

การรับรู้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์

The Perception of Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD Patients and Caregivers for Palliative care : Phenomenological Study

กุลพิชฌาย์ เวชรัตน์พิมล, กศ.ด., Kulpicha Vetcharatpimol, Ph.D.^{1*}

วนิดา ศรีวรกุล, พย.ม., Wnida Srivorakul., M.N.S.²

พัชรดา เตโช, พย.ม., Patchara Tacho., M.N.S.³

ศรียญา ชุ่มเต็ม, พย.ม., Sirinya Chumtem., M.N.S.⁴

อิฐาพร คำกุ่ม, พย.ม., Itthaporn Kumkoom, M.N.S.⁵

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

²อาจารย์., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Lecture, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

³ผู้ช่วยผู้จัดการ, ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

³Assistant Manager, Nursing Department, Saint Louis hospital, Sathorn, Bangkok.

⁴หัวหน้าแผนกฝึกอบรมและบริการงานวิจัย, ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

⁴Head of Training and Research Service, Nursing Department, Saint Louis hospital, Sathorn, Bangkok.

⁵พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

⁵Professional Nurse, Saint Louis hospital, Sathorn, Bangkok.

*Corresponding Author Email: Kulpicha@slc.ac.th

Received: March 3, 2021

Revised: June 11, 2021

Accepted: June 15, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) การรับรู้และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 11 ราย และญาติ 11 ราย รวม 22 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยแบบสอบถามการรับรู้และความต้องการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) 0.82 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ข้อมูลของแบบสอบถามวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ทางสถิติในขณะที่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้และการให้ความหมายของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านร่างกาย เป็นโรคที่รักษาไม่หาย รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนการรับรู้และการให้ความหมายของญาติ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและทุกข์ทรมาน เข้าใจธรรมชาติและการดำเนินของโรค รู้วิธีการจัดการเบื้องต้น ยอมรับสภาพผู้ป่วย ปลงตก ด้านเศรษฐกิจและสังคม ต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดงาน หรือต้องจ้างคนดูแล ทั้งนี้ ญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ต้องการเรียนรู้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาทักษะการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อจัดการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อใกล้ถึงเวลาจากลา จะเป็นความทรงจำที่ดีสำหรับครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วย ญาติ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

The objectives of this phenomenon study of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the perception and need for palliative care of patients with COPD and their relatives. The sample consisted of 11 patients and 11 relatives total 22 patients and their relatives. Data were collected by in-depth interviews, focus group and non-participatory observation. Three experts had validated the Perception and Need questionnaire with the result of CVI 0.82 . Data of questionnaire were analyzed by statistical computer program while the qualitative data were analysed by content analysis. The research results revealed that patients perceived COPD as an incurable disease. They felt it was a burden on the family and it incurred unnecessary cost for medical treatment. The relatives and caregivers felt that these patients need palliative care. The relatives and caregivers also believed that it was an incurable and caused undue suffering. They understood the nature and the course of the disease. They knew how to handle the basic conditions of the patients and accept the consequences of the patients' condition, economic and social reconciliation, income reduction as a result from the time off work, or the need to hire someone to care for the patients. However, most caretakers do not understand the principles of palliative care. It was found that more than 60 percent wanted to learn the model of palliative care. Therefore, palliative care concepts and practices should be promoted in the patients and their relatives have a proper understanding of palliative care. Palliative care skills are developed to help COPD patients improve their health and quality of life. In doing so, when it is time to leave the present life, the patients and family members will have good memories filled with love and compassions.

