

# แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Label ชื่อผู้ป่วย

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกต้องสำหรับท่านมากที่สุด ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา

1.ท่านมีอาการปวดหรือไม่	0 ไม่มีอาการปวดเลย	1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวนจึงไม่ต้องจัดการกับความปวด	2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้	3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ	4 ปวดอย่างมากต่อการใช้สมาธิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ จนคิดอะไรไม่ออก
2.ท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่	0 ไม่เลย	1 เล็กน้อย	2 ปานกลาง	3 รุนแรง	4 มากมายท่วมทับ
3.ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษาหรือไม่	0 ไม่กังวลหรือไม่หงุดหงิดเลย	1 กังวลใจบ้าง หรือหงุดหงิดนานๆครั้ง	2 กังวลใจบ้าง หรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้าง	3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบต่อความคิดหรือสมาธิของท่าน	4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนคิดอะไรไม่ออก
4.สมาชิกในครอบครัวของท่าน หรือ เพื่อนของท่าน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่านหรือไม่	0 ไม่วิตกกังวลเลย	1 นานๆครั้ง	2 เป็นบางครั้ง มีผลกระทบต่อความคิดหรือสมาธิของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน	3 วิตกกังวลเป็นส่วนมาก	4 วิตกกังวลตลอดเวลา
5.ท่านและสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างน้อยเพียงใด	0 ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย	1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ	2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆแล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้	3 ได้รับทราบข้อมูลน้อยมาก และในบางคำถาม แพทย์หรือพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม	4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ท่านได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนหรือไม่	0 ใช่ ได้เล่าทุกอย่างที่ อยากจะทำ	1 ได้เล่าระบาย ความรู้สึกเป็นส่วนมาก	2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็น บางครั้ง	3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆ ครั้ง	4 ไม่เคยเล่ากับ ใครเลย
---	--------------------------------------	---	--	--------------------------	---------------------------

7. ท่านเศร้าใจหรือไม่	0 ไม่เลย	1 ไม่ค่อยบ่อย	2 เป็นบางครั้ง	3 ค่อนข้างบ่อย	4 ตลอดเวลา
-----------------------	----------	---------------	----------------	----------------	------------

8. ท่านรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่	0 ใช่ รู้สึกดีกับตัวเอง ตลอดเวลา	1 ค่อนข้างบ่อย	2 เป็นบางครั้ง	3 ไม่ค่อยบ่อย	4 ไม่รู้สึกดีกับ ตัวเองเลย
---------------------------------	-------------------------------------	----------------	----------------	---------------	-------------------------------

9. ท่านรู้สึกว่าท่านเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำหรือไม่	0 ไม่เสียเวลาเลย	2 เสียเวลาเกือบครึ่ง วัน	4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน		
---	------------------	-----------------------------	---------------------------	--	--

10. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือ ปัญหาส่วนตัวหรือไม่	0 ได้รับการช่วยเหลือ ทันเวลาตามที่ต้องการ	2 ปัญหากำลังได้รับ การช่วยเหลือ	4 มีปัญหา และยังไม่ได้รับการ ช่วยเหลือ	0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย	
--	--	------------------------------------	---	---------------------	--

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของท่าน	1. .... .....	2. .... .....			
---	------------------	------------------	--	--	--

12. ท่านทำแบบสอบถามนี้อย่างไร	0 ด้วยตัวเอง	1 ด้วยความ ช่วยเหลือของเพื่อน หรือ ญาติ	2 ด้วยความช่วยเหลือของ เจ้าหน้าที่พยาบาล		
-------------------------------	--------------	---	---	--	--

\*\*ปรับจาก Palliative outcome scale ฉบับสวนดอก