679$ ) รองลงมา คือ การประเมินอาการคลื่นไส้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบว่า อาการคลื่นไส้เกิดจากสาเหตุใด มีแนวทางแก้ไขอย่างไร อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.783$ ) การประเมินความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกไม่สบาย

ทั้งกายและใจมากขึ้นเพียงใด ลำดับต่ำสุดในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.35, SD = 0.736$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 5 ความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ

ข้อ	ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ	Mean	SD	ระดับ
1	ประเมินอาการเบื่ออาหาร ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าการเบื่ออาหารเป็นอาการอย่างหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรแนะนำการรักษาความสะอาดในช่องปาก จัดเตรียมอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยยังรับประทานทางปากได้)	4.48	0.679	มากที่สุด
2	ประเมินอาการคลื่นไส้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบว่า อาการคลื่นไส้เกิดจากสาเหตุใด มีแนวทางแก้ไขอย่างไร	4.45	0.783	มากที่สุด
3	ประเมินอาการซึมเศร้า ควรให้กำลังใจรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย แก้ไขอาการทางกายที่เป็นสาเหตุให้รู้สึกไม่สุขสบาย	4.45	0.714	มากที่สุด
4	ประเมินอาการง่วงซึม ควรหาสาเหตุว่า เกิดจากการได้รับยาคลายกังวล ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดมากเกินไปหรือไม่ หากไม่พบสาเหตุ ควรให้พักผ่อนเต็มที่	4.45	0.714	มากที่สุด
5	ประเมินอาการวิตกกังวล ควรให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและรับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยได้ระบายออกเล่า	4.42	0.712	มากที่สุด



ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อ	ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ	Mean	SD	ระดับ
6	ประเมินอาการเหนื่อย / อ่อนเพลีย การดูแลที่ควรทำ คือ การช่วยขยับและบริหารข้อต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย การพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ และการบีบนิ้วบริเวณที่สัมผัสที่นอนก่อนและหลังการพลิกตัว ทำให้รู้สึกสบายช่วยให้เลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นดีขึ้น	4.42	0.712	มากที่สุด
7	ประเมินอาการปวด โดยหาสาเหตุต่อปัจจัยส่งเสริมการอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมทั้งวางแผนการรักษา	4.42	0.675	มากที่สุด
8	ประเมินความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจมากน้อยเพียงใด	4.35	0.736	มากที่สุด
9	ประเมินอาการเหนื่อยหอบ ควรประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก พร้อมให้การพยาบาลตามภาวะนั้น	4.35	0.700	มากที่สุด
<b>รวม</b>		<b>4.42</b>	<b>0.72</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ด้านที่ 6 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.21$   $SD = 0.736$ ) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ พบว่าการประเมินบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.28$ ,  $SD = 0.716$ ) รองลงมาคือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = 0.733$ ) ลำดับต่ำสุด คือประเมินผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.15$ ,  $SD = 0.736$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 6 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อ	ด้านผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and support)	Mean	SD	ระดับ
1	ประเมินบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งอาจส่งผล กระทบต่อสถานะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ	4.28	0.716	มากที่สุด
2	ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลรักษาอย่าง ต่อเนื่อง การเดินทาง ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้ง ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและเมื่อครอบครัว ต้องการพากลับไปอยู่ในชุมชน	4.22	0.733	มากที่สุด
3	ประเมินสัมพันธภาพของคนในครอบครัว เช่น การ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแบ่งเบาภาระต่างๆภายใน ครอบครัว	4.20	0.758	มากที่สุด
4	ประเมินผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว	4.15	0.736	มาก
<b>รวม</b>		<b>4.21</b>	<b>0.736</b>	<b>มากที่สุด</b>

## บทที่ 5

### สรุปการศึกษา อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล การรักษาพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีความเชื่อ ในกับประเพณีและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย

#### 1. สรุปการศึกษา

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล การรักษาพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีความเชื่อในประเพณีและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

###### 1.2.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยแพทย์ 12 คน และพยาบาล 28 คนที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ในเขต 4 อำเภอชายแดนจังหวัดสงขลา และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 3 ปี ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์กำหนดร้อยละของประชากรใช้เกณฑ์ 25 %ของประชากรทั้งหมด (บุญชม ศรีสะอาด , 2535)

###### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบวัดความเป็นไปได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 6 ด้าน ตามกรอบการประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ LIFESS (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

###### 1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล 4 อำเภอชายแดนของจังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย 5 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา

และโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จำนวน 40 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ประสานงาน และส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มที่ศึกษา ทำการเก็บแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง แบบสอบถามได้ จำนวนครบ 40 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

### 1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. แบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม

## 1.3 ผลการศึกษา

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยจากแบบสอบถามสรุปได้ ดังนี้

**1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา** ประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25 และ 75 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 36-50 ปี ร้อยละ 60 เป็นอิสลาม ร้อยละ 35 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 62.5 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีร้อยละ 90 การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มากกว่า 11 ปี ร้อยละ 47.5 รองลงมา 3-5 ปี ร้อยละ 30 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ประมาณ 3-5 ปี ร้อยละ 50 รองลงมา 6-10 ร้อยละ 30 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 20 ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพียงร้อยละ 27.5

**1.3.2 ความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย ทั้ง 6 ด้าน** สรุปได้ดังนี้

ระดับความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โดยภาพรวมทั้ง 6 ด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.30$ ,  $SD = 0.759$ ) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า การประเมินด้านการดูแลความไม่สุขสบายทางกายและอาการอื่นๆ มีค่าเฉลี่ย สูงสุด ( $\bar{X} = 4.42$ ,  $SD = 0.726$ ) รองลงมา คือ การประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.36$ ,  $SD = 0.722$ ) และต่ำสุดคือการประเมินด้านการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.15$ ,  $SD = 0.735$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า

- 1) ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ ที่ผู้ป่วยต้องการรักษาและเสียชีวิต มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.52$ ,  $SD = .64$ ) รองลงมา การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย การดำเนินของโรค/

ความก้าวหน้าในการรักษา และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.5$ ,  $SD = 0.679$ ) และต่ำสุด คือประเมินผลการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติ ในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.781$ )

2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้ปฏิบัติต่อศพอย่างน่านวลเสมือนมีชีวิต และอนุญาตให้นำศพออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ( $\bar{X} = 4.58$ ,  $SD = 0.675$ ) รองลงมา คือ การอนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือเปิด CD อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อรำลึกถึงพระเจ้าและทำจิตใจให้สงบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 0.714$ ) และลำดับต่ำสุด คือ การเตรียมดินที่สะอาดเพื่อทำตะขุมมแทนการใช้น้ำกรณี่ที่ผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้แต่ต้องการปฏิบัติศาสนกิจ มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 3.38$ ,  $SD = 1.125$ )

3) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประเมินผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.716$ ) รองลงมา คือ การประเมินผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือ สอน แนะนำญาติ และ/หรือผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวันมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.43$ ,  $SD = 0.675$ ) และต่ำสุดคือทำความเข้าใจการใช้เครื่องมือ Palliative performance Scale Version 2 (PPS-V2) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.10$ ,  $SD = 0.900$ )

4) ด้านความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การประเมินศาสนาที่นับถือและตั้งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.639$ ) รองลงมา คือ การเปิดโอกาสให้พูดคุยความจริงเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.677$ ) และลำดับต่ำสุดคือการการช่วยให้ครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.25$ ,  $SD = 0.707$ )

5) ด้านการดูแลความไม่สุขสบายทางกายและอาการอื่นๆ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าการเบื่ออาหารเป็นอาการอย่างหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรแนะนำการรักษาความสะอาดในช่องปาก จัดเตรียมอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = 0.679$ ) รองลงมา คือ การประเมินอาการคลื่นไส้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบว่า เกิดจากสาเหตุใด มีแนวทางแก้ไขอย่างไร มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 0.783$ ) ลำดับต่ำสุดคือ ประเมินความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ ว่ามีมากน้อยเพียงใด มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.35$ ,  $SD = 0.736$ )

6) ด้านผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่า บทบาทของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวครอบครัว หรือศักยภาพ

ในการจัดการปัญหาต่างๆ มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.28$ ,  $SD = 0.716$ ) รองลงมาคือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.22$ ,  $SD = 0.733$ ) ลำดับต่ำสุด คือ ประเมินผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 4.15$ ,  $SD = 0.736$ )

## 2. อภิปรายผล

เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีนโยบายให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของโรงพยาบาลที่จะต้องมีการจัดการและอีกทั้งการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นเวชปฏิบัติมาตรฐานของโรงพยาบาลทั่วไปดังจะเห็นได้จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีของสถาบันรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) (พรพ, 2551) ที่กำหนดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ด้วย แนวทางของกระทรวงและสำนักงานพยาบาลได้กำหนดแนวทางดำเนินการตามประเด็นหลักการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลภาพรวมประเทศ ในระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเป็นแนวทางให้สถานบริการสุขภาพมีการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง (สำนักงานพยาบาล, 2558) อีกทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) มีนโยบายสนับสนุนให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาระบบในสถานพยาบาล การดูแลที่บ้าน พัฒนานุเคราะห์สาธารณสุข รวมทั้งพัฒนาการจัดสรรงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น และสนับสนุนให้มีบริการในระดับของบริการสุขภาพ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ได้อย่างเหมาะสม (ปานเทพ คณานุรักษ์, 2555) ทางโรงพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาสามารถสรุปประเด็นสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายตามกรอบการประเมิน LIFESS ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านการแสดงเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ และผลกระทบต่อทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ คือ

**2.1 ปัจจัยด้านบุคคล** พบว่าประสบการณ์การทำงานกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระยะเวลาในการทำงาน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง (2552) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้อ



อาทรมตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร์ เพิ่มขึ้นตามอายุและประสบการณ์การทำงาน ด้านพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มที่ศึกษาผ่านการอบรมเพียงแค่ร้อยละ 27.5 อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ เฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 2000: 126) ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่าพยาบาลร้อยละ 72 ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า พยาบาลร้อยละ 28 ที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังพบว่า พยาบาลที่มีอายุมากกว่า และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นานกว่า สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มีประสิทธิภาพมากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2.2 ด้านการแสดงความเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล** พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่ต้องการรักษาและเสียชีวิต อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย/ความก้าวหน้าในการดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง และต่ำสุด คือ การประเมินผลการตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติ ในการเขียนหนังสือแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก จากประสบการณ์ดังกล่าวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการในด้านการดูแล ส่วนเรื่องการทำหนังสือเจตนา อยู่ในขั้นของการกำหนดวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษา มีผลเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจไม่ได้ และเป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทีมรักษาจะต้องทราบความต้องการของผู้ป่วย เรื่องนี้มักเป็นประเด็นปัญหาในการรักษาเนื่องจากเป้าหมายไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมดูแล บางครั้งอาจมีความขัดแย้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nalinee Yingchamkul, Patama Gomutbutra, Jakkapan Khumsukol, (2553) Who: ควรให้แพทย์เป็นคนคุยเรื่องการรักษากับญาติทุกฝ่าย พยาบาลให้รายละเอียดเพิ่มเติมเมื่อแพทย์ไม่อยู่ หากมีญาติจำนวนมากควรหาคนหนึ่งที่เป็น ใจเป็นตัวแทน เพื่อติดต่อประสานงานและเป็นผู้ตัดสินใจหลักเรื่องการรักษา การให้ข้อมูลญาติการตัดสินใจเลือกการรักษา เน้น 4 ข้อหลัก คือ โรค อาการ วิธีรักษา ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตหลังการรักษาแต่ละวิธี จาก Focus group พบว่าการเลือกใช้คำพูดมีผลอย่างมาก, When: ข้อนี้มีส่วนต่างคือในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (Stomach cancer) ควรคุยกับญาติตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาและคุยเป็นระยะเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม แต่ผู้ป่วยอาการแย่งฉุกเฉิน (Ruptured aneurysm) ต้องมีการประเมินสภาวะจิตใจของญาติก่อนการให้ข้อมูลด้วย ถ้าเห็นว่ายังรับไม่ได้อาจค่อย ๆ ให้ข้อมูลเป็นระยะ, where: ควรคุยในสถานที่ส่วนตัว (private room) แต่การคุยข้างเตียงผู้ป่วยก็มีข้อดีในการสร้างความเข้าใจถึงอาการผู้ป่วย