Keywords: perception needs palliative care patients relatives Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปีค.ศ. 2016 พบกลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่พบการเสียชีวิตจาก 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 44) โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2005 มีผู้เสียชีวิต 5.4 ล้านราย เนื่องจากการใช้ยาสูบ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 8.3 ล้านคนต่อปี ภายในปีค.ศ. 2030 สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศที่มีรายได้สูง รายได้ปานกลาง ส่วนมากเกิดจากควันบุหรี่ ขณะที่ประเทศที่มีรายได้น้อยมีปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ เช่น การใช้เชื้อเพลิง ชีวมวลในการทำอาหารและเครื่องทำความร้อนทำให้เกิดภาวะของปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ฝุ่นและสารเคมี (เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์และควัน) และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การหายใจไม่ออกหรือมีความต้องการอากาศมาก การผลิตเสมหะมากเกินไปและอาการไอเรื้อรัง มีการทำลายเนื้อปอดจากกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง (จเร บุญเรืองและคณะ, 2559) ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขไทย เป้าหมายในการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีที่สุด คือ 1) ป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค 2) บรรเทาอาการ โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย 3) ทำให้สมรรถภาพของหัวใจดีขึ้น 4) ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ 5) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน 6) ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และ 7) ลดอัตราการเสียชีวิต การวินิจฉัยโรคขึ้นอยู่กับประวัติของการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงและการมีข้อจำกัดการไหลเวียนของอากาศที่ไม่สามารถย้อนกลับได้อย่างเต็มที่ ทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการหรือไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังและการผลิตเสมหะที่มีประวัติเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยง (চারিত্রনন্দন চ্যর্থพ, 2555) วิธีที่ดีที่สุดที่จะใช้วัดการจำกัดของทางเดินหายใจและการจัดลำดับความรุนแรงของโรคคือการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometry จะวัดว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้ลึกเพียงใดและความเร็วที่อากาศจะเคลื่อนที่เข้าและออกจากปอดได้อย่างไร (เมธิณี จันติยะ, พินิตนาฏ ชำนาญเสื่อ, และมุสตี คุณาพันธ์, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ต่อความยากลำบากในการหายใจ อาการหายใจลำบากที่พบบ่อยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง วิตกกังวล มีภาวะเครียด ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย (Physical) และด้านอารมณ์ (Emotional) (จเร บุญเรืองและคณะ, 2559) ที่ส่งผลต่อการเตรียมการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and family-centered care) โดยมีการเตรียมการล่วงหน้า เพื่อมุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการเตรียมพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำมาสู่การดูแลแบบประคับประคองที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และญาติซึ่งมีการรับรู้ต่อความต้องการดูแลที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาการรับรู้การดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติต่อสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย และการเตรียมตัวเพื่อการดูแลแบบประคับประคองตามสภาพธรรมชาติ ความหมาย และความเข้าใจในการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติ

นิยามคำศัพท์

สภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบันที่มีอาการทางกายที่มีความทุกข์

ทรมานจากภาวะของโรค ส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หมายถึง ผู้ป่วยโรคถุงลมปอดโป่งพองที่มีพยาธิสภาพเกิดจากการทำลายเนื้อปอดถูกทำลายจากกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอด (Elastic recoil) ลดลง ทำให้ความสามารถของทางเดินหายใจในการเปิดคงตัวระหว่างช่วงหายใจออกลดลง ชัดขวางต่อการหายใจและไม่สามารถกลับมาหายใจได้ตามปกติ

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความต้องการที่ผู้ป่วยและญาติแสดง หรือการบอกเล่า ซึ่งเป็นความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการในระยะท้ายของชีวิต ความต้องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในวาระท้ายของชีวิต ความต้องการจากอย่างสงบโดยไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ต้องมีการยืดชีวิต มีการเตรียมจิตใจให้พร้อมคิดบวก

การดูแลทางกาย หมายถึง การดูแลเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ยาที่รับประทาน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนปัญหาอุปสรรค

การดูแลทางจิตใจ หมายถึง การดูแลเรื่องภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นและการปรับตัวเพื่อการมีกำลังใจในการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนการแก้ปัญหาและอุปสรรค

การดูแลทางสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคม รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค

การดูแลจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลให้ได้รับการเยียวยาบรรเทาใจ

การรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง ตามสภาพความเป็นจริงของโรคซึ่งประกอบด้วย ประสิทธิภาพ ความเข้าใจ และความนึกคิด

