

University of Southampton Research Repository ePrints Soton

Copyright © and Moral Rights for this thesis are retained by the author and/or other copyright owners. A copy can be downloaded for personal non-commercial research or study, without prior permission or charge. This thesis cannot be reproduced or quoted extensively from without first obtaining permission in writing from the copyright holder/s. The content must not be changed in any way or sold commercially in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

When referring to this work, full bibliographic details including the author, title, awarding institution and date of the thesis must be given e.g.

AUTHOR (year of submission) "Full thesis title", University of Southampton, name of the University School or Department, PhD Thesis, pagination

VOICES-ESRD/Thai

Views of Informal Carers-Evaluation of Services (สำหรับผู้ป่วยเพศหญิง)

มุมมองของผู้ดูแลต่อการประเมินการบริการ

Telephone interview (30 นาที)

Interviewer administered questionnaire

แบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้เกี่ยวข้องกับการดูแลและการให้บริการในช่วงสาม

เดือนสุดท้ายแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยมีความสนใจในการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตทันทีทันใด หรือเสียชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยระยะสั้น หรือเสียชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยระยะยาว

ข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ดังนั้นข้อมูลจากท่านจึงมีความสำคัญต่องานวิจัยนี้

อย่างไรก็ตามเราตระหนักว่าแบบสอบถามนี้อาจจะนำท่านไปสู่ความทรงจำที่เจ็บปวด ดังนั้นหากท่านเริ่มรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือรู้สึกไม่ดี ท่านสามารถพัก หรือหยุดการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา หรือ

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ชื่อ และนามสกุล ของท่านจะไม่ถูกนำมาเปิดเผย

สารบัญ

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ตาย

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตาย

ส่วนที่ 3 : การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนที่ 4 : การดูแลเร่งด่วน

ส่วนที่ 5 : ประสิทธิภาพด้านอาการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 6 : พยาบาลระดับจังหวัด พยาบาลระดับอำเภอ และพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 7 : แพทย์ทั่วไป

ส่วนที่ 8 : การนอนโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

ส่วนที่ 9 : สามวันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

ส่วนที่ 10 : บริบทเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ตาย

1. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ตายอย่างไร

โดยทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (1) สามี/คู่ชีวิต (2) บุตรชาย / บุตรสาว
(3) พี่ชาย หรือน้องชาย / พี่สาว หรือน้องสาว
(4) บุตรเขย / สะใภ้ (5) มารดา หรือบิดา
(6) ญาติ (7) เพื่อน
(8) เพื่อนบ้าน (9) อื่นๆ.....

2. คุณอายุเท่าไร

โดยทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (1) 18 – 19 (2) 20 – 29
(3) 30 – 39 (4) 40 – 49
(5) 50 – 59 (6) 60 – 69
(7) 70 – 79 (8) 80 – 89
(9) 90 +

3. คุณเพศ

- (1) ชาย (2) หญิง

4. ท่านนับถือศาสนาอะไร

- (0) ไม่นับถือศาสนาใด (1) ศาสนาพุทธ
(2) อิสลาม (3) คริสต์
(4) ศาสนาอื่นๆ โปรดเขียนในพื้นที่ที่จัดให้ :

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตาย

5. ผู้ป่วยหญิงมีอายุเท่าไรเมื่อเสียชีวิต?

- (1) 50 – 59 (2) 60 – 69
(3) 70 – 79 (4) 80 – 89
(5) 90+

6. ผู้ป่วยหญิงนับถือศาสนาอะไร?

- (0) ไม่นับถือศาสนาใด (1) ศาสนาพุทธ
(2) อิสลาม (3) คริสต์
(4) ศาสนาอื่นๆ โปรดเขียนในพื้นที่ที่จัดให้.....

7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตนานเท่าไร?

โดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที (2) น้อยกว่า 24 ชั่วโมง
(3) หนึ่งสัปดาห์หรือมากกว่า แต่น้อยกว่าหนึ่งเดือน
(4) หนึ่งเดือนหรือมากกว่า แต่น้อยกว่าสามเดือน
(5) สามเดือนหรือมากกว่า แต่น้อยกว่าหกเดือน
(6) หกเดือนหรือมากกว่า แต่น้อยกว่าหนึ่งปี
(7) หนึ่งปี หรือมากกว่า

8. ผู้ป่วยเคยใช้เวลาในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตที่บ้านใช่หรือไม่?

โดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ใช่ทำข้อ 9 ต่อไป (0) ไม่ใช่ (ข้ามไปทำข้อ 49)

ส่วนที่ 3 : การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน

9. ในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือที่บ้านและบริการด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ดังต่อไปนี้หรือไม่? (ทำเครื่องหมาย ✓ ได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- (1) พยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด อำเภอ หรือพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน
(2) แพทย์ (3) พยาบาลเฉพาะทางโรคไต
(4) อาสาสมัครสุขภาพชุมชน (5) นักสังคมสงเคราะห์
(6) ผู้ให้คำปรึกษา (7) ผู้นำด้านศาสนา
(8) นักกายภาพบำบัด
(9) ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการดูแลใดๆ
(9s) ไม่ทราบ
(10) อื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง :

.....

10. ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน การดูแลและการให้บริการของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่บ้านมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันดีกับบริการที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาลหรือไม่?

โดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (3) มีความเหมาะสมสอดคล้องกันดี
(2) มีความเหมาะสมสอดคล้องบางส่วน
(1) มีความเหมาะสมสอดคล้องบางส่วน
(0) ไม่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน
(-1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลใดๆ
(9s) ไม่ทราบ
(-2) อื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง :

.....
11. ผู้ป่วยเคยได้รับอุปกรณ์พิเศษเพื่อช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตนเองขณะอยู่ที่บ้าน อะไรบ้าง? (ยกตัวอย่างเช่น ออกซิเจน รถเข็น ฯลฯ)

(1) เคยได้รับ (0) ไม่เคยได้รับ (ข้ามไปทำข้อ 12)

(9s) ไม่ทราบ

หากเคยได้รับ:

ก) โปรดชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์พิเศษที่ผู้ป่วยได้รับ
.....
.....

ข) อุปกรณ์พิเศษที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ถูกใช้บ่อยแค่ไหน?

(4) ทุกวัน

(3) อย่างน้อยเดือนละครั้ง

(2) อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

(1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง

12. มีอุปกรณ์พิเศษชนิดอื่นอีกหรือไม่ที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่เคยได้รับการสนับสนุน?

(1) มี

(0) ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 13)

(9s) ไม่ทราบ

หากมี:

ก) โปรดชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์พิเศษอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีความต้องการแต่ไม่ได้รับการสนับสนุน
.....
.....

ข) ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นๆ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน?

(4) ทุกวัน

(3) อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

(2) อย่างน้อยเดือนละครั้ง แต่ไม่ต้องการทุกสัปดาห์

(1) มีความต้องการน้อยกว่า หนึ่งครั้งต่อหนึ่งเดือน

13. ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือหรือการดูแลขณะอยู่ที่บ้านจากครอบครัว เพื่อน (รวมถึงจากตัวท่าน) ในหัวข้อต่อไปนี้หรือไม่? (โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว ในแต่ละการดูแลที่ผู้ป่วยเคยได้รับ)

(1) เคย (0) ไม่เคย (9s) ไม่ทราบ

การดูแลส่วนบุคคล (เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เช็ดตัว)

ภาระงานบ้าน (เช่น การจ่ายตลาด ทำความสะอาดบ้าน)

การดูแลกลางคืน

การรับประทานยา



หากท่านตอบว่าเคยได้รับการดูแลในข้อ 13:

ก) ท่าน ครอบครัว หรือเพื่อนของผู้ป่วยได้ใช้เวลาานแค่ไหนในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน?