**2.3 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย** พบว่าโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มที่ศึกษาให้ข้อมูล กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้ปฏิบัติต่อศพอย่าง นิ่มนวลเสมือนมีชีวิต และอนุญาตให้นำศพออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อประกอบ พิธีกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์ อัลกุรอาน หรือเปิด CD อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้รำลึกถึงพระเจ้าและทำจิตใจให้สงบและ ลำดับต่ำสุด คือ กรณีที่ผู้ป่วยสัมผัสน้ำไม่ได้แต่ต้องการปฏิบัติศาสนกิจให้เตรียมดินที่สะอาดเพื่อทำ ตะขุมุมแทนการใช้น้ำอธิบายได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาล มีการจัดบริการตาม แนวทางศาสนา โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละศาสนา ศาสนาอิสลามก็เช่นกัน มี การจัดห้องให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามความต้องการ สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ของศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคลในภาวะที่เหมาะสม ให้ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้เกียรติเท่าที่เอื้อในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เพิ่มความเชื่อมั่น ศรัทธาและความเท่าเทียมกันที่มีต่อโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ศาสนาอิสลาม การตายอย่างสงบ เป็นผลจากการปฏิบัติตามความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของศาสนา เป็นการตายที่อยู่ภายในอ้อมกอด ของพระอัลลอฮ์ (คำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) สอดคล้องกับ (พงศ์เทพ สุธีร วุฒิ และยูซุฟ นิมะ ,2552) เมื่อมีการตายเกิดขึ้น อิสลามได้กำหนดให้มีการฝังศพให้เสร็จเรียบร้อยโดยเร็วและ ประหยัดที่สุด เพื่อไม่ให้เป็นการระแคะกันที่อยู่ข้างหลัง โดยจะต้องชำระล้างทำความสะอาดศพ ห่อ ศพด้วยผ้าขาว ก่อนนำไปทำพิธีทางศาสนา หันหน้าศพไปยังนครมักกะฮ์ และฝังโดยเร็วที่สุด ซึ่ง โดยปกติจะต้องทำให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย การเก็บศพของผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ชั่วโมงตามแนวปฏิบัติปกตินั้นขัดต่อหลักปฏิบัติในศาสนาที่ต้องรีบจัดการ ศพโดยเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ มุสลิมท์ โต้ะกานี (2553) ในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เสียง สุดท้ายที่ผู้ป่วยควรได้ยิน คือเสียงสวดจากคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งทางโรงพยาบาลอาจทำได้โดยการนำ คัมภีร์อัลกุรอานและยาซินหรือบทสวดมาวางไว้ให้หยิบ ใต้ง่ายที่ติดผู้ป่วยใน เพื่อญาติพี่น้องที่มา เยี่ยมจะได้สะดวกในการหยิบมาอ่านและขอพรให้กับผู้ป่วย

**2.4 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยบางส่วนพร้อมแนะนำญาติในการดูแล อยู่ใน ระดับมากที่สุด รองลงมา การให้การดูแลช่วยเหลือทุกอย่างพร้อมสอนญาติกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้เลย อยู่ในระดับมากที่สุด และ การทำความเข้าใจเครื่องมือ Palliative performance Scale Version 2 (PPS-V2) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ พบว่า ความต้องการการ ช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางโดย

ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ส่วนความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญต่อการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด โดยใช้เครื่องมือที่ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมิน PPS (Palliative Performance score) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok, PPS) ฉบับภาษาไทย (บุญขยามาศและลดารัตน์, 2556) แบบประเมิน PPS จะประเมินผู้ป่วยใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและความรู้สึกตัว เป็นเครื่องมือสื่อสารอาการปัจจุบันระหว่างทีมดูแล พยากรณ์โรคอย่างคร่าวๆ ติดตามการดำเนินของโรคหรือติดตามผลของการรักษาเป็นระยะ ใช้เป็นเกณฑ์คัดเลือผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแล และบอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ PPS อย่างลึกซึ้งเพื่อจะได้นำมาวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ

**2.5 ด้านความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว** โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยความจริงในเรื่องของความรู้สึก อารมณ์และการรับรู้ที่อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับศาสนาที่นับถือ ซึ่งอาจเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้และช่วยให้ครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุดที่มีคะแนนต่ำสุด สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญต่อการประเมินความรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล การประเมินด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยอาจเป็นเรื่องยากมักจะถูกมองข้ามที่จะประเมินไป อาจเนื่องมาจากภาระงาน บุคลากรไม่เพียงพอ ความรู้ยังมีน้อย สิ่งสำคัญในกระบวนการดูแล คือผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายหรือมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการดำเนินโรค ตามทฤษฎีคูเบลอร์-รอสส์ (Kubler-Ross, 1992) ได้อธิบายถึงการตอบสนองต่อความตาย และระยะสุดท้ายของชีวิตของบุคคลในลักษณะทั่ว ๆ ไปเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial) ระยะโกรธ (Anger) ระยะต่อรอง (Bargaining) ระยะซึมเศร้า (Depression) ระยะยอมรับ (Acceptance) ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามลำดับ อาจมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการดำเนินโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ

กิตติกร นิลมานันต์ (2556) พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซึ้งก ตกใจ กังวลกับชีวิต ข้างหน้า เกรียด หงุดหงิดรำคาญใจ และรู้สึกผิดคิดโทษตัวเอง ด้านความคิด มีความคิดหมกมุ่นวนเวียนเกี่ยวกับสามี และคิดฆ่าตัวตาย ด้านพฤติกรรม อยากอยู่คนเดียวเงียบๆ ร้องไห้ และหลีกเลี่ยงสังคม ส่วนด้านร่างกาย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด และโรคประจำตัวกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา บุญธรรมโม และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคอง มีระดับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว

**2.6 ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ** พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการประเมินอาการเบื่ออาหาร ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าการเบื่ออาหารเป็นอาการอย่างหนึ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาประเมินอาการคลื่นไส้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบว่า อาการคลื่นไส้เกิดจากสาเหตุใด มีแนวทางแก้ไขอย่างไรและต่ำสุดคือ ประเมินอาการเหนื่อยหอบ ควรประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อยู่ในระดับมากที่สุดที่มีคะแนนต่ำสุด สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญต่อการประเมินอาการทางกาย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งอาการและอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นพร้อมกัน ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีความรู้เรื่องกลุ่มอาการเหล่านี้จะช่วยให้อุบลลากรสุขภาพมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของการเกิดอาการและกลุ่มอาการ สามารถวางแผนการดูแลรักษาและจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง มีความสุขสบายเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) รวมถึง บทบาทของพยาบาลในระยการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วย ในแบบประเมิน ESAS (Symptom Assessment System : 10) (สุวรรณ วัฒนวิวัฒน์, พิมพันธ์ แซ่โจว และจิรารัตน์ ไกรราช, 2554 : 181) การประเมินอาการต่างๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และตรงกับการศึกษาที่ว่า อาการทางกายต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการที่มีความสำคัญมากคือ อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์



