

การศึกษาค้นคว้าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF NURSING CARE NEEDS IN DISCHARGED MEDICAL PATIENTS
AT MEDICAL CENTERS, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



Miss Wirongrong Chompuming

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุครรภ์ที่
จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
โดย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

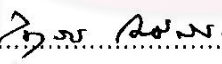
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกิลป์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ ไพธิสาร)

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธรรอง ชมภูมิ่ง : การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุกรรมที่จำหน่ายจาก
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. (A STUDY OF NURSING CARE NEEDS IN
DISCHARGED MEDICAL PATIENTS AT MEDICAL CENTERS, MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 173 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาล และเปรียบเทียบความ
ต้องการการพยาบาลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอายุกรรมที่จำหน่าย
จากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุกรรม จำนวน
401 คน ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลาย
ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบสอบถามความต้องการการพยาบาล
ซึ่งแบ่งความต้องการการพยาบาลเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ/
จิตวิญญาณ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงของ
แบบสอบถามในแต่ละส่วน จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83, .84 และ
.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุกรรมมีความต้องการการพยาบาลโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17$) โดย
มีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลมากที่สุด ($\bar{X} = 2.29$) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ
($\bar{X} = 2.17$) และมีความต้องการด้านร่างกายน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.99$)

2. ผู้ป่วยอายุกรรมที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการ
พักรักษาในโรงพยาบาล และชนิดของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่
แตกต่างกัน

ผู้ป่วยอายุกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้บางส่วนมี
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจและจิตวิญญาณ สูงกว่าผู้ป่วยที่
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อผู้พิมพ์.....*กรรณ*.....*กรรณ*.....

ปีการศึกษา...2553.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก*ศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช*.....

5177842336 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : MEDICAL PATIENTS / NURSING CARE NEEDS / MEDICAL CENTERS

WIRONGRONG CHOMPUMING : A STUDY OF NURSING CARE NEEDS IN
DISCHARGED MEDICAL PATIENTS AT MEDICAL CENTERS, MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH. ADVISOR : ASST.PROF.SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 173 pp.

The purposes of this research were to study the nursing care needs of the discharged medical's patients in medical centers, Ministry of Public Health. Participants were 401 discharged medical's patients, which were discharged in hospital, and were selected by multi-stage random sampling. Research instrument were Nursing Care Needs which were tested for content validity and reliability. The reliabilities were .83, .84 and .86 respectively. Data were analyzed including frequency, mean, standard deviation, t-test and One way ANOVA.

Finding were as follows;

1. The nursing care needs of the medical's patients was at the medium level ($\bar{X} = 2.17$), nursing's information needs, psychological/spiritual needs and physical needs was at the medium level ($\bar{X} = 2.29$, $\bar{X} = 2.17$ and $\bar{X} = 1.99$ respectively).

2. Sex, age, education, family income, illness experience and illness's type were not significant with the nursing care needs.

The different of medical patients condition such as activity daily living (ADL) significant value at .05.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study :... Nursing Administration...

Academic Year :...2010.....

Student's Signature WIRONGRONG CHOMPUMING

Advisor's Signature : Suvinee Wivatvanit

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้สละเวลาให้ความรู้คำแนะนำคำปรึกษา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา ห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิลา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ ที่แห่งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พี่ๆพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่านรวมถึงผู้ป่วยอายุรกรรมทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ถือเป็นแรงใจสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์และสำเร็จการศึกษาลงได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ที่มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	18
ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	24
แนวคิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	28
ภาวะสุขภาพ.....	34
แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลาง (Intermediate Care).....	38
ความต้องการทางสุขภาพ.....	43
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล.....	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	70

บทที่	หน้า
3	71
วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	81
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
4	85
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
5	108
สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	110
การอภิปรายผล.....	112
ข้อเสนอแนะ.....	125
รายการอ้างอิง.....	126
ภาคผนวก.....	135
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	136
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	150
ภาคผนวก จ เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	155
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	170
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	173

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ความต้องการการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม.....	52
2	รายชื่อโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาคและโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภาค.....	72
3	จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ.....	74
4	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จริง.....	75
5	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล.....	81
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวม และรายด้าน.....	86
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล.....	87
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย.....	89
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ.....	90
10	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรรถลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล.....	92
11	จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย.....	95
12	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ	96

ตารางที่		หน้า
13	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามอายุ.....	97
14	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	99
15	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามรายได้ครอบครัว.....	101
16	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล.....	103
17	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL).....	105
18	เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตาม ชนิดของการเจ็บป่วย.....	107

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	70



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร นำไปสู่การการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยา กล่าวคือ สภาพปัญหาสุขภาพเปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลัน อนามัยมารดาและเด็กและภาวะทุพโภชนาการ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยเฉพาะโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทยในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) อันเป็นผลมาจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม และสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าประชากรไทยในอนาคตที่มีปัญหาทางสุขภาพจะสูงกว่าที่คาดประมาณไว้

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่พ.ศ. 2540 เป็นนโยบายของรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็นอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการและการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชน ทำให้เกิดมี พรบ.สุขภาพ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิผู้ป่วย ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านงบประมาณ ซึ่งมีการจัดระบบค่าใช้จ่ายโดยจ่ายตามระบบการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการนั้น มีตัวชี้วัดที่สำคัญคือ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay : LOS) ที่สั้นที่สุด เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าตามระบบ DRG ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการระบบเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และลด อัตราการครองเตียง

โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ เพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นศูนย์กลางในการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยรุนแรง ซับซ้อน และมุ่งเน้นการ รักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเป็นหลัก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นแผนกที่รับผู้ป่วย ทางด้านอายุรกรรมไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญใน การดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมทั่วไป ทั้งในภาวะวิกฤติ และผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มี อาการของโรคที่เรื้อรัง ซับซ้อน รุนแรง ใช้ระยะเวลาในการรักษานานและการรักษาพยาบาลมุ่งเน้น ผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะพึ่งพาสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่ง ระบบการให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ปัจจุบัน เน้นที่การป้องกันการเกิดโรค การ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระยะเฉียบพลัน โดยการให้การ บริการพยาบาลนั้นต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งการเปลี่ยนแปลง สถานะทางสุขภาพ ลักษณะโรคที่เปลี่ยนไป ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ประชาชน ไม่ได้รับบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเสมอภาค และความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของ ประชาชนที่เปลี่ยนไป ด้วยการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับความต้องการของ ผู้ป่วยเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

การวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลศูนย์ปัจจุบัน พบว่า เป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลัง จำหน่าย เพื่อลดอัตราการ Re-admit และ LOS ของผู้ป่วยตาม CPG แต่ละโรค การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความแออัด และการลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานจากภาวะผู้ป่วยดันเตียง ซึ่งระบบการ จำหน่ายผู้ป่วยโดยทั่วไปมีการทำตามระบบที่มีการวางแผนไว้ตามแต่ละโรคและต้องทำให้ได้ตาม แผนเพื่อให้ตัวชี้วัดได้ผลตามเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายอย่างมี ประสิทธิภาพนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นองค์รวม โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ ทำให้เกิดความต้องการที่ต่างกันทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็น

ต้น และภาวะสุขภาพ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และชนิดของการเจ็บป่วยด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในความต้องการการพยาบาล และการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับบ้านพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งบ่อยครั้งที่ภาวะการเตรียมความพร้อมในการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังไม่มีประสิทธิภาพโดยมีสาเหตุจากการไม่ประสานกันระหว่างกาให้บริการของพยาบาลและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การวางแผนการจำหน่ายที่เคยปฏิบัติมาในโรงพยาบาลศูนย์ ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอเนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่า ปัญหาหลักของประชาชนในการรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์คือ การที่ไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อต้องได้รับการรักษาหลังจากนั้น ก็จะกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เป็นภาวะกับผู้อื่น รวมทั้งเป็นปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่าย (ทัศนาศา บัญทอง, 2543) และจากการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดการล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยกลับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ไม่มีผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมที่บ้าน การฟื้นฟู อาหารและยา ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดผลเสียต่างๆและการรักษาในโรงพยาบาลนานๆ นั้นไม่เพียงแต่จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล แผลกดทับ (Lim, et al., 2006) ซึ่งอัตราการเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือความต้องการดูแลพิเศษ เช่น การฟื้นตัวที่ช้าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยทำให้มีความจำเป็นต้องใช้หออภิบาลผู้ป่วยหนักในอัตราสูง (Lertakyamanee J, Santawat U, Foongdej S, Muangkasem J, 1998) การครองเตียงในโรงพยาบาลนานกว่า (สมเกียรติ ธรรมปรีชา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุนนาค, Somerville, K., Ebrahim, S., 2535) เกิดปัญหาผลข้างเคียงจากยามากกว่า (Jitapunkul S, Lertkupinit C, Jongsitimahakul A, Suteparuk S, 1997) ซึ่งอาจต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติ และรอการพักฟื้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตรวมทั้งเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆของประชากร เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่อง หรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะอันตราย

แล้ว จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟู เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง อาจทำให้มีภาวะทุพพลภาพเหลืออยู่ หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย มีภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาพปกติ หรือฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถดำรงอยู่ได้ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในปี 2549-2550 พบว่า จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 152 คนเป็น 156 คนและมีอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.24 เป็นร้อยละ 86.57 ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยเฉลี่ยแต่ละปีคิดเป็นคนละ 1.4 ครั้ง ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งใช้เวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วันและพบว่าจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ (นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเดล, 2539) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงมีความต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วย ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ การสร้างอาชีพและรายได้ รวมไปถึงการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพยาบาล (ทัศนา บุญทอง, 2544) ต้องมีการสื่อสารและมีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (Carter and Wade, 2002) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และเกิดปัญหาการล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยกลับ (Delayed Discharge) ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การใช้เตียงในโรงพยาบาลในระดับสูงเกิดปรากฏการณ์ อุดกั้นเตียง (Bed Blocker) (Thampreechavai, Somerville, Jitapunkul, Bunnag, Ebrahim, 1992) เป็นปัญหาทำให้โรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถ

รับผู้ป่วยที่มีความต้องการการรักษายาบาลได้ และในด้านของการบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังนั้น โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีการจัดระบบเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพ และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัด หรือการขาดบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบกับรัฐบาลมีทรัพยากรที่จำกัด จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาต่อไป

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจากที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการทางสุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วยต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความต้องการการพยาบาล หมายถึง ความปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เรื่องการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ จากบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และมีภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต บุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลย่อมมีความต้องการมากกว่าในภาวะปกติ (Yura and Walsh, 1983) มีผู้ที่ทำการศึกษาที่แบ่งประเภทของความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยหลายด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาล และเห็นว่าการแบ่งประเภทความต้องการการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษานั้น มีความสอดคล้องกับการแบ่งประเภทของความต้องการ จากการศึกษาของ Rines and Montag (1976) ซึ่งได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ด้านคือ ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) คือ ความต้องการพื้นฐานที่ต้องบรรลุเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นปกติสุข ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ออกซิเจน การขับถ่ายการควบคุมอุณหภูมิ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ความต้องการเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ความต้องการความสะดวกของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม และความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological needs) ประกอบด้วยความต้องการความรัก ความต้องการเป็นเจ้าของและการยอมรับของกลุ่ม ความต้องการความมั่นคง ความต้องการความเป็นอิสระและการพึ่งพาอาศัย ความต้องการความสำเร็จ และการยอมรับนับถือและความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง และความต้องการด้านจิต

วิญญาณ (Spiritual needs) ความต้องการด้านนี้เชื่อว่าพัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่ง หรือส่วนของสังคมที่เรียกว่า ศาสนา แต่ละศาสนามีพิธีการต่าง ๆ ตามความเชื่อที่เชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลได้บรรลุความต้องการทางด้านวิญญาณ ถ้าหากความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการบรรลุ บุคคลจะเกิดความตึงเครียด และความสามารถในการทำงานจะลดลงความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายใต้พฤติกรรมของมนุษย์ แต่จะอยู่ลึกลงไป หรือถูกเก็บไว้ในจิตใต้สำนึก ความต้องการส่วนนี้ ได้แก่ ความต้องการในความเชื่อความหวัง ความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ความมีเหตุผลที่จะเป็น หรือกระทำตามเป้าหมายของตนเองความต้องการความอบอุ่นใจ และปลอบใจ และความต้องการเสรีภาพ

การศึกษาของ Gao et al. (2009) แบ่งความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็น 3 แบบ คือ ความต้องการด้านข้อมูล ประกอบด้วย อาการและอาการแสดงของโรค การใช้จ่าย การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกาย อาหาร การทำงานหลังผ่าตัด การฟื้นฟูของโรค และแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา ความต้องการด้านร่างกาย ประกอบด้วย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผล การทำกิจวัตรประจำวัน การลดความเจ็บปวด การจัดการความไม่สุขสบาย การจัดการความอ่อนแรง การจัดการระบบขับถ่าย การจัดการภาวะทุพโภชนาการ และความต้องการด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ การส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ ด้านอารมณ์ การมีคุณภาพชีวิต การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเข้าใจในโรคที่เป็น การวางแผนอนาคต

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Gao et al. (2009), Rines and Montag (1976) ร่วมกับการนำมาปรับให้สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้กำหนดความต้องการการพยาบาลที่ต้องการศึกษาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล
2. ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย
3. ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