- (1) น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (2) 5 – 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (3) 11 – 19 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (4) 20 – 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (5) 40 ชั่วโมง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์

14. ท่านเคยได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่ (โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว ในแต่ละการดูแลที่ท่านเคยได้รับการช่วยเหลือ)

	(1)เคย	(0)ไม่เคย	(9s)ไม่ทราบ
การดูแลส่วนบุคคล (เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การดูแลกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การรับประทานยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากท่านตอบว่าเคยได้รับการดูแลในข้อ 14:

ก)ท่าน หรือผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สุขภาพ) บ่อยแค่ไหน?

- (4) อย่างน้อยวันละครั้ง
- (3) อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
- (2) อย่างน้อยเดือนละครั้งแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือทุกสัปดาห์
- (1) น้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อเดือน
- (0) ไม่เคยได้รับ

15. โดยรวมท่านคิดว่าตัวท่านและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ และอย่างไร?

- (2) ได้รับเพียงพอต่อความต้องการ
- (1) ได้รับแต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ
- (0) ไม่ได้รับ แม้ว่าจะพยายามขอความช่วยเหลือ
- (-1) ไม่ได้รับ แต่ไม่เคยเรียกร้องขอความช่วยเหลือ
- (-2) ไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ

โปรดแสดงความคิดเห็นในพื้นที่ที่จัดให้ด้านล่าง:

หากท่านต้องการแสดงความคิดเห็นอื่นใดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โปรดเขียนในพื้นที่ที่จัดให้ด้านล่าง:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
ส่วนที่ 4 : การดูแลเร่งด่วน (ในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ)

การดูแลเร่งด่วนที่ได้รับนอกเวลาราชการ

16. ในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยเคยมีความต้องการที่จะติดต่อกับบุคลากรทาง ด้านสุขภาพสำหรับการดูแลเร่งด่วนนอกเวลาราชการหรือไม่? (โปรดเลือกโดย ทำเครื่องหมาย✓ เพียงช่องเดียว)

(0) ไม่ต้องการติดต่อในจช่วงสามเดือนสุดท้าย(ข้ามไปทำข้อ 20)

(1) มีความต้องการที่จะติดต่อ (ทำข้อ 16a.)

16 a.หากมีความต้องการที่จะติดต่อ โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย✓ เพียงช่องเดียว

(1) หนึ่งถึงสองครั้ง (2) สามถึงสี่ครั้ง

(3) ห้าครั้งหรือมากกว่า (9s) ไม่ทราบ

17. ใครคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพที่ผู้ป่วยเคยติดต่อในครั้งสุดท้ายสำหรับการดูแลในภาวะเร่งด่วนนอกเวลาราชการ? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย✓ เพียงช่องเดียว

(1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล (2) แพทย์ทั่วไป

(3) พยาบาลประจำโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอ หรือพยาบาลชุมชน

(4) บุคคลอื่นๆ โปรดเขียนในพื้นที่ที่จัดให้ด้านล่าง:

(5) ไม่สามารถติดต่อได้ (6) ไม่เคยติดต่อ

18. ผลที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังการติดต่อจากบุคลากรทางสุขภาพคืออะไร? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย✓ เพียงช่องเดียว

(1) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลอำเภอ

(2) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลจังหวัด

(3) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอ

(4) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัด

(5) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล

(6) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล

(7) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่โรงพยาบาลชุมชน

(8) ความคิดเห็นอื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง:

19. จากข้อ 18 ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่สำหรับการแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย✓ เพียงช่องเดียว

(1) เหมาะสม (0) ไม่เหมาะสม

(99s) ไม่แน่ใจ

20. โดยรวม ท่านรู้สึกว่าการดูแลเร่งด่วนที่ผู้ป่วยเคยได้รับนอกเวลาราชการในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นอย่างไร :
- โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (3) ดีเยี่ยม (2) ดี
- (1) ปานกลาง (0) ไม่ดี
- (9s) ไม่ทราบ