มากมาย ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธราณี สิริชยานุกูล (2556) พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบปัญหาซึมเศร้าร่วมด้วยโดยพบอาการง่วงซึม เหนื่อยหอบ ในกลุ่มตัวอย่างระยะสุดท้ายบ่อยกว่าระยะคงที่ กลุ่มตัวอย่างก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะต้องการดูแลจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่การได้รับคำแนะนำในดูแลสุขภาพและบริการดูแลสุขภาพต่อเนืองที่บ้านจากทีมสุขภาพซึ่งมีความต้องการไม่แตกต่างกันในทุกระยะการดำเนินโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องการมีผู้รับฟังปัญหา ระบายความรู้สึกและต้องการให้พระมาเยี่ยมมากกว่าระยะอื่น โดยสรุปการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยลงระดับหนึ่ง แต่ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นตามการดำเนินของโรค การประเมินอาการและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งสำหรับการจัดบริการดูแลสุขภาพต่อเนืองที่บ้านแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

**2.7 ด้านผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ** พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าประเมินบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสถานะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ รongลงมา คือ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องการเดินทาง ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและเมื่อครอบครัวต้องการพากลับ ไปอยู่ในชุมชนและคะแนนต่ำสุด คือประเมินผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว อยู่ในระดับมาก เมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินทางด้านสังคม (Social assessment) จึงมีความสำคัญ โดยจะต้องประเมินในเรื่องบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เครื่องข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ตามความต้องการของครอบครัว การประสานงานแหล่งประโยชน์ในชุมชน (Referral service) สุกฤษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2556; วรรณ ประสาน อธิคม, 2557) ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร หรืออยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่อยู่ต่างจังหวัด เมื่อได้รับการส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทั่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนผ่านวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับการส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลที่ต้นสังกัดอยู่ (สิทธิบัตรทองหรือประกันสังคม) จะเห็นว่าการส่งต่อเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ

และการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือแม้แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มูลนิธิและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนใกล้บ้านจนบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านมีความพร้อมและเผชิญกับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี สอดคล้องกับ ปฐมวดี สิงห์คง (2554) ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูล 2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ 3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล 5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและ 6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีบางครอบครัวเท่านั้นที่จะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล ดังนั้นการเติมเต็มทักษะ การประเมินบทบาทหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวแต่ละราย รวมถึงการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวกล้านำเสนอปัญหาและสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่เผชิญ อันจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัย

- 3.1.1 จัดอบรมบุคลากรในหน่วยงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 3.1.2 จัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีความเชื่อของมุสลิม เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 3.1.3 จัดเตรียม เทป/วิทยุ หรือ CD เกี่ยวกับยาซีน คัมภีร์อัลกุรอาน หรือจัดเตรียมหนังสือคัมภีร์อัลกุรอาน ให้พร้อมใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ

#### 3.2 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 3.2.1 ติดตามผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิม ระยะสุดท้ายไปใช้
- 3.2.2 ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการในการนำแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมุสลิม ระยะสุดท้าย



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *มาตรฐานบริการสาธารณสุขฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา วันที่ 5 ธันวาคม 2550*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, พัชรียา ไชยลังกา, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, จันทรา พรหมน้อย, กานดาาศรี ตูลาธรรมกิจ, ประจวบ หนูอุไร และคณะ. (2552). *ประสบการณ์ช่วงท้ายของชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลูกกลมในภาคใต้*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิติพล นาควิโรจน์. (2555). *Palliative care Resource*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- กุศลศรี ต่อเล็บ. (2550). มุมมองของศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธ์. (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- กัญญา บุญธรรมโม สุภาวดี บุญดวงศ์ สายฝน เอกวางกูร. (2556). ผลของการให้การปรึกษาร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 33 (1), มกราคม - เมษายน 2556.
- ญะมัล ไกรชิต. (2553). *มารยาทมุสลิม เล่ม 3*. พระนครศรีอยุธยา: สำนักพิมพ์สายสัมพันธ์.
- ดำรง แวอาลี (บรรณาธิการ). (2552). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข: กรุงเทพฯ.
- ดำรง แวอาลี. (2547). ความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาในทัศนะอิสลาม. ใน: ดำรง แวอาลี, (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2550). ใน ประเสริฐและคณะ (บรรณาธิการ). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: ผู้ร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี.พรีนทร์ (1991).

- ถนอมขวัญ ทวีบูรณ. (2557). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2557 จาก [http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patientswith-end-stage/\\_2.html](http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patientswith-end-stage/_2.html).
- นริสา สะมาเอ, กิตติกร นิลมานัต, และวารภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(1), 48-59.
- นาการีหมี นิจิการี, อรัญญา เชาวลิต, อุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์-เวชสาร* 2551; 26: 431-9.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์.
- ประเวศ วสี. (2544). *ผู้สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ*. สารระสำคัญจากการเสวนาเรื่องผู้สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ ณ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ. กรุงเทพฯ.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (บรรณาธิการ). (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- ปาริชาติ เพ็ญพรรณ. (2556). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative home care). ใน ลักขมี ชาญเวชช์ และคูสิต สดวาร์ (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative care In Thailand* (หน้า 77-90). กรุงเทพฯ: บียอร์น เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- แพรวพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1).
- พิมพ์นิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัยอุไร หักกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *Songklanagarind Journal of nursing* 79. 35(2) May – August).
- พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ และชูชีพ นิเมะ. (2552). *การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูชีพ นิเมะ และคณะ . (2550). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. พิมพ์โดย สถาบันวิจัย สุขภาพภาคใต้ สวรส.ภาคใต้. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูชีพ นิเมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส. ภาคใต้): มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