การรับรู้ของผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลหรือญาติต่อสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามสภาพความเป็นจริงของโรคที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยตามประเภทที่ศึกษา ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ทำการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ป่วยและญาติ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 22 ราย และสถานที่ในการทำวิจัย โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และในชุมชน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก

1.1.1 ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งชายและหญิง ครอบครัว และผู้ดูแล ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.1.2 เป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดตามคำนิยามและหรือโรคร่วมที่ไม่ส่งผลต่อการดำเนินการวิจัย

1.2 เกณฑ์การคัดออก

1.2.1 ผู้ป่วยและญาติที่ไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจถึงความหมายและความต้องการได้

1.2.2 ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

2. **จริยธรรมงานวิจัย** งานวิจัยนี้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หมายเลขหนังสือรับรอง E.032/2561 ให้ไว้ ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2561

3. **มาตรการหรือวิธีการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงหรือความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ** ถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัด

หรือไม่สะดวกในการตอบคำถาม สามารถยกเลิกการตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข

4. **การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย** ผู้วิจัยจะแจ้งผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนที่จะให้ตอบแบบสอบถาม/สัมภาษณ์/เข้าร่วมกิจกรรม ในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการวิจัยว่าข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลโดยผู้วิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและทำการวิเคราะห์พร้อมกับการรายงานผลในรูปแบบของข้อมูลสรุปที่เป็นภาพรวมของกลุ่มที่ศึกษา จะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้อย่างน้อย 1 ปี หรือจนกว่าสิ้นสุดการวิจัย และจะทำลายข้อมูลที่เป็นเอกสารโดยใช้เครื่องทำลายเอกสาร ทั้งนี้ข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามจะไม่มีเก็บบันทึกชื่อผู้ตอบแบบสอบถามลงในแบบเก็บข้อมูล

ข้อมูลเทปบันทึกเสียง ขณะที่บันทึกจะขอให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ ชื่อที่สมมติขึ้น จะไม่มีการใช้ชื่อจริงขณะบันทึกเสียงโดยเด็ดขาด ทั้งนี้มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลบันทึกเสียง 1 ปีหลังจากงานวิจัยแล้วเสร็จจะลบเสียงบันทึก โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น นอกจากนี้การเขียนรายงานสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยจะรายงานผลในรูปแบบของข้อมูลสรุปที่เป็นภาพรวมของกลุ่มที่ศึกษาโดยไม่เฉพาะเจาะจงว่าข้อมูลนี้ได้มาจากบุคคลใด เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ร่วมการวิจัย

5. **เครื่องมือในการวิจัย** แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและญาติในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์ มีค่าความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทั้งฉบับได้ค่า CVI 0.82 ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วย สภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้และความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ของผู้ป่วยและญาติในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและ 3) แนวประเด็นในการสนทนากลุ่ม

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเหตุผลในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง 2) เตรียมข้อมูลแบบสอบถามขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ พร้อมขอให้ลงนามในใบยินยอมการวิจัย 4) อธิบายขั้นตอนในการทำวิจัยในประเด็นการรับรู้และความต้องการ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยดำเนิน การตามดังนี้

4.1 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลด้วยคำถามนำ และปลายเปิด

4.2 เมื่อได้ข้อมูลที่มีวิจัยกลุ่มย่อยนำมาสร้าง Theme หลักที่จะใช้ Probe กับขั้นตอนต่อไป

4.3 ทำ Focus group กับผู้เกี่ยวข้องครั้งละ 45 นาที ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 11 คน และญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 11 คน เพื่อตรวจสอบความต้องการและเพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้

4.4 ทำการถอดเทปคำต่อคำแบบ Verbatim เพื่อได้ตรงความต้องการของผู้ป่วย

4.5 นำข้อมูลที่ถอดเทปแล้วมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

7. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม จะทำการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Agresti (2002) มีเทคนิคที่สำคัญ ดังนี้ 1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) 2) การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุปร่วมกันของเรื่องนั้น 3) การเปรียบเทียบเหตุการณ์ (Constant Comparison) โดยการนำข้อมูลที่ได้ออกไปเทียบเคียงหรือเปรียบเทียบกับเหตุการณ์อื่นเพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น

4) การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) ตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl) ซึ่งเป็นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) วิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมุติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ใช้การหยั่งรู้ (Intuiting) ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์

การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba (1985) ซึ่งกล่าวถึงวิธีการในการพิจารณาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังนี้ คือ 1) การสร้างที่น่าเชื่อถือ (Credibility) เช่น การใช้เวลาใกล้ชิด 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการนำข้อค้นพบจาก การวิจัยไปใช้ในสถานที่หรือกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา 3) การพึ่งพา กับเกณฑ์อื่น (Dependability) คือความเที่ยงตรงของข้อมูล และ 4) การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) เป็นยืนยันข้อมูลสามารถการตรวจสอบได้ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย พบว่าเป็นชาย 8 ราย (ร้อยละ 72.73) เป็นหญิง 3 ราย (ร้อยละ 27.27) อายุส่วนมาก 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 90.91) รองลงมาอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 9.09) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.45 อนุปริญญา ร้อยละ 18.18 และระดับปริญญาตรี

ขึ้นไป ร้อยละ 27.27 และไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 81.82 รับจ้าง ร้อยละ 9.09 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 9.09 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 90.91 และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 9.09

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย พบว่าเป็นชาย 8 ราย (ร้อยละ 72.73) เป็นหญิง 3 คน (ร้อยละ 27.27) อายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 36.37) รองลงมาอายุ 60-69 ปี อายุ 40-49 ปีอายุน้อยกว่า 30 ร้อยละ 18.18 และอายุน้อยกว่า 30-39 ปี ร้อยละ 9.09 มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 54.55) อนุปริญญา ร้อยละ 27.27 มัธยมศึกษาตอนปลายและมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 9.09 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.55 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.27 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 9.09 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 9.09 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 90.91 ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 9.09 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นญาติสายตรง ร้อยละ 63.64 และรับจ้างดูแล ร้อยละ 36.37 มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พอรับรู้และเข้าใจดี ร้อยละ 54.55 พอรับรู้และเข้าใจบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 36.37 พอรับรู้ความหมายแต่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 9.09

ส่วนที่ 3 การรับรู้และการให้ความหมายสถานะการเจ็บป่วยจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย

3.1 การรับรู้ของผู้ป่วย

3.1.1 ด้านร่างกาย เป็นโรคที่รักษาไม่หาย อาการมีแต่ทรงกับทรุด ต้องทุกข์ทรมาน

3.1.2 ด้านจิตใจ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เปื่อ ท้อแท้ และกังวลว่าอาจถูกทอดทิ้ง

3.1.3 ด้านจิตวิญญาณรับรู้ว่าเป็นโรคเวรกรรม หากตายไปก็จะมีหมดเวรไม่ทุกข์ทรมาน

3.1.4 ด้านเศรษฐกิจและสังคม ลื่นเปลี่ยนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียรายได้ รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

3.1.5 ด้านการดูแลตนเอง ต้องปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ ลดการทำกิจกรรมต่างๆ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น ควัน อากาศเย็นหรือร้อนเกินไป ต้องอยู่ในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

3.2 การรับรู้ของญาติผู้ป่วย

3.2.1 ด้านร่างกาย เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องคอยดูแลใกล้ชิดและพบแพทย์ตามนัด เข้าใจธรรมชาติและการดำเนินของโรค รู้วิธีการป้องกันหากเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย

3.2.2 ด้านจิตใจ เห็นใจและสงสารผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลงจะทุกข์ใจ

3.2.3 ด้านจิตวิญญาณ ยอมรับสภาพผู้ป่วยตามที่เป็นได้ ปลงตกและคิดว่าเป็นวิบากกรรมของผู้ป่วยเอง

3.2.4 ด้านเศรษฐกิจและสังคม ต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยหรืออาจต้องจ้างคนดูแล