การดูแลเร่งด่วน ที่ได้รับในเวลาราชการ

21. ในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยเคยมีความต้องการที่จะติดต่อกับบุคลากรทางด้านสุขภาพสำหรับการดูแลเร่งด่วนในเวลาราชการหรือไม่? (โปรดเลือกโดย ทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว)
- (0) ไม่ต้องการติดต่อในช่วงสามเดือนสุดท้าย (ข้ามไปทำข้อ 25)
- (1) มีความต้องการที่จะติดต่อ (ทำข้อ 21a)
- 21a. หากมีความต้องการที่จะติดต่อ โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (1) หนึ่งถึงสองครั้ง (2) สามถึงสี่ครั้ง
- (3) ห้าครั้งหรือมากกว่า (9s) ไม่ทราบ
22. ใครคือเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยเคยติดต่อในครั้งสุดท้ายสำหรับการดูแลเร่งด่วนที่ได้รับในเวลาราชการ? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล
- (2) แพทย์ทั่วไป
- (3) พยาบาลประจำโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอ หรือพยาบาลชุมชน
- (4) บุคคลอื่นๆ โปรดเขียนในพื้นที่ที่จัดให้ด้านล่าง:
- (5) ไม่สามารถติดต่อได้ (6) ไม่เคยติดต่อ
23. ผลที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังการติดต่อจากบุคลากรทางสุขภาพคืออะไร? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (1) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลอำเภอ
- (2) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลจังหวัด
- (3) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอ
- (4) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัด
- (5) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล
- (6) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล
- (7) ได้รับคำแนะนำให้ไปที่โรงพยาบาลชุมชน
- (8) ความคิดเห็นอื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง:
-

24. จากข้อ 23. ในความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่สำหรับการแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ? โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(1) เหมาะสม

(0) ไม่เหมาะสม

(99s) ไม่แน่ใจ

25. โดยรวม ท่านคิดว่าการดูแลเร่งด่วนที่ผู้ป่วยเคยได้รับในเวลาราชการในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นอย่างไร : โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(3) ดีเยี่ยม

(2) ดี

(1) ปานกลาง

(0) ไม่ดี

(9s) ไม่ทราบ

ส่วนที่ 5 : ประสบการณ์ด้านอาการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

26. ผู้ป่วยเคยมีอาการหายใจไม่สะดวกหรือไม่?

	3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต	3 เดือนก่อนเสียชีวิต
(3) มีตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) มีบางครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) มีน้อยครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0) ไม่เคยมี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9s) ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการหายใจไม่สะดวกหรือไม่?

	3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต	3 เดือนก่อนเสียชีวิต
(1) เคยแต่น้อยครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0) ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9s) ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วยหาย/บรรเทา จากอาการหายใจไม่สะดวกหรือไม่?

	3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต	3 เดือนก่อนเสียชีวิต
(1) เคยแต่น้อยครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0) ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9s) ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ค) ผู้ป่วยมีอาการของร่างกายอ่อนเพลียหรือไม่?

	3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต	3 เดือนก่อนเสียชีวิต
(3) มีตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) มีบางครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ง) ผู้ป่วยเคยพบว่าอาการหายใจไม่สะดวกทำให้ผู้ป่วยนอนหลับยากหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต 3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

อาการผื่นคัน

27. ผู้ป่วยเคยมีอาการผื่นคันหรือไม่

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการผื่นคันหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วย บรรเทา จากอาการผื่นคันหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

อาการปวด

28. ผู้ป่วยเคยมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการปวดหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วย บรรเทา จากอาการปวดหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

อาการบวม

29. ผู้ป่วยเคยมีอาการบวมหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการบวมหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วยบรรเทาจากอาการบวมหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. ผู้ป่วยเคยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(3) มีตลอดเวลา

(2) มีบางครั้ง

(1) มีน้อยครั้ง

(0) ไม่เคยมี

(9s) ไม่ทราบ

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(1) เคยแต่น้อยครั้ง

(0) ไม่เคยเลย

(9s) ไม่ทราบ

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วย บรรเทา จากอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(1) เคยแต่น้อยครั้ง