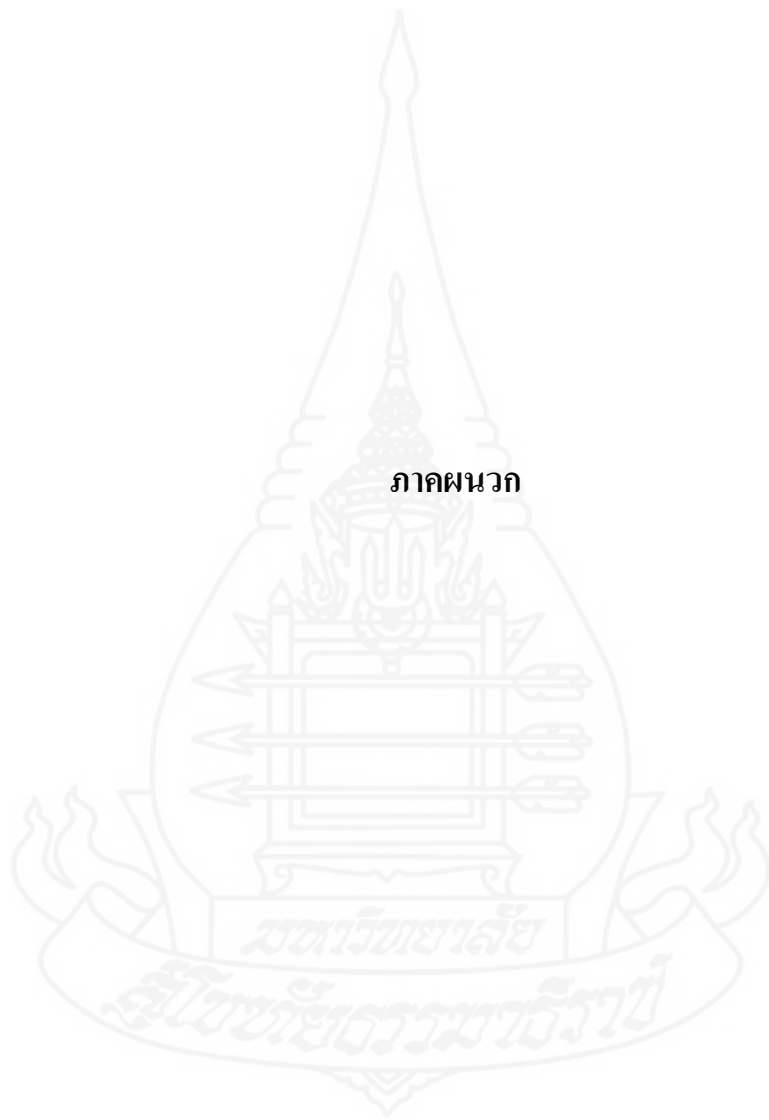
- รจนา ทองคำ วราภรณ์ คงสุวรรณ กิตติกร นิลมานัต. (2558). การตายอย่างสงบตามมุมมองของ  
 พยาบาลไทยมุสลิม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 35, (2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2558.
- ศรีรัตน์ มากมาย , นัตรชัย สิริชยานุกุล, และธราณี สิริชยานุกุล. (2556).อาการที่บ่งบอกและความ  
 ต้องการของผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล:  
 กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพ่ง. *วารสารโรคมะเร็ง*. 33, (4) ตุลาคม-ธันวาคม 2556.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2553). *เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). Home-Based Palliative care: Making in happen. ใน *ลัทธิมี ชาญเวชช์  
 และดุสิตสถาวร (บรรณาธิการ)*. The dawn of Palliative care in Thailand (หน้า 67-76).  
 กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศุภลักษณ์ วงศ์ธีรภัค . (2556 กรกฎาคม). Home health care in 2013 ใน *เอกสารประกอบการบรรยาย  
 การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Home health care in Ramathibody Hospital*.  
 คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี, กรุงเทพฯ.
- สกล สิงหะ. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษร  
 สัมพันธ์ (1987).
- สกล สิงหะ. (2554). *นิราศชนิดนี้ ท่องไปในโลกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ.  
 แปลนพรัตน์ตั้ง.
- สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ กิตติกร นิลมานัต. (2556). *ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศก  
 ของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย*. การประชุมหาวิทยาลัยวิชาการ ครั้งที่ 4  
 เรื่อง “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย”
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2558). *ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living  
 Will)*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2557). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและ  
 แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ที คิว พี. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2557) *แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้าง  
 เสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559*. สามดีพรีนติ้งอิกวิปเมนท์.  
 กรุงเทพฯ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *เอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบ  
 ประคับประคอง.ในการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลแบบ  
 ประคับประคอง พ.ศ. 2555*.

- สุวรรณธ์ กุรัตนัน และคณะ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม*. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริการข้อมูลและสารสนเทศ. (2554). *แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลขององค์กร*. กรุงเทพฯ:
- อำพล จินดาวัฒน์. (2550). *ปฏิเสชรักษาการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต*. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- โสภณ เรืองดิษฐ์, ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์. (2552). *ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2552; 27: 503-07.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2552). *การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรรวรรณ ตะเวทิพงศ์. (2555). *Palliative and End of Life Care*. เอกสารประชุมวิชาการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. เพชรบุรี: โรงพยาบาลราชบุรี.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2551). *ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of nursing: Standards & practice* (4th ed.). Clifton Park, New York: Delmar Cengage Learning.
- Downing GM, Lau F, Lesperance M, et al. (2007). *Meta-analysis of Survival prediction with Palliative Performance Scale*. *J Palliat Care*. 2007; 23 (4): 245-254
- Elliott J Fallows A, Staetsky L, Smith PWF, Foster CL, Maher EJ, et al. *The health and well-being of Cancer survivors in the UK: findings from a population-based survey*. *Br J Cancer* 2011; 105:11-20.
- Evan, L. R., Boyd, E. A., Malvar, G., Apatira, L., Luce, J. M, Lo, B., & White, D. B. (2009). *Surrogate decision makers' perspectives on discussing prognosis in the face of uncertainty*. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 179(1), p 48-53.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000a). *Dignity in dying*. *Nursing management*, 31(9), 53-57.

- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Coyne, P., & Uman, G. (2000b). Beyond the Supreme Court Decision: Nursing perspectives on end-of-life care. *Oncology Nursing Forum*, 27 (3), 445-455.
- Iranmanesh, S., Hosseini, H., & Esmaili, M. (2011). Evaluating the “good death” concept from Iranian bereaved family members' perspective. *The Journal of supportive oncology*, 9(12), 59-63.
- Kunsongkeit W. (2004). *Spiritual health of Thai people (Dissertation)*. Chang Mai: Chang Mai University.
- McEwen M. (2005). Spiritual nursing cares Stat of the art. *Holist Nurs Pract*, 19(4):161-8
- Nalinee Yingcharkul, Patama Gomutbutra, Jakkapan Khumsukol. (2553). How to discuss goal of care With terminal illness patient's family?. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*.
- Victoria Hospice Society. (2006). *Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2)*. Medical Care of The Dying, 4th ed.; p. 121. .
- Tayeb, M. A., AL-Zameal, E., Fareed, M. M., & Abouellail, H. A. (2010). A “Good death”: perspectives of Muslim patients and health care providers. *Annals of Saudi Medicine*, 30, 215-221. doi: 10.4103/0256-4947. 62836.
- Volker DL. (2003). Assisted dying and end-of-life symptom management. *Cancer Nurs*, 26(5): 392-9.

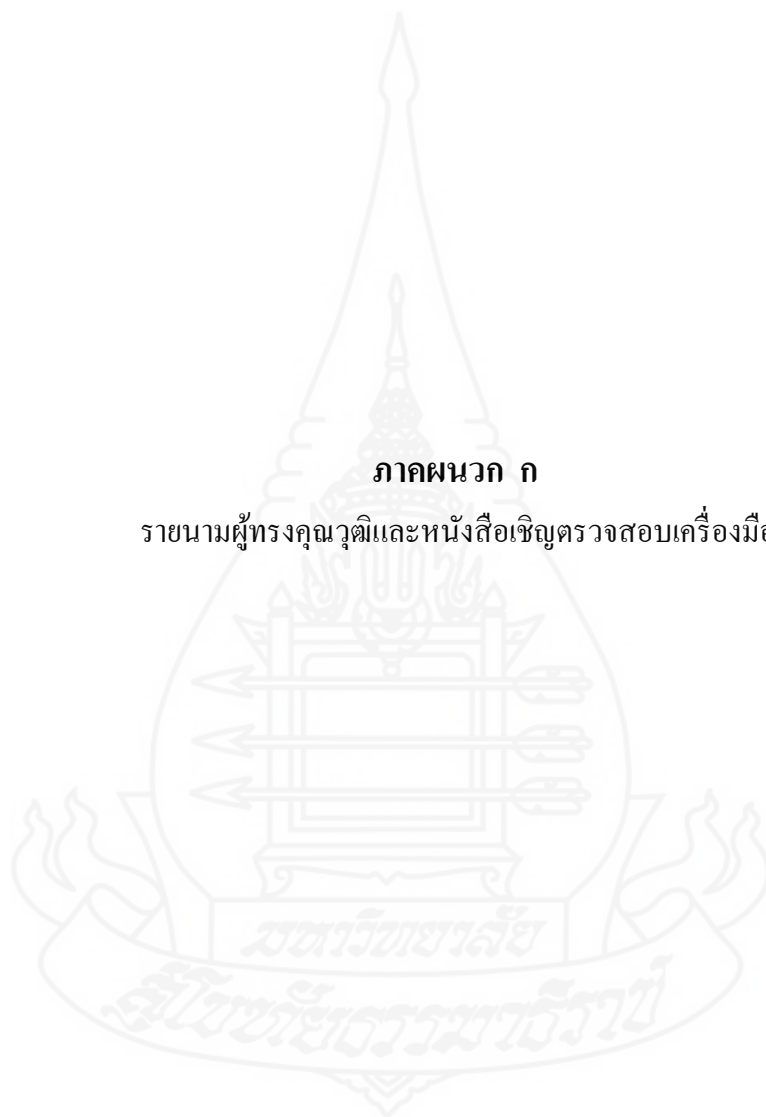


ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญตรวจสอบเครื่องมือ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่งและสังกัด
1. ดร.นายแพทย์สกล สิงหะ	หัวหน้าหน่วยชีวทันตภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
2. นายแพทย์ดำรงค์ แวอาลี	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
3. ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	อาจารย์ประจำภาควิชาผู้สูงอายุ
4. คุณนิรัชรา ทิลละฮ์กุล	อาจารย์ประจำวิทยาลัยสาธารณสุขศิริรินทร์
5. คุณสุณี นิยมเดชา	พยาบาลประจำหน่วยชีวทันตภิบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์





ที่ ศธ 0522.26/ว ศ๑๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๑ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ด้วย นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี  
อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.นายแพทย์สกล สิงหะ บุคลากร  
ในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียน  
เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.นายแพทย์สกล สิงหะ



ที่ ศธ 0522.26/ว 5๘8

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๕1 เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.นายแพทย์สกล สิงหะ

ด้วย นางสาวฮาบีตะ เด็นหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี  
อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวฮาบีตะ เด็นหมัด)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕๖๒๘

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๑ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

ด้วย นางสาวอาบี๊ะ เต็นหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์ดำรงค์ แวอาลี บุคลากรในสังกัด หน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทร. 081-896-2290 (นางสาวอาบี๊ะ เต็นหมัด)  
สีกเนาเรียน นายแพทย์ดำรงค์ แวอาลี





ที่ ศธ 0522.26/ว 528

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

21 เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์ดำรงค์ แวอาลี

ด้วยนางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร  
การพยาบาลสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา" โดยมี  
อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด)



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕๒๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๑ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วย นางสาวยาบี๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย บุคลากรในสังกัด หน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทัษัฒล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวยาบี๊ะ เต็มหมัด)

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย



ที่ ศธ 0522.25/ว ๕๖๘

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

21 เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย


เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย

ด้วย นางสาวอาบี๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี  
อาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวอาบี๊ะ เต็มหมัด)

ที่ ศธ 0522.26/ว ๕25



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๕ ; เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ด้วย นางสาวฮาบัต๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา” โดยมี  
อาจารย์ ดร. ทัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์นิรัชรา ลิลละย์กุล บุคลากรในสังกัด  
หน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็น  
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวฮาบัต๊ะ เต็มหมัด)

สำเนาเรียน: คุณนิรัชรา ลิลละย์กุล



ที่ ศธ 0522.26/ว ๕ ๒๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

21 เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน คุณนิรัชรา ลิลละย์กุล

ด้วย นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเคา จังหวัดสงขลา” โดยมีอาจารย์ ดร. พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์: 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด)



ที่ ศธ 0522.26/ว ศ.๒๕๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๕1 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ด้วย นางสาวอาบีติ๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี อาจารย์ ดร พัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ทิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์สุณี นียมเดชา บุคลากรในสังกัด หน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร 081-896-2290 (นางสาวอาบีติ๊ะ เต็มหมัด)

สำเนาเรียน อาจารย์สุณี นียมเดชา





ที่ ศธ 0522.26/ว ๖๒๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑ | เมษายน 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน คุณสุณี นิยมเดชา

ด้วย นางสาวฮาบีตะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา” โดยมี  
อาจารย์ ดร. ทัทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาทิทัศกุล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-896-2290 (นางสาวฮาบีตะ เต็มหมัด)

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





- สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096  
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood,  
Pakkred, Nonthaburi 11120  
Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ .....19.....

ชื่อโครงการวิจัย . การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสะเดา  
จังหวัดสงขลา  
เลขที่โครงการ/รหัส ID 2565100357  
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด  
ที่ทำงาน โรงพยาบาลสะเดา 110 ถ.ปาดังเบซาร์ อ.สะเดา จ.สงขลา 90120

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....  
(อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ 20 มิถุนายน ๒๕๕9

ภาคผนวก ค

หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือ





ที่ ศธ 0522.26/ว ๗3๘

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

6 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

ด้วย นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย โรงพยาบาลเสาะ" โดยมีอาจารย์ ดร. พัทยา  
แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษา

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการศึกษา  
ค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิม ระยะสุดท้าย  
ของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส  
จำนวน 18 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้เครื่องมือการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-965-4362 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด)

ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตขอเก็บข้อมูล







ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลเสเดา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลจะนะและโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จำนวน 139 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูกร์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูกร์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสเดา 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา  
4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ และ 5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

คณะกรรมการ (NHHR) (HHR)



จังหวัดสกลนคร

เลขรับ..... ๘๕๗ 90

วันที่..... ๑๙ ๑๕ ๕๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร..... ๑๖๑๑/๑  
๑๖๑๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง  
อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ๔๐๐๐๐

ที่ สข ๐๐๓๒.๐๐๖/๑.๒๒๖๓๓

๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรียน ผอ.รพ.สกลนคร/ รพ.เทพา/ รพ.จันทนะ/ รพ.เสบัวน้อย

ด้วย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล สาขา  
พยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการ  
ศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย" โดยอาจารย์  
ดร.พญ. แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล  
เพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย  
กับแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานของท่าน จำนวน ๔๐ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียด  
เพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

(นายวิเศษ มิรินทร์โสภณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชื้อวชาญ) โรงพยาบาลป่าติ้วเบซาร์ ปทุมธานี-ระกา  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

*เรียน ผอ.รพ.สกลนครเพื่อไม่ต่าพิจารณา*

*- ลี้ลิ่ง รอดทอง รพ.เทพา/ รพ.จันทนะ  
/ เก็บข้อมูล เพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
- ๒ รพ.เทพา/ รพ.จันทนะ  
/ เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา*

*(Signature)*

พ.ร.ท.พ.ดร.ค

4 ค.ค. 59.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบุคลากรและรูปแบบบริการ

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๓๑ ๒๗๐๓

ผู้ประสานงาน : วิจิตรา ยอดรักษ์ ๐๘ ๑๓๒๘ ๕๐๐๗



<input type="checkbox"/> ดำเนินการ	<input type="checkbox"/> แจ้งไป
<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งผู้เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> อนุมัติ
<input type="checkbox"/> ทราบ	
(ลงชื่อ) <i>(Signature)</i>	
(นายนิพล วิเศษหม่อม)	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร	

ภกตวิเทศกิจ (KPHM) (ภาค)

ที่ สข ๐๐๓๒.๐๐๖/๒.๒๑๕๓๓



๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙

โรงพยาบาลอุบล  
เลขรับ..... ๘๕๗๘ 90  
วันที่..... ๒๑.๗.๕๙  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา..... ๒๒๐๘  
๓๖๑/๑ ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

เรื่อง "ขอความร่วมมือกระทรวงให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ  
เรียน ผอ.รพ.สะเตา/ รพ.เทพา/ รพ.จะนะ/ รพ.สะบ้าย้อย

ด้วย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล สาขา  
"พยาบาลศาสตรมหาวิทยาศัยสุโขทัยธรรมราชา ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด กำลังดำเนินการ  
ศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย" โดยอาจารย์  
ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ขอความร่วมมือให้นักศึกษาเก็บข้อมูล  
เพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย  
กับแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานของท่าน จำนวน ๕๐ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียด  
เพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

(นายวิเศษ ธิงินทรโสภณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ ภูเก็ต ภูเก็ต  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

เรียนผู้ช่วยกรรมการเพื่อไม่ติดพิจารณา

- ลีลิจ รอดทอง รพ.เทพา ให้หมัดตีพิมพ์
- เก็บข้อมูล เพื่อการตีพิมพ์หนังสือ
- ๒ ที่นตง.ให้ ตำนัด
- เก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย

*(Signature)*

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบุคลากรและรูปแบบบริการ  
โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๓๑ ๒๗๐๓  
ผู้ประสานงาน : วิจิตรา ยอดรักษ์ ๐๘ ๓๒๒๘ ๕๐๐๗

<input type="checkbox"/> ดำเนินการ	<input type="checkbox"/> แจ้งไป
<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งผู้เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> ลงบันทึก
<input type="checkbox"/> ทราบ	<input type="checkbox"/>

(ลงชื่อ).....  
(นายนิพล วิจิตรธรรมรักษ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเตา



ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พิทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์ จำนวน 9 คน และพยาบาล จำนวน 17 คน ในโรงพยาบาลสะเดา ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เอกุภร์ ทองฉัตร  
(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสะเดา



ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตองเบซาร์

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์ จำนวน 5 คน และพยาบาล จำนวน 12 คน ในโรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เอกุทธิ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์



ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์ จำนวน 6 คน และพยาบาล จำนวน 22 คน ในโรงพยาบาลเทพา ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เอกภูมิ ทองฉัตร  
(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเทพา





ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะเต้ เต็มหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์ จำนวน 10 คน และพยาบาล จำนวน 31 คน ในโรงพยาบาลจะนะ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เอกภุทธิ์ ทองธำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาราชการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะเต้ เต็มหมัด)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจะนะ



ที่ ศธ 0522.26/ว 819

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

21 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ด้วยนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้แก่ นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด กำลังดำเนินการศึกษาค้นคว้าอิสระ เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย” โดย อาจารย์ ดร.พทยา แก้วสาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ โดยใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิม ระยะสุดท้าย กับแพทย์ จำนวน 5 คน และพยาบาล จำนวน 22 คน ในโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เกษุภา โทงคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร 0-2504-8096, 0-2504-8036-7 โทรสาร: 0-2503-2620

โทรศัพท์ : 081-896-2290 (นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด)

สำเนาเรียน หัวหน้าองค์กรแพทย์และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



### แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา

คำแนะนำในการกรอกแบบสอบถาม

1.แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ไทยมุสลิมระยะสุดท้ายโรงพยาบาลสะเตา ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 49 ข้อ คือ

1) ด้านการแสดงความเจตนาเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล (Living Will) จำนวน 6 ข้อ

2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Individual Belief) จำนวน 17 ข้อ

3) ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Function) จำนวน 3 ข้อ

4) ด้านความรู้สึกรู้สึกและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Emotional and Coping) จำนวน 10 ข้อ

5) ด้านความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆ (Symptom) จำนวน 9 ข้อ

6) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Support) จำนวน 4 ข้อ

2.กรุณาอ่านคำชี้แจงของการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม

3.โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหน่วยงานต่อไป

4.ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น จะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆของท่าน

5.ท่านสามารถปฏิเสธแบบสอบถามได้หากไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

นางสาวฮาบี๊ะ เต็นหมัด

(นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช)

ดร.พัทยา แก้วสาร

(อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ)

นักศึกษายาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 แขนงวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) ที่ตรงกับความเป็นจริง  
 ของข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หรือกรอกข้อความในช่องว่าง.....ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ
  - ( ) 1. ชาย
  - ( ) 2. หญิง
2. ปัจจุบันอายุ.....ปี (เต็ม)
3. สถานภาพการสมรส
  - ( ) 1. โสด
  - ( ) 2. คู่
  - ( ) 3. หม้าย / หย่า / แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( ) 1. ปริญญาตรี
  - ( ) 2. ปริญญาโทขึ้นไป
  - ( ) 3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. สถานที่ปฏิบัติงาน
  - ( ) 1. โรงพยาบาล.....
  - ( ) 2. หน่วยงาน.....
6. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน
  - ( ) 1. แพทย์
  - ( ) 2. พยาบาลวิชาชีพ
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานประมาณ.....ปี
8. ท่านเคยเข้ารับการอบรมหรือประชุมวิชาการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
  - ( ) 1. ไม่เคย
  - ( ) 2. เคย จำนวน.... ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 6 ด้าน รวม 49 ข้อ ดังนี้

คำชี้แจงการตอบ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม ระยะสุดท้าย โปรดตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายเพียง 1 ช่องในแต่ละข้อความโดยมีความเป็นไปได้ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด

5 หมายถึง เป็นไปได้มากที่สุด

4 หมายถึง เป็นไปได้มาก

3 หมายถึง เป็นไปได้ปานกลาง

2 หมายถึง เป็นไปได้น้อย

1 หมายถึง เป็นไปได้น้อยที่สุด

ความเหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย	ระดับความเป็นไปได้					แนวทางปรับปรุง แก้ไข
	5	4	3	2	1	
<b>1. L=Living will</b> หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการดูแลรักษา(Goal of care )และวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง						
1.1 แพทย์/พยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย/ความก้าวหน้าในการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาวิธีการดูแลหากมีอาการทรุดลง						
1.2.....						
1.3.....						
1.4.....						
1.5 สอบถามสิ่งที่คุณป่วยต้องการจะทำหรือสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้ทำและอำนวยความสะดวกหรือประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง						
1.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่คุณป่วยต้องการรักษาและเสียชีวิต เช่น บ้าน หรือโรงพยาบาล						



ความเหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย	ระดับความเป็นไปได้					แนวทางปรับปรุง แก้ไข
	5	4	3	2	1	
<b>2. I=Individual belief</b> หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย						
2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการทักทาย ยอมรับและให้เกียรติ พร้อมทั้งรับฟังด้วยท่าทีที่ให้ความ สนใจและเอื้ออาทร						
2.2.....						
2.3.....						
2.4 .....						
2.5 อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวอ่านคัมภีร์อัลกุ รอาน หรือเปิด CD อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้ รำลึกถึงพระเจ้าและทำจิตใจให้สงบ						
2.6.....						
2.7.....						
2.8.....						
2.9.....						
2.10.....						
2.11.....						
2.12.....						
2.13.....						
2.14.....						
2.15.....						
2.16.....						
2.17 กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้ปฏิบัติต่อ ศพอย่างมีนวลเสมือนมีชีวิต และอนุญาตให้นำศพ ออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา						

ความเหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย	ระดับความเป็นไปได้					แนวทางปรับปรุง แก้ไข
	5	4	3	2	1	
<b>3. F=Function</b> หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย						
3.1 ทำความเข้าใจเครื่องมือ Palliative performance Scale Version 2 (PPS-V2) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ ให้การดูแลแบบประคับประคอง						
3.2.....						
3.3 .....						
<b>4.E=Emotion and coping</b> หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีที่ ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เผชิญกับความรูสึกดังกล่าว						
<b>ระยะปฏิเสธ</b>						
4.1 ขอมรับปฏิกิริยาของผู้ป่วยด้วยการฟังและให้ ข้อมูลที่ถูกต้องให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูก ทอดทิ้ง						
4.2.....						
<b>ระยะโกรธ</b>						
4.3.....						
4.4.....						
<b>ระยะต่อรอง</b>						
4.5 ฟังเรื่องที่ผู้ป่วยต่อรองและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก						
<b>ระยะซึมเศร้า</b>						
4.6 .....						
4.7.....						
4.8.....						
<b>ระยะยอมรับ</b>						
4.9.....						
4.10 ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและ ประคับประคองความรู้สึกนั้น						

ความเหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้าย	ระดับความเป็นไปได้					แนวทางปรับปรุง แก้ไข
	5	4	3	2	1	
<b>5.S=Symptoms</b> หมายถึง ความไม่สุขสบายทางกายและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การประเมินอาจใช้การซักประวัติ ร่วมกับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดหรือใช้แบบประเมินอาการ Edmonton symptom Assessment System (ESAS )						
5.1 ประเมินอาการปวด โดยหาสาเหตุต่อปัจจัย ส่งเสริมการอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละคนพร้อมทั้ง วางแผนการรักษา						
5.2.....						
5.3.....						
5.4.....						
5.5.....						
5.6.....						
5.7.....						
5.8 ประเมินความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกไม่สบายทั้งกาย และใจมากน้อยเพียงใด						
5.9 ประเมินอาการเหนื่อยหอบ ควรประเมินลักษณะ และความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก พร้อมให้การ พยาบาลตามภาวะนั้น						
<b>6.Social and support</b> หมายถึง ปัญหาสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนที่พึ่งของผู้ป่วยและ ครอบครัวในเวลาที่มีการเจ็บป่วย						
6.1 ประเมินบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งอาจ ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของสมาชิกใน ครอบครัว หรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ						
6.2.....						
6.3.....						
6.4 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลรักษา ต่อเนื่อง						

**ความคิดเห็นอื่นๆ**

มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้ในปัจจุบัน มีอะไรบ้าง  
โปรดอธิบายระบุพอสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวฮาบี๊ะ เต็มหมัด
วัน เดือน ปีเกิด	11 ตุลาคม 2519
สถานที่เกิด	สงขลา
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปีการศึกษา 2540 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2546
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