หลักการพยาบาลที่สำคัญคือ การให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดี และมีคุณธรรมจริยธรรมในการให้การพยาบาล และต้องให้การพยาบาลบนพื้นฐานของหลักการพยาบาล โดยคำนึงถึงความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการได้มาของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลนั้น เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ที่ทำให้การรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแตกต่างกัน และส่งผลทำให้ผลการรักษาหรือการคงอยู่ของภาวะทุพพลภาพแตกต่างกัน

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นความแตกต่างด้านสรีระร่างกายของบุคคล จากการศึกษาพบว่า การเกิดความล่าช้าในการส่งต่อมีความสัมพันธ์กับอายุ เพศหญิง การอยู่อาศัยเพียงลำพัง และการขาดผู้ดูแลจากครอบครัว (Victor et al., 2000) โดยพบว่าผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้าย มีความต้องการการพยาบาลมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ขาดแรงสนับสนุน มีรายได้ไม่เพียงพอ อยู่อาศัยเพียงลำพัง และมีความวิตกกังวลมากกว่า (Haug and Folmar, 1986) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจและรอกการจำหน่ายมีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยชาย (Gao et al., 2009) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยอายุกรรมเพศหญิง มีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าเพศชายดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านเพศ มาเป็นตัวแปรในการศึกษารั้งนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การมีเหตุผล และการมองปัญหาต่างๆ กล่าวคือ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ มีการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (จิระประภา ภาวิไล, 2535) รวมทั้งมีการศึกษาของ พจนา สมุทร์ตัน (2549) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้น และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ เพศ แตกต่างกันมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยอายุกรรมมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มี

ปัญหาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ต้องได้รับการดูแลมากกว่า ส่งผลให้มีความต้องการการพยาบาลในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านอายุ มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ และทัศนคติของบุคคล เนื่องจากการศึกษาช่วยให้บุคคลได้รับทราบและเข้าใจข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ ทำให้เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่ายมีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) โดยการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติที่มีผลดีต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว (ศุภย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) จากการศึกษาของ ปฐมพร เดียวทิพย์สุคนธ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาหลังผ่าตัดคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาล จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถเข้าถึงข่าวสารต่างๆ ได้มากกว่า มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีความสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความต้องการการพยาบาลที่น้อยกว่า ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านการศึกษา มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

รายได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ และมีส่วนในการสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ (ศศิธร มณีแสง, 2538) และผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ และการเข้าถึงการใช้บริการทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวมากมีความต้องการการพยาบาลที่น้อยกว่า ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านรายได้ครอบครัว มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

จำนวนครั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่มีประสบการณ์การกลับมานอนโรงพยาบาลหลายครั้งส่งผลสะท้อนให้เกิดความต้องการการพยาบาลมากขึ้นได้ ซึ่งมีการศึกษาของ ธาฤทธิ์พิเศษธาร (2541) พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ แต่ในทางตรงข้ามผู้ที่มิ

ประสบการณ์เรื่องใดมาก่อน จะสามารถประเมินได้ว่าสิ่งนั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร ทำให้สามารถจัดการกับปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลมาก เป็นตัวชี้วัดในเรื่องความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ต้องกลับเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมากจะมีความต้องการการพยาบาลที่สูงกว่า ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านประสบการณ์การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ เป็นความต้องการพื้นฐาน และเป็นการทำกิจกรรมต่างๆที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของ ซวลีแย้มวงษ์ (2538) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จากก่อนเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงสองวันแรกของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล อาจเกี่ยวเนื่องจากแผนการรักษา ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว เช่น การจำกัดกิจกรรม การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เป็นต้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย เช่น ข้อจำกัดของเตียงที่สูง และแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวได้น้อยลง ทำให้ความแข็งแรงและความสามารถทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ รักรัตนธรรม (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่า มีความต้องการการพยาบาลน้อยกว่า ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานและบาง

รายอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีการสูญเสียและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้นและจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค จะมีการเรียนรู้และการปรับตัวภายใต้การทนทุกข์จากการดำเนินและผลกระทบจากโรคในเรื่อง การรู้ถึงลักษณะการดำเนินของโรค การทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบรุนแรง การพินหนารซ้ำ อาการทรุดลงเรื่อยๆ มีภาวะแทรกซ้อนมาก มีรายได้ลดลง ขาดการติดต่อกับบุคคลภายนอก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้ รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เกิดความเครียด (วิชชุตา ดีชัย, วิภาวี คงอินทร์, อุไร หัตถกิจ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงของโรคมักมีความต้องการการพยาบาลในระดับ จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน ดังนั้นจึงนำปัจจัยทางด้านชนิดของการเจ็บป่วย มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมเพศหญิงมีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุมากกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุน้อยกว่า
3. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
4. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า
5. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า

6. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่น้อยกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี

7. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะที่แพทย์จำหน่ายแต่ยังรอกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับรู้ เข้าใจ และได้ตอบภาษาไทยได้ถูกต้อง ที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะที่แพทย์จำหน่ายแต่ยังรอกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

3. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ชนิดของการเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม คือ ความต้องการการพยาบาล ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ความต้องการการพยาบาล** หมายถึง ผู้ป่วยยังคงปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เรื่องการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ จากบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และมีภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดความต้องการการพยาบาลของ Gao et al. (2009) และ Rines and Montag (1976) ร่วมกับการสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถแบ่งความต้องการการพยาบาลออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.1 **ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล** หมายถึง ผู้ป่วยยังคงปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการชี้แจงข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการรักษา การใช้ยา การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูของโรค และแหล่ง สนับสนุนเมื่อมีปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นข้อมูลการพยาบาลที่เป็นประโยชน์เพื่อการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติจากบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือจัดการกับปัญหาของตนเองได้ตามความเหมาะสม เพื่อช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และมีภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต

1.2 **ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย** หมายถึง ผู้ป่วยยังคงปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริมด้านร่างกายซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่ต้องบรรลุเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นปกติสุข ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามปัญหาการเจ็บป่วย การจัดการความไม่สุขสบาย การดูแลอาหาร การสื่อสาร การดูแลอุปกรณ์พิเศษต่างๆ เช่น สายยางให้อาหาร ท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ ท่อระบายอุจจาระ เป็นต้น จากบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจในผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกาย เมื่อไม่สามารถปฏิบัติในสิ่งที่เคยปฏิบัติด้วยตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ตามปกติ อันจะนำมาซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.3 ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หมายถึง ผู้ป่วย ยังคงปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการดูแล ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อความหวัง และการปฏิบัติตามหลักศาสนา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความเข้าใจในโรคที่เป็น วางแผนอนาคต ความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ การกระทำตามเป้าหมายของตนเอง ความอบอุ่นใจ ปลอดภัย และเสรีภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา ความหมาย เป้าหมายในชีวิต และยังช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในอันที่จะนำพาผู้ป่วยฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต ความเจ็บป่วยที่เป็นวิกฤตของชีวิต และเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีผลต่อความต้องการการพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล

2.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วย ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง

2.2 อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปีของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์

2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับตามระบบการศึกษาปัจจุบันของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ช่วง คือ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/อนุปริญญา ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

2.4 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ประเภทต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติทั้งที่ได้รับจากการทำงาน เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง กำไรจากการประกอบธุรกิจ รวมทั้งเงินที่ได้รับจากรัฐบาล หรือนายจ้างเป็นสวัสดิการต่าง ๆ เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงเงินสมทบที่ได้รับจากบุคคลอื่น เช่น เงินที่ได้รับจากบุตรที่ทำงานมีรายได้ เงินที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มาอาศัยอยู่ด้วย เป็นค่าที่พักและค่าอาหาร เป็นต้น

2.5 จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาเข้าพักรักษา หรือมานอนในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งรวมถึงครั้งนี้ด้วย

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยอายุรกรรม เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) หมายถึง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยตามดัชนีจุฬา เอ ดี แอล (Chula Activity Daily Living Index : CAI) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนที่ การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงิน และการเดินทาง

3.2 ชนิดของการเจ็บป่วย หมายถึง ชนิดของการเจ็บป่วยที่แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลัน และภาวะเจ็บป่วยชนิดเรื้อรัง

3.2.1 ภาวะเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลัน (Acute Illness) เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงเฉียบพลัน และระยะของการเจ็บป่วยค่อนข้างสั้น ระยะของการรักษาค่อนข้างสั้น อาการหายทุเลาเป็นปกติ หรืออาจลุกลามกลายเป็นโรคเรื้อรัง

3.2.2 ภาวะเจ็บป่วยชนิดเรื้อรัง (Chronic Illness) เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาว ระยะของการรักษาค่อนข้างนาน อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ต้องการการรักษาใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ การเจ็บป่วยมักจะเป็นความเจ็บป่วยถาวร และมักจะค่อยลุกลามรุนแรงมากขึ้น

4. ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5. **ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและแพทย์มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร

6. **โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐในระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 500 เตียง สำหรับให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครอบคลุมขีดความสามารถของแพทย์สามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์ ให้บริการแก่ประชาชนทั้งในเขตศูนย์กลางและเขตของส่วนภูมิภาค แบ่งตามส่วนราชการออกเป็น 5 ภาค มีทั้งหมด 25 แห่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบการบริการพยาบาล ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.2 ขอบเขตงานของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 1.4 ลักษณะหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
3. แนวคิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
 - 3.1 ความหมายของภาวะโรคเรื้อรัง
 - 3.2 ความสำคัญของภาวะโรคเรื้อรัง
 - 3.3 การแบ่งระยะการดำเนินของโรคเรื้อรัง
 - 3.4 ผลกระทบของภาวะโรคเรื้อรัง
4. ภาวะสุขภาพ
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย
 - 4.2 มิติทางสุขภาพ
 - 4.3 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลาง (Intermediate Care)
6. ความต้องการทางสุขภาพ
 - 6.1 ความหมายของความต้องการ
 - 6.2 ประเภทของความต้องการ
 - 6.3 ประเภทของความต้องการด้านสุขภาพ
 - 6.4 ความต้องการการพยาบาล

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ในระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการตติยภูมิตั้งสูง หรือศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง (Excellent Center) ให้บริการทางการแพทย์ครบทุกสาขาวิชา เป็นสถานบริการสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะรับการส่ง-ต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรักษาให้การศึกษาและ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งมีการศึกษาค้นคว้า วิจัยเพื่อให้มีการพัฒนาการทางด้านวิชาการ ทั้งในด้านการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล สนับสนุนและนิเทศงานให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดพื้นที่ รับผิดชอบทางวิชาการด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ รวมทั้งสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง หรืออำเภอใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นอยู่ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางด้านต่างๆ เช่น การคมนาคม การศึกษา เศรษฐกิจ การรักษาความปลอดภัยของประเทศ เป็นต้น

โรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน ชีตความสามารถของแพทย์สามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก และสามารถทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้ชำนาญได้ จัดเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาโรคได้ครบถ้วนทุกสาขาการรักษาพยาบาล (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2550) โรงพยาบาลศูนย์มี 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลศูนย์ที่จำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 500-600 เตียง และโรงพยาบาลศูนย์ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล 600-1000 เตียง เรียกว่า โรงพยาบาลมหาราช หรือโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาค ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์ แบ่งตามส่วนราชการออกเป็น 12 เขต ให้บริการแก่ประชาชนทั้งในเขตศูนย์กลางและเขตของส่วนภูมิภาค มีทั้งหมด 25 แห่ง ดังนี้

ภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
- 2) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง
- 3) โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่
- 4) โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
- 5) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 6 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลมหาสารคามนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
- 2) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
- 4) โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
- 5) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
- 6) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ภาคตะวันออก จำนวน 4 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี
- 2) โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
- 3) โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง
- 4) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี

ภาคกลาง จำนวน 5 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
- 2) โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
- 3) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดสุพรรณบุรี
- 4) โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- 5) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 3) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- 4) โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา
- 5) โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

1.2 ขอบเขตงานของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้กำหนดไว้ให้โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลที่สามารถจัดให้บริการรักษาโรคได้ครบทุกสาขา เป็นศูนย์กลางการให้บริการสาธารณสุขในแต่ละภาค แต่ละเขตตามระบบเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) ดำเนินงานด้านการให้การรักษายาบาลเป็นส่วนมากถึงร้อยละ 80 และเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มีหน้าที่ ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นกว่าโรงพยาบาลทั่วไป โดยเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง หรือศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง ให้บริการทางการแพทย์ครบทุกสาขาเป็นสถานบริการสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะรับการส่ง-ต่อผู้ป่วย เพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรักษา สนับสนุนและนิเทศงานให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในจังหวัดพื้นที่ ดังนั้นลักษณะงานและขีดความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์ จึงมีดังนี้

1.2.1 งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีร้อยละ 25 ของงานทั้งหมด ดำเนินงานร่วมกับ สสจ. สสอ. เทศบาลและสสม. ในงานสาธารณสุขพื้นฐาน ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานบริการใดอื่นรับผิดชอบ ส่งเสริม สนับสนุนงานสาธารณสุขพื้นฐานของระดับตำบลและหมู่บ้าน

1.2.2 งานด้านรักษาพยาบาล ให้บริการในลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา

1.2.3 งานศึกษาฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษา แพทย์ นักศึกษาเภสัช แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล นักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ

1.2.4 งานด้านวิจัย ได้แก่ Clinical Research, Biomedical Research, Health Service Research เพื่อพัฒนางานด้านวิชาการ ทั้งในด้านการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล พัฒนาความรู้ความสามารถของแพทย์ประจำโรงพยาบาล ให้มีความรู้ความสามารถในทุกสาขาวิชาในระดับผู้ชำนาญเฉพาะโรคและเวชศาสตร์ชุมชน

1.3 หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์ เป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพตามระบบเครือข่ายการพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุข (พบส.) มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยที่ต้องการความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปตามขั้นตอนการส่งต่อ เป็นสถานที่ให้การฝึกอบรมในเรื่องสุขภาพอนามัยหลายหลักสูตรแก่นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป (สมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2544) หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ มีดังนี้

1.3.1 การให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลทุกสาขาวิชาทาง การแพทย์และฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอกและผู้ป่วยภายใน ที่มารับการรักษาทั้งทาง ภายและจิตใจร่วมมือในการรักษาพยาบาลแบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ และรักษาพยาบาลใน ท้องที่ห่างไกลทางวิทยุ

1.3.2 ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก วางแผน ครอบครัวยุ โภชนาการ การศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาผู้ติดยาเสพติด การ สังคมสงเคราะห์ ควบคุมป้องกันโรคติดต่อ สร้างภูมิคุ้มกันโรคตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข

1.3.3 ให้บริการชั้นสูงตรสาธารณสุขในโรงพยาบาล และหน่วยบริการ สาธารณสุขทุกแห่งภายในเขตรับผิดชอบ

1.3.4 จัดดำเนินการตามระบบรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อตรวจหรือรักษาต่อให้มี ประสิทธิภาพ

1.3.5 ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์แก่โรงพยาบาลและ สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ ตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย

1.3.6 ให้การสนับสนุนด้านซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตรับผิดชอบ

1.3.7 ศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาการทางวิชาการในด้านการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

1.3.8 ดำเนินงานด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งการจัดห้องสมุดให้มีเอกสารทางวิชาการให้เพียงพอแก่บุคลากร

1.3.9 รวบรวมสถิติข้อมูลต่างๆ และจัดทำเป็นรายงานเสนอศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตที่รับผิดชอบทางวิชาการ ด้านการรักษาพยาบาลและอื่นๆ

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลศูนย์จึงมีการปรับบทบาทด้านการให้บริการ เพื่อสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548)

1) จัดกระบวนการบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการและรับผิดชอบต่อดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการที่อยู่ในพื้นที่รอบโรงพยาบาล ที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที

2) จัดกระบวนการบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้บริการผู้ป่วยในที่ต้องการการดูแลรักษาที่เป็นบริการเฉพาะทาง และต้องใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาล โดยการบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีลักษณะดังนี้

(1) ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

(2) มีบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือในการบริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด

(3) มีระบบรองรับการให้การรักษาฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(4) มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่าง และมีการรับส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสมมีระบบการกำกับและการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการรักษาโรคที่ยุ่ยาก ซับซ้อนรุนแรง บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญในการดูแลรักษา และมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอ เพื่อให้สามารถดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแหล่งศึกษา ฝึกอบรมของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพและสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยทุกประเภทและประชาชนทั่วไปอย่างไม่จำกัดจำนวน ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์กรพยาบาล จึงต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการ เพื่อการพยาบาลที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร

1.4 ลักษณะหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาผู้ป่วยด้านอายุรกรรมอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่แรกรับ ขณะพักรักษาตัวจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรังตลอด 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยมีอัตราการครองเตียง 98.21% จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย 5.28 วัน กลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปอดอักเสบ เป็นต้น กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งทุกอวัยวะ ตามลำดับ (ข้อมูลจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2553)

ผู้ป่วยที่รับบริการ ณ. โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในจังหวัด และได้รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในเครือข่าย มีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง และมีปัญหาซับซ้อนในการดูแล เช่น โรคเลือด มีภาวะเลือดออกในสมอง และโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นกลุ่มหลักประกันสุขภาพ รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ และกลุ่มประกันสังคม ความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่

เป็นความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งมีประเด็นคุณภาพที่สำคัญ คือ ความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแล ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ในผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อและญาติกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลและคัดกรอง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นหอผู้ป่วยทุกหอ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องให้การพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการรักษาแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

2. ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน มีทีมสุขภาพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดทักษะที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยนำเอาทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้อยู่อย่างปกติที่สุด การวางแผนจำหน่ายเป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่าย เพื่อลดอัตราการ Re-admit และ LOS ของผู้ป่วยตาม CPG แต่ละโรค โดยสามารถวางแผนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อลดความแออัด การลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานจากภาวะผู้ป่วยสิ้นเตียง และการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับชุมชน

การวางแผนการจำหน่าย และการวางแผนการดูแลที่บ้าน ต้องปฏิบัติควบคู่กันเป็นการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลต่อเนื่องได้รับความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เจ้าหน้าที่ที่จะดูแลต่อสามารถทราบข้อมูลการรักษาของแพทย์และมีการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยมีมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งมีการกำหนดมาตรฐานการวางแผนการดูแลและการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกัน
 อย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย

(1) มีการจัดทำแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างเชื่อมโยงและ
 ประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ

(2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จาก
 การประเมิน อย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ
 สังคม เศรษฐกิจ คำนึงถึงวิถีชีวิต ข้อจำกัด ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ครอบครัว

(3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็น
 แนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

(4) ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูล
 ที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและบริการที่
 จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย

(6) มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการเพื่อให้มีการ
 นำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมี
 ความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

(7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรือ
 อาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

การวางแผนจำหน่าย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล
- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง
- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การดูแลต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี

- (1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
- (2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- (3) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

(4) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

(5) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต

จากระบบการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาลศูนย์ในปัจจุบัน พบว่า เป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่าย เพื่อลดอัตราการ Re-admit และ LOS ของผู้ป่วยตาม CPG แต่ละโรค การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อลดความแออัด และการลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานจากภาวะผู้ป่วยล้นเตียง ซึ่งระบบการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทั่วไป มีการทำตามระบบที่มีการวางแผนไว้ตามแต่ละโรคและต้องทำให้ได้ตามแผนเพื่อให้ตัวชี้วัดได้ผลตามเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นองค์รวม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับความต้องการที่แท้จริง

การวางแผนการดูแลต่อเนื่องเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญ ของทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลถือว่ามีความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง เพราะการวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง จากที่เคยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพมาดูแลกันเอง และการดูแลนั้นจะต้องเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีประสิทธิภาพและมีการฟื้นฟูสภาพที่รวดเร็วตามอัตรภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการทางการพยาบาลที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมักมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ง่าย มีการฟื้นฟูได้ช้า ทำให้มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้นเมื่อออกจากโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ ในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นการดูแลในลักษณะองค์รวมได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ มีการประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยเหล่านี้ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างเป็นระบบ (พูนสุข เจนพานิชย์, 2546)

3. แนวคิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3.1 ความหมายของภาวะโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติหรือแปรปรวนของหน่วยย่อยทางด้านกาย จิต และสังคมของบุคคล ภาวะเรื้อรัง (Chronicity) ตามพจนานุกรมมีความหมายว่า ความยืดเยื้อ (ทวิศักดิ์, 2531)อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีความยืดเยื้อ ยาวนาน ไม่มีทางช่วยเหลือให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ดังนั้นโรคเรื้อรังก็หมายความว่าถึงโรคที่เป็นนาน รักษาไม่หาย มีอาการของโรคแบบเป็นๆ หายๆ ถ้าเป็นพฤติกรรม เช่น ความเจ็บปวดเรื้อรัง ก็หมายความว่าถึงพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดขึ้นเป็นเวลาติดต่อกันนานๆ ซึ่งการให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อกำหนดขอบเขตของทิศทางให้ชัดเจนและครอบคลุมขอบเขตของความเรื้อรังไปจนถึงความพิการ จะพบปัญหาในการวัดความพิการว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัย สภาวะและความรุนแรงของโรค แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น อายุ ระยะพัฒนาการ การปรับตัว การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และความจำกัดในกิจวัตรประจำวัน (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536)

Abram (1972 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รวมถึงพฤติกรรมของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วย ภาวะเรื้อรังหมายถึง การสูญเสียหน้าที่และการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆทำให้ร่างกายและบุคคลต้องมีการปรับตัว

Cluff (1981 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่กว้างขึ้น โดยอธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นพยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการ

ของแพทย์ แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมโรค และการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

Lubkin (1995) กล่าวว่า ภาวะเรื้อรังเป็นภาวะที่ไม่สามารถฟื้นฟูคืนสู่สภาพเดิมได้ โรคมีความรุนแรงสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจสงบนิ่งหรือมีความพิการต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคลเพื่อดูแลแบบประคับประคอง การดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการป้องกันความพิการ

Lubkin and Larson (2002) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ความอยู่รอดและความตายจะดำเนินไปด้วยกัน ความเจ็บป่วยจะเป็นสัญลักษณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ภาวะเรื้อรังอาจมีหลายรูปแบบ อาจเกิดขึ้นทันทีหรือค่อยเป็นค่อยไป มีระยะกำเริบและระยะสงบ

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ (2544) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคนานไม่หายขาด ต้องการการรักษาต่อเนื่อง มักทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพของร่างกาย และความพิการ อาการของโรคมีความไม่แน่นอน อาจจะสงบ (Remission) และกำเริบได้ (Exacerbation) ช่วงที่มีอาการกำเริบจะมีอาการรุนแรงคล้ายกับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออยู่ในขั้นวิกฤติได้

จากรุวรรณ มานะสุการ (2544) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง ภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีระยะการดำเนินของโรคนานเกิดขึ้นอย่างซ้ำ ๆ อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่แน่นอน มักไม่หายขาดแต่สามารถทำให้อาการทุเลา ไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นอีกเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายอย่างซ้ำ ๆ และถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ดังนั้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง ภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีระยะการดำเนินของโรคนานเกิดขึ้นอย่างซ้ำ ๆ การดำเนินของโรคนานไม่หายขาด ต้องการการรักษาต่อเนื่อง มักทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพของร่างกายไม่สามารถฟื้นฟูคืนสู่สภาพเดิม

ได้ ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ และโรคมีความรุนแรงสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ ต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

3.2 ความสำคัญของภาวะโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัวของบุคคล ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นภาวะที่บุคคลจะต้องตระหนักถึงความรุนแรงของผลเสียที่เกิดขึ้น จะต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ บุคคลจะไม่สามารถสังเกตอาการได้ในระยะแรก ทำให้เป็นโอกาสของพยาธิสภาพที่จะลุกลามเป็นมากขึ้นจนถึงขั้นรุนแรง เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งบ่งบอกถึงว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นอันตรายต่อชีวิตทำให้การรักษาโรคอาจกระทำได้น้อยลง การพยากรณ์โรคไม่ดีและทำให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น

2) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบมีระยะที่โรคสงบ (Remission) และมีระยะที่โรคกำเริบ (Exacerbation) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีระยะของการ “เป็นๆ หายๆ” บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อได้รับการรักษาจนมีระยะที่โรคสงบเกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่าความเจ็บป่วยหรือโรคได้รับการรักษาจนหายขาด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงลักษณะโรค ก็อาจคิดไปเองว่า ตนเองได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว และเมื่อเข้าใจเช่นนี้ ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ดูแลรักษาตนเองต่อเนื่อง กลับดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้โรคกำเริบลุกลามขึ้นมาอีกได้ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเข้าใจและยอมรับในลักษณะของโรคที่มีระยะสงบและระยะกำเริบดังกล่าว

3) การเปลี่ยนแปลง หรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การรักษาก็ไม่ช่วยให้โรคและพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาด จึงทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล เกิดความท้อแท้ หหมดหวัง ในการรักษา มีปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาอื่นๆ ทำให้แสวงหาการรักษารูปแบบต่างๆ (Alternative Modalities)

3.3 การแบ่งระยะการดำเนินของโรคเรื้อรัง

การแบ่งระยะการดำเนินของโรคช่วยให้เข้าใจธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของโรคในแง่พยาธิสภาพ โดยมีผู้ศึกษาปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและแบ่งระยะการดำเนินของโรคเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีระยะการดำเนินของโรคนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว บางช่วงระยะเวลาการดำเนินของโรคอาจไม่มีอาการปรากฏให้เห็น แต่ในบางขณะก็อาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้ อาการของโรคจะมีลักษณะไม่แน่นอนไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น Corbin and Strauss (1992) ได้เสนอแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (The Chronic Illness Trajectory Framework) ซึ่งทำให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคได้ชัดเจนขึ้น โดยแบ่งระยะการดำเนินของโรคเรื้อรังเป็น 8 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเกิดโรค (Pretrajectory Phase) เป็นระยะก่อนที่จะมีการดำเนินของโรคซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรืออาการแสดงปรากฏให้เห็น

ระยะที่ 2: ระยะเริ่มต้นการดำเนินโรค (Trajectory Onset Phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก และเป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค บุคคลเริ่มมีการค้นพบและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3: ระยะวิกฤต (Crisis Phase) เป็นระยะที่อาการ และอาการแสดงของโรคมีการคุกคามชีวิต เป็นระยะที่มีการตอบสนองต่อพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของโรคที่คุกคามต่อการทำงานในระบบต่างๆของร่างกาย

ระยะที่ 4: ระยะรุนแรง (Acute Phase) เป็นระยะที่มีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง อาการมีความรุนแรงมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ อาจเกิดจากพยาธิสภาพและจากการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นให้ทุเลาลง

ระยะที่ 5: ระยะคงที่ (Stable Phase) เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมอาการได้ เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ

ระยะที่ 6: ระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลง (Unstable Phase) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมอาการหรือการดำเนินของโรค ต้องการการรักษาโดยตรงเพื่อให้เข้าสู่ภาวะที่ปกติ

ระยะที่ 7: ระยะมีอาการทรุดลง (Downward Phase) เป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางสภาพร่างกายและจิตใจ และมีลักษณะของอาการหรือความพิการเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะพยายามที่จะควบคุมหรือยับยั้งอาการที่เกิดขึ้น แต่อาการก็ยังคงค่อยๆ ทรุดลงจนกระทั่งตาย เป็นระยะที่อาการไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ระยะที่ 8: ระยะใกล้ตาย (Dying Phase) เป็นระยะที่ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุดท้ายของชีวิต ทำให้อาจเกิดการตายกะทันหัน หรือความตายที่กำลังมาเยือนอาจเป็นชั่วโมงวัน หรือสัปดาห์

จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังมีแบบแผนการดำเนินของโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละระยะอาจมีอาการดีขึ้น แย่ลง สลับกันไปตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3.4 ผลกระทบของภาวะโรคเรื้อรัง

เมื่อบุคคลยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจรร เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายเนื่องจากโรค บุคคลจะเกิดปัญหาด้านจิตอารมณ์ตามมา ในเวลาเดียวกันความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลต้องหยุดงาน ใช้เงินเป็นค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ และเมื่อสภาพจิตใจไม่มั่นคงทำให้บุคคลขาดการดูแลตนเองตามปกติ การควบคุมโรคจึงกระทำไม่ได้ไม่เต็มที่ ละเลย ไม่ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรคหรือพยาธิสภาพลุกลามมากขึ้นเป็นวงจรร ความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นความเครียด (Stressor) ที่เป็นทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมที่สำคัญของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

เมื่อมองสุขภาพมนุษย์แบบองค์รวม จึงต้องประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ผสมกลมกลืนกัน ไม่สามารถแยกส่วนกันได้ ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นจึงต้องมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร หรือเป็นผลจากการดูแลรักษา (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างลดลง จากการทำหน้าที่ต่าง ๆ เสื่อมถอยลงมีอาการผิดปกติ ไม่สุขสบาย มีความพิการ และการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ผู้ป่วยต้องประสบปัญหากับความไม่แน่นอนจากอาการของโรคที่จะกำเริบขึ้นมาเมื่อใดก็ได้ ผลกระทบด้านร่างกายอีกอย่างหนึ่ง คือผู้ป่วยเรื้อรังมักมีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากความอยากอาหารลดลงการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จากการดูดซึมที่ไม่ดี หรืออาจมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น หรือลดลงในผู้ป่วยเรื้อรังโรคต่าง ๆ (Witte and Clark, 2002)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีข้อจำกัดด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว และควมมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย มีความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ไข้เรื้อรัง หอบเหนื่อย ต้องทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยา ต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ควมมีคุณค่าในตนเองลดลง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีภาวะซึมเศร้าและควมมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Huurre and Aro, 2002)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีความเฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (Hodges et al., 2001) รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน (Occupational Impact) ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่นการกำเริบของโรค ความพิการ การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจต้องการการพักผ่อนมากขึ้น เกิดภาวะเครียด ตลอดจนสุขภาพจิตใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิด โมโหง่าย ขาดเหตุผล หรือซึมเศร้า เป็นต้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

4) ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดการเบี่ยงเบนความเข้มแข็งทางจิตใจ ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ เปลี่ยนสิ่งยึดเหนี่ยว เช่นเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการลงโทษจากพระเจ้า ถูกอำนาจทางไสยศาสตร์ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) สรุปว่า โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติหรือแปรปรวนของหน่วยย่อยทางด้านกาย จิต และสังคมของบุคคล การดำเนินของโรคนานไม่หายขาด ต้องการการรักษาต่อเนื่อง มักทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพของร่างกายไม่สามารถฟื้นฟูคืนสู่สภาพเดิมได้ ต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นเมื่อพยาบาลที่ให้การบริการสามารถให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดภาวะสมดุลทางสุขภาพ

4. ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพเป็นสภาวะที่มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล (ประเวศ วะสี, 2541) เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของบุคคล ภาวะสุขภาพในลักษณะของความเป็นองค์รวม จะเป็นภาวะของความเป็นหนึ่งเดียวที่ผสมผสานกาย จิต และวิญญาณ เพื่อให้บรรลุถึงระดับคุณภาพชีวิตที่สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละช่วงเวลา ภาวะสุขภาพจึงเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตลอดช่วงชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา ซึ่งสามารถจะพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง การมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาความรู้ที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การมีงานทำและมีรายได้ที่เพียงพอเหลือเก็บ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งเอื้อต่อการบำรุงร่างกายให้เกิดภาวะสุขภาพ (เดชารัต สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร, และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545) ภาวะสุขภาพของบุคคลจะสะท้อนให้เห็นถึงพลังงานที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ โดยจะเป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลาเพื่อสนองความต้องการทุกๆด้านตลอดจนการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลและการปรับตัวต่อสิ่งเร้าเพราะปัจจัยที่

ส่งผลต่อภาวะสุขภาพนั้น มีตัวแปรมากมายและสลับซับซ้อน (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ, 2550) ในทางการพยาบาลนั้น ภาวะสุขภาพถือเป็นมโนทัศน์หลักขององค์ความรู้ทางการพยาบาล โดยเป็นเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล การวัดหรือประเมินภาวะสุขภาพว่าบุคคลหนึ่งมีสุขภาพดีกว่าอีกบุคคลหนึ่งนั้น เป็นสิ่งที่ยากลำบาก และการประเมินภาวะสุขภาพต้องอาศัยการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในขณะนั้นด้วย

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

การให้คำนิยามเรื่องสุขภาพ (Health) เป็นเรื่องที่ยุ้งยากขึ้นอยู่กับมิติการมองของแต่ละฝ่าย Pol and Thomas (1992) ได้สรุปแนวคิดสุขภาพตามแนวคิดต่างๆ ไว้ 4 แนวคิด ดังนี้

4.1.1 แนวคิดทางการแพทย์ (The Medical Model) มีรากฐานมาจากทฤษฎีว่าด้วยเชื้อโรคเป็นการเน้นเรื่องของอาการที่แสดงออกมาที่สามารถตรวจพบได้ ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงมีความหมายถึง ความปกติกับความไม่เป็นปกติเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถใช้ประเมินความผิดปกติหลายชนิดได้ จุดอ่อนของแนวคิดนี้คือ การที่เน้นเรื่องอาการแสดงทางคลินิกที่สามารถตรวจพบได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการประเมินภาวะบางประการ เช่น การเจ็บป่วยทางจิต

4.1.2 แนวคิดที่เน้นด้านหน้าที่การทำงาน (The Functional Model) โดยแนวคิดนี้มองสุขภาพและการเจ็บป่วยว่า เป็นการแสดงถึงระดับของความปกติทางสังคม มากกว่าความปกติทางสรีระ บุคคลที่ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก แต่หากไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในสังคมได้แล้ว ก็หมายความว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพป่วย เช่น คนติดสุราเรื้อรัง

4.1.3 แนวคิดด้านสุขภาพจิตใจ (The Psychological Model) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยการให้ตัวบุคคลเป็นผู้ประเมินตนเอง เน้นเรื่องจิตใจเป็นสำคัญโดยมองว่าความเครียดคือตัวการที่ทำให้คนเจ็บป่วย

4.1.4 แนวคิดทางด้านกฎหมาย (The Legal Model) เป็นแนวคิดที่ใช้กับการเจ็บป่วยทางจิตใจเท่านั้น ใช้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นต้องตัดสินสมรรถภาพของบุคคล เพื่อพิจารณาว่าบุคคลใดสมควรต้องถูกส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออยู่ในความควบคุมหรือไม่

4.2 มิติทางสุขภาพ

ในการดูแลสุขภาพต้องมองสุขภาพเป็นแบบองค์รวม หรือมองในลักษณะเป็นหนึ่งเดียวของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเรา มิติอันหลากหลายของสุขภาพต่างเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกันและกัน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2545) สามารถแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมเป็น 5 มิติ ได้แก่

4.2.1 มิติทางกาย เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุน ทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

4.2.2 มิติทางจิตใจ เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดภัย ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และ ลดความเห็นแก่ตัว

4.2.3 มิติทางสังคม เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้ การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาคมีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4.2.4 มิติทางจิตวิญญาณ เป็นความผาสุก ที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุดทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง

4.2.5 มิติทางอารมณ์ คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับที่การควบคุมของแต่ละบุคคล

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติซึ่งถือเป็นสภาวะจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคม ให้สอดคล้องประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็น สิ่งสำคัญของสุขภาพ ที่จะยึดกุมสภาวะในมิติอื่น ๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุม และครบถ้วน หากขาดสภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง ขาดความสมบูรณ์ในตนเองมีความรู้สึก

บกพร่อง หากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีคุณค่าสูงสุดก็มีความสุขหรือสภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่น มีความพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง (ประเวศ วะสี, 2543)

4.3 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน พบว่ามีแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือพยาธิสภาพของโรคที่มีความซับซ้อน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร มีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดมีความต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและชนิดของการเจ็บป่วยนั้น เป็นปัจจัยของภาวะสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการส่งต่อจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Victor et al., 2000)

สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เป็นเรื่องที่สำคัญโดยมุ่งหวังเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือคงสภาพของร่างกายให้ชีวิตอยู่ยาวนานอย่างมีคุณภาพ โดยปรับวิธีการดูแลตนเองให้เข้ากับแบบแผนชีวิต ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เพื่อที่จะนำผู้ป่วยไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีขาดความสมดุลของภาวะสุขภาพ และมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ หรือมีความต้องการทางการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดภาวะที่สมดุลทางสุขภาพในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความต้องการที่แตกต่างกัน ความต้องการการพยาบาลดังกล่าว เป็นความต้องการการพยาบาลในผู้ป่วยเรื้อรัง ภายหลังจากที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว

5. แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลาง (Intermediate Care)

ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่ระหว่างบริการระยะเฉียบพลันเร่งด่วน (Acute Care) และบริการระยะยาว (Long-Term Care) ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมที่จัดโดยสหวิชาชีพ โดยมีแผนการให้บริการ และเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ป้องกันการเกิดผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงบริการระยะยาวในรายที่ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาได้ และรวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร เป็นบริการที่มีระยะเวลาจำกัดปกติไม่เกิน 6 อาทิตย์ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการที่บ้านหรือในสถานพักฟื้น โดยทั่วไปประกอบด้วยการดูแลดังนี้ (Department of Health, 2001 อ้างถึงในสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

1) ทีมดูแลฉุกเฉิน (Rapid Response Teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแล นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่นๆอีกหลายสาขาที่ทำงานและให้บริการเกี่ยวข้องกับทำให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน และมีความต้องการการดูแลที่ไม่จำเป็นต้องเข้าไปรับการดูแลหรือรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาล เป็นต้น

2) บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกายอย่างใกล้ชิด (Intensive Rehabilitation Services) เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพและร่างกายให้เป็นปกติหลังจากการรักษาหรือการผ่าตัด ซึ่งปกติจะทำการบำบัดฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเท่านั้น

3) บริการสิ่งอำนวยความสะดวกในช่วงพักฟื้น (Recuperative Facilities) เป็นการให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการพักฟื้นที่โรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยยังไม่แข็งแรงพอที่จะกลับบ้านได้ เป็นบริการดูแลพยาบาลระยะสั้นที่บ้านหรือบริการอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับกรณีของผู้ป่วย

4) การจัดการระดับแพทย์ทั่วไป และสังคมสงเคราะห์ (Arrangements at GP Practice or Social Work) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One – Stop Service) ซึ่งรวมถึงการบริการหรือการประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานด้วย

5) ทีมบูรณาการการดูแลที่บ้าน (Integrated Home Care Teams) เป็นบริการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เองที่บ้าน

การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย จนเกิดภาวะทุพพลภาพชั่วคราวและต่อเนื่องไปยังภาวะทุพพลภาพถาวร นอกจากนี้หากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ไม่ได้รับบริการในระยะนี้ก็มีโอกาสสูงที่จะเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพถาวรซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระกับระบบการดูแลระยะยาวในอนาคต ทั้งนี้การดูแลระยะกลางเน้นหนักไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่การดูแลระยะยาวเน้นหนักไปที่การดูแลด้านสังคมในการดำรงชีวิตเป็นหลัก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) โดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ได้ศึกษาบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี ได้แก่ การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ระหว่างองค์กรหรือสถาบันหลัก และหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัคร เพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเชื่อมโยง และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ทั้งการประสานเพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้ป่วย

2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกัน ถือเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคมและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้

สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุดในช่วงชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่บ้าน ทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาว ขณะเดียวกันก็เป็นการลดหรือป้องกันภาวะฟุ้งฟิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้มีภาวะฟุ