(0) ไม่เคยเลย

(9s) ไม่ทราบ

เบื่ออาหาร

31. ผู้ป่วยเคยมีอาการเบื่ออาหารหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(3) มีตลอดเวลา

(2) มีบางครั้ง

(1) มีน้อยครั้ง

(0) ไม่เคยมี

(9s) ไม่ทราบ

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการเบื่ออาหารหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(1) เคยแต่น้อยครั้ง

(0) ไม่เคยเลย

(9s) ไม่ทราบ

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วยบรรเทาจากอาการเบื่ออาหารหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)บรรเทาแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

อาการทางจิตใจ

วิตกกังวล

32. ผู้ป่วยเคยมีอาการวิตกกังวลซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไตหรือไม่?

- | | 3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต | 3 เดือนก่อนเสียชีวิต |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลหรือไม่?

- | | 3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต | 3 เดือนก่อนเสียชีวิต |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)เคยแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วยบรรเทา จากอาการวิตกกังวลหรือไม่?

- | | 3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต | 3 เดือนก่อนเสียชีวิต |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)บรรเทาแต่น้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ม่เคยเลย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ซึมเศร้า

33. ผู้ป่วยเคยมีอาการซึมเศร้าซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือไม่?

- | | 3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต | 3 เดือนก่อนเสียชีวิต |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| (3)มีตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)มีบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (1)มีน้อยครั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0)ไม่เคยมี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9s)ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

หากคุณเลือก “มีตลอดเวลา” “มีบางครั้ง” หรือ “มีน้อยครั้ง”

ก) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(1) เคยแต่น้อยครั้ง

(0) ไม่เคยเลย

(9s) ไม่ทราบ

ข) การรักษาช่วยผู้ป่วยบรรเทา จากอาการซึมเศร้าหรือไม่?

3-12 เดือนก่อนเสียชีวิต

3 เดือนก่อนเสียชีวิต

(1) บรรเทาแต่น้อยครั้ง

(0) ไม่เคยเลย

(9s) ไม่ทราบ

ส่วนที่ 6 : พยาบาลระดับจังหวัด พยาบาลระดับอำเภอ และพยาบาลชุมชน

34. เคยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่?

(1) เคยมี (ทำข้อ 34 a)

(0) ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Skip to question 38)

(2) อื่นๆ.....

34a หากเคย พยาบาลจากสถานบริการอะไรที่เคยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน?

(1) พยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด

(2) พยาบาลจากโรงพยาบาลประจำอำเภอ

(3) พยาบาลชุมชน

หากเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด อำเภอ หรือชุมชน เคยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

35. ผู้ป่วยเคยได้รับการช่วยเหลือที่บ้านเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของโรคไตวายหรือไม่?

(1) เคยได้รับ

(0) ไม่เคยได้รับ

ก) หากเคยได้รับ บ่อยครั้งแค่ไหนที่พยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดเคยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (จำนวนครั้งมากที่สุด) โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(1) นานๆ ครั้ง

(2) สัปดาห์ละครั้ง

(3) 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์

(4) 2 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์

(5) ทุกวัน

(6) มากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน

(9s) ไม่ทราบ

36. บ่อยแค่ไหนที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลและความเคารพจากพยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัด?

โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(3) เสมอ

(2) บ่อยครั้ง

- (1) บางครั้ง (0) ไม่เคย
 (9s) ไม่ทราบ
37. โดยรวมท่านรู้สึกว่าการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลในโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นอย่างไร
 โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (3) ดีเยี่ยม (2) ดี
 (1) ปานกลาง (0) ไม่ดี
 (9s) ไม่ทราบ
38. ระยะทางจากโรงพยาบาลจังหวัดถึงบ้านผู้ป่วยไกลแค่ไหน? (ประมาณกิโลเมตร)
-