3.2.5 ด้านการดูแลตนเอง ต้องดูแลความสะอาดทั่วไปและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดความเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นผู้ดูแล ต้องเฝ้าระวังการสังเกตอาการผิดปกติและรู้วิธีการป้องกัน

ส่วนที่ 4 การรับรู้การดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองโดยปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่

1. เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ ญาติผู้ป่วยไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่บ้าน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมาก ญาติจะรู้สึกวิตกกังวลมาก

2. การดูแลช่วงท้ายของชีวิต ญาติไม่สามารถจัดการเมื่อป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ต้องนำส่งโรงพยาบาล ทำให้มีการช่วยเหลือและยื้อชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดี

3. ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ต้องเสียค่าใช้จ่ายจ้างผู้ดูแล หรือหากเป็นสมาชิกในครอบครัวต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้

ส่วนที่ 5 ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

5.1 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.1.1 ด้านร่างกาย ต้องการการดูแลที่ทำให้ไม่เหนื่อย สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และสุขภาพดีขึ้น

5.1.2 ด้านจิตใจ ต้องการการดูแลที่มีการให้กำลังใจและการดูแลจากครอบครัว

5.1.3 ด้านจิตวิญญาณ ต้องการการดูแลที่ทำให้สามารถจากไปอย่างสงบ ครอบครัวไม่โศกเศร้า และต้องการทำกิจกรรมทางศาสนากับครอบครัว

5.1.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยากให้มีส่วนลดจากการรักษา มีกองทุนช่วยเหลือจากภาครัฐ

5.2 ความต้องการการดูแลของญาติผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.2.1 ด้านร่างกาย อยากดูแลผู้ป่วยไม่ทุพพลภาพจากอาการต่าง ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

5.2.2 ด้านจิตใจ ญาติของผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง และอยากให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน

5.2.3 ด้านจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

5.2.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ญาติของผู้ป่วยกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะไม่มีสวัสดิการ

อภิปรายผลการวิจัย

1.จากผลการวิจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความแตกต่างกันมาก ในอายุและระดับการศึกษา กล่าวคือผู้ป่วยส่วนมากมีอายุ 70 ปีขึ้นไป แต่ญาติ/ผู้ดูแล ส่วนมากมีอายุระหว่าง 50-59 ปี ส่วนด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนมากอยู่ระดับประถมศึกษา แต่ญาติ/ผู้ดูแลส่วนมากอยู่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการเสนอรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ผู้ป่วย และญาติ-ผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งญาติ-ผู้ดูแลน่าจะได้เรียนรู้การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดี และมีคุณภาพได้ดีกว่า ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการป้องกันการกำเริบรุนแรงเฉียบพลัน จึงเป็นเป้าหมายหลักการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะโรคสงบที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่บ้านได้นาน (จเร บุญเรืองและคณะ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2560). ได้เสนอขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แนวทางการวางแผนการดูแล ระบุทีมดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล การตรวจคัดกรองเพื่อส่งปรึกษา หรือให้การดูแลแบบประคับประคอง การขอรับคำปรึกษา-ส่งต่อผู้ป่วย การวางแผนการดูแลรักษา การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นแนวทางนำไปประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดี

2.การรับรู้ของผู้ป่วย และญาติต่อสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคเรื้อรัง ทรมาณ อาการมีแต่ทรงกับทรุด ต้องปฏิบัติตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นภาระของครอบครัวกลัวการถูกทอดทิ้ง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย โดยในส่วนของ การรับรู้เรื่องค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองนั้น สอดคล้องกับ การศึกษา

ความสัมพันธ์ภาวะสุขภาพกับการกำเริบรุนแรงเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการกำเริบรุนแรงเฉียบพลันต้องเข้ารับรักษาตัว 2-3 ครั้งต่อปี ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงตามจำนวนครั้ง ตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (จเร บุญเรืองและคณะ, 2559) ในขณะที่ญาติของผู้ป่วยก็รับรู้โรคดังกล่าวนี้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องหยุดงานหรือจ้างผู้ดูแล คอยดูแลใกล้ชิดและพาพบแพทย์ เข้าใจธรรมชาติและการดำเนินของโรคเห็นใจและสงสารผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการทรุดลงจะทุกข์ใจไปด้วย ญาติรู้วิธีการเบื้องต้นหากเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย และยอมรับสภาพผู้ป่วยตามที่เป็นได้โดยปัญหาอุปสรรคที่ญาติผู้ป่วยเป็นกังวล คือ ความไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่บ้าน และญาติไม่สามารถจัดการเมื่อป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน ต้องนำส่งโรงพยาบาล ทำให้มีการช่วยเหลือและยืดชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดีตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) กล่าวถึงการพยาบาลแบบประคับประคองเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่เร่งรัดหรือเหนียวรั้งการตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เมื่อเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ให้ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. การรับรู้การดูแลแบบประคับประคองของญาติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการวิจัยที่พบว่าญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งน่าจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ความไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่บ้าน การดูแลช่วงท้ายของชีวิตที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล ทำให้มีการช่วยเหลือและยืดชีวิต

ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดี และการกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจ้างผู้ดูแลหรือการขาดรายได้

4. ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย และญาติในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองราว 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ในจำนวนนี้มีถึง 78% ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (WHO, 2020) ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย และญาติในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความต้องการการดูแลด้านร่างกายที่ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ สุขภาพดีขึ้น ต้องการกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ต้องการจากไปอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวไม่โศกเศร้า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคอง คือ ความเข้าใจในหลักการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ดีพอ การจัดการเมื่ออาการทรุดลง และการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉินซึ่งความต้องการดังกล่าว อาจเกิดจากการไม่ได้รับความรู้หรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างถูกต้อง ดังเช่นที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองราว 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ในจำนวนนี้มีถึง 78% ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบแผนการพยาบาลแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า หากในชุมชนมีการจัดระบบการดูแลที่ดีจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้นด้วย (กมลพร สุกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์ ขวาง-ยุสท์, และ เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา

เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและบทบาทผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับนักศึกษาที่ยังไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เห็นควรให้มีหัวข้อบรรยาย Death and dying อย่างน้อย 2 ชั่วโมง

2. ด้านการบริหาร

ผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและสร้างแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อการสนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ญาติและชุมชน มีความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้อง

3. ด้านการบริการ

ทีมสุขภาพผู้มีส่วนในการให้การดูแล ควรพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเน้นการเข้าถึงปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างแท้จริง รวมทั้งนำข้อมูลปัญหาความต้องการมาใช้ในการวางแผนเพื่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบสุขสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อันเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเข้าถึงคุณภาพที่แท้จริงตามสภาพความเป็นบริบทของครอบครัวและชุมชน ช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- กมลพร สกลพงศ์, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, และเบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาบ้านปันรักสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(ฉบับพิเศษ), 90-103.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDS. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- จเร บุญเรือง, จอม สุวรรณ, เรวดี เพชรศิราสันต์, เจนเนตร พลเพชร, และลัดดา เกียมวงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเจ็บป่วยภาวะสุขภาพและลักษณะบุคลิกกับการกำเริบรุนแรงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาอันสั้นของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การศึกษาติดตามไปข้างหน้า 3 เดือน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(6), 982.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล:เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท วี พรินท์ จำกัด.
- ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์. (2555). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เมธิณี จันติยะ, พนิตนาฏ ขำนาญเสือ, และผุสดี คุณาพันธ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลสระบุรี. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 17(3), 328-341.
- วัชรภรณ์ เปาโรหิต, และสิริพร บุญเจริญพานิช. (2560). คุณภาพชีวิตข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 244-250.

- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2560). แนวทางการดำเนินงาน ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ศูนย์การุญรักษ์ Operational Guideline for Hospital Palliative Care Program. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis* (2nd Edition). Inc New York: John Wiley & Sons Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Nuccio, T., & Nuccio, P. (2009). Give Them Comfort: Controlling COPD Symptoms at the End of Life (Part II). RT: *The Journal For Respiratory Care Practitioners*, 30(6), 24-28.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Retrieved August 2020 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