ส่วนที่ 7 : แพทย์ทั่วไป

39. บริการใดที่แพทย์จัดให้ผู้ป่วยและตัวท่าน?
 โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว
- (1) การดูแลฉุกเฉิน (2) การส่งจ่ายยาชุดเดิม
 (3) การปรับเปลี่ยนยา (4) การสนับสนุนด้านจิตใจ
 (5) การนัดหมายเพื่อเยี่ยมที่บ้าน
 (6) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
 (7) การตรวจร่างกายสม่ำเสมอสำหรับผู้ป่วย
 (8) การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน
40. ท่านคิดว่าแพทย์เข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (ภาวะหายใจไม่สะดวก อาการปวด อาการบวม
 วิตกกังวล ซึมเศร้า ฯลฯ)
- (2) แพทย์เข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างดี
 (1) แพทย์ค่อนข้างเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
 (0) แพทย์ไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเลย
41. ท่านคิดว่าแพทย์มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยในการรับฟัง และปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยหรือไม่
- (3) เสมอๆ (2) บางครั้ง
 (1) ค่อนข้างน้อย (0) ไม่มี
 (-1) ผู้ป่วยไม่เคยร้องขอ
42. ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต บ่อยครั้งแค่ไหนที่ผู้ป่วยสามารถได้พบแพทย์ประจำตัวที่รักษาโรคได้?
- (3) เสมอๆ หรือมากที่สุด (2) บ่อยครั้ง
 (1) บางครั้ง (0) ไม่เคย หรือแทบจะไม่เคย
 (-1) ผู้ป่วยไม่ปรารถนจะได้รับ การดูแลเฉพาะจากแพทย์คนใด

(-2) ผู้ป่วยไม่ปรารถนาจะพบแพทย์

43. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเคารพในศักดิ์ศรีจากแพทย์บ่อยครั้งแค่ไหน?

(3) เสมอ

(2) บ่อยครั้ง

(1) บางครั้ง

(0) ไม่เคย

(9s) ไม่ทราบ

44. หากแพทย์สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านคิดว่าง่ายหรือยากที่แพทย์จะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน?

โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(4) ง่ายมาก

(3) ค่อนข้างง่าย

(2) ค่อนข้างยาก

(1) ยากมาก

(0) ผู้ป่วยต้องการแพทย์มาเยี่ยมที่บ้านแต่แพทย์ไม่เคยมา

(-1) ผู้ป่วยไม่เคยร้องขอ

(9s) ไม่ทราบและแพทย์ไม่ต้องการที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ความคิดเห็นอื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง:

.....
.....

45. โดยรวมท่านรู้สึกว่าการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นอย่างไร

(3) ดีเยี่ยม

(2) ดี

(1) ปานกลาง

(0) ไม่ดี

(9s) ไม่ทราบ

ความคิดเห็นอื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง:

.....
.....

ส่วนที่ 8 : การนอนโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

46. ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลตลอดเวลาในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตใช่หรือไม่?

โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(1) ใช่ (ทำข้อ 47)

โปรดเขียนชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิตในช่องว่างที่จัดให้:

(2) ไม่ (ข้ามไปทำข้อ 48)

(9s) ไม่ทราบ

47. ท่านคิดว่าบริการภายในโรงพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยมีความเหมาะสมสอดคล้องกันดีกับบริการที่จัดให้ผู้ป่วยที่บ้านหรือไม่?

- (2) มีความเหมาะสมสอดคล้องกันดี
 (1) มีความเหมาะสมสอดคล้องกันในบางอย่าง
 (0) ไม่มีความเหมาะสมสอดคล้องกัน
 (9s) ไม่ทราบ

48. โดยรวม ท่านรู้สึกหรือไม่ว่าการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในโรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นอย่างไร:

	แพทย์	พยาบาล
(3) ดีเยี่ยม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) ปานกลาง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0) ไม่ดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9s) ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 9 : สามวันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

49. ในช่วงสามวันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตผู้ป่วยพักรักษาตัวที่ไหน โปรดเลือกโดยทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ที่บ้านตลอดเวลา (2) ที่โรงพยาบาลตลอดเวลา
 (3) ที่อื่นๆ โปรดเขียนในช่องว่างที่จัดให้ด้านล่าง:

.....

50. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเคารพในศักดิ์ศรีบ่อยครั้งแค่ไหนในช่วงสามวันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต? โปรดตอบคำถามทั้ง การดูแลจากแพทย์ และพยาบาล

- (3) เสมอ (2) บ่อยครั้ง
 (1) บางครั้ง (0) ไม่เคย
 (9s) ไม่ทราบ

51. โปรดอ่านและตอบคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงสามวันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง(3)	เห็นด้วย (2)	เฉยๆ (1)	ไม่เห็น ด้วย (0)	ไม่ทราบ (9s)
(ก) ท่านคิดว่า การดูแลส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ข) ท่านคิดว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การจัดแจกยา การช่วยเหลือบนเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยสบายเพียงพอต่อความ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ต้องการของผู้ป่วยหรือไม่?
- (ค) ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวเพียงพอหรือไม่?

52. ในช่วงสามวันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านคิดว่าโดยภาพรวม

	ดีเยี่ยม (3)	ดี (2)	ปานกลาง (1)	ไม่ดี (0)	ไม่ทราบ (9s)
(ก) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเป็นอย่างไร?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ข) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างไร?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ค) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านอารมณ์เป็นอย่างไร?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ง) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงินเป็นอย่างไร?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(จ) การให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พักรักษาตัวในที่ที่ผู้ป่วยต้อง หาย?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 10 : บริบทเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย

53. ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (3) ทราบแน่นอน (2) น่าจะทราบ
 (1) ไม่น่าจะทราบ (0) ไม่ทราบ
 (9s) ไม่แน่ใจ

54. ท่านคิดว่าบุคคลที่บอกผู้ป่วยว่าผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมีความระมัดระวังในการเปิดเผยข้อมูลส่วนนี้แก่ผู้ป่วยหรือไม่? โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (2) ระมัดระวัง (1) น่าจะระมัดระวัง
 (0) ไม่ระมัดระวัง (9s) ไม่ทราบ
 (-1) ไม่เคยเรียกร้อง – ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต
 (-2) ไม่เคยเรียกร้อง – แพทย์ หรือพยาบาลไม่เคยพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องนี้

55. ท่านคิดว่าท่านมีเวลาที่เหลือเพียงพอในการอยู่กับผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายหลังได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือจากโรงพยาบาลหรือไม่? โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (1) เพียงพอ (0) ไม่เพียงพอ
 (-1) ทราบด้วยตนเองก่อนแล้ว
 (-2) ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต
 (-3) ไม่สามารถได้รับข้อมูลส่วนนี้

56. ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ไหน?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

- (1) ในบ้านผู้ป่วย

- (2) ในบ้านญาติ หรือบ้านเพื่อน
 (3) ในโรงพยาบาล แผนก:.....
 (4) ในโรงพยาบาลแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลชื่อ:
 (5) ในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชื่อ:
 (6) ในรถพยาบาลระหว่างทางก่อนถึงโรงพยาบาล
 (7) อื่นๆ โปรดอธิบาย:.....

57. ผู้ป่วยเคยบอกท่านหรือไม่ว่าถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยปรารถนาจะเสียชีวิตที่ใด?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) เคย (0) ไม่เคย

(99s) ไม่แน่ใจ

58. หากผู้ป่วยเคยบอกสถานที่ใดที่ผู้ป่วยปรารถนาจะเสียชีวิต?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ที่บ้าน (2) ที่โรงพยาบาล

(3) อื่นๆ โปรดอธิบาย:.....

(4) ผู้ป่วยเคยบอกว่าผู้ป่วยไม่สนใจที่ไหนก็ได้

(5) ผู้ป่วยเปลี่ยนใจถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต

59. บุคลากรทางสุขภาพทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยต้องการจะเสียชีวิตที่ใด?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ทราบ (0) ไม่เคยทราบ

(99s) ไม่แน่ใจ

60. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมีเวลาเพียงพอหรือไม่ที่จะได้เลือกสถานที่ที่ผู้ป่วยปรารถนาจะเสียชีวิต?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) เพียงพอ (0) ไม่เพียงพอ

(99s) ไม่แน่ใจ (-1) ผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีทันใด

61. ท่านคิดว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในที่ที่ผู้ป่วยปรารถนาจะเสียชีวิตหรือไม่?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (1) ใช่ (0) ไม่ใช่

(99s) ไม่แน่ใจ

62. ผู้ป่วยได้รับการดูแล หรือการสนับสนุนในด้านของศาสนาและการปฏิบัติตามประเพณีความเชื่อด้านจิตวิญญาณก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือไม่? โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

- (2) มี (1) มีบ้าง

(0) ไม่มี

(99s) ไม่แน่ใจ

โปรดแสดงความคิดเห็นในช่องว่างที่จัดให้:

63. ท่านและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือที่เพียงพอจากเจ้าหน้าที่สุขภาพหรือไม่ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

(2) เพียงพอ

(1) น้อยเกินไป

(0) ไม่เพียงพอ

(9s) ไม่ทราบ

64. หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตมีเจ้าหน้าที่สุขภาพจากโรงพยาบาลมาดูแลท่าน หรือครอบครัวหรือไม่? โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

(1) มี

(0) ไม่มี

(99s) ไม่แน่ใจ

(-1) ไม่ได้เรียกร้อง และท่านไม่ได้ติดต่อกับทางโรงพยาบาล

โปรดแสดงความคิดเห็นในช่องว่างที่จัดให้:

65. เมื่อมองกลับไปในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและการรักษาตนเองมากเพียงพอที่ผู้ป่วยปรารถนาหรือไม่?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

(2) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากเท่าที่ผู้ป่วยปรารถนา

(1) ผู้ป่วยปรารถนามีส่วนร่วมมากขึ้น

(0) ผู้ป่วยไม่ปรารถนามีส่วนร่วมมาก

(9s) ไม่ทราบ

66. เมื่อมองกลับไปในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและการรักษาผู้ป่วยมากเพียงพอที่ท่านปรารถนาหรือไม่?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

(2) มีส่วนร่วมมากเท่าที่ปรารถนา

(1) ปรารถนามีส่วนร่วมมากขึ้น

(0) ปรารถนามีส่วนร่วมน้อยลง

(9s) ไม่ทราบ

67. มีการตัดสินใจในการดูแลรักษาอื่นใดหรือไม่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการหรือไม่?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย เพียงช่องเดียว

(1) มี

(0) ไม่มี

(99s) ไม่แน่ใจ

โปรดแสดงความคิดเห็นในช่องว่างที่จัดให้:

68. โดยรวม เมื่อกล่าวถึงการดูแลและการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ท่านคิดว่าการดูแลและการช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างไร?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(4) ยอดเยี่ยม

(3) ดีมาก

(2) ดี

(1) ปานกลาง

(0) ไม่ดี

(9s) ไม่ทราบ

(-1) ต้องปรับปรุง

69. ตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตท่านได้คุยกับบุคลากรด้านสุขภาพ หรือเคยได้รับบริการการช่วยเหลือหลังผู้ป่วยเสียชีวิตในด้านจิตใจต่อการสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือไม่?

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ เพียงช่องเดียว

(1) เคย

(0) ไม่เคย แต่ท่านปรารถนาการช่วยเหลือภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

(-1) ไม่เคย แต่ท่านไม่ต้องการ

(99s) ไม่แน่ใจ

ท่านคิดว่าการดูแลและการช่วยเหลือที่ดีที่สุดๆ อะไรบ้างที่ผู้ป่วยเคยได้รับ?

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าการดูแลและการช่วยเหลือที่ไม่ดีและควรปรับปรุงอะไรบ้างที่ผู้ป่วยได้รับ?

.....

.....

.....

.....

.....

โปรดอธิบายหรือแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดๆ ก็ได้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่จัดให้ด้านล่างนี้:

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณสำหรับการเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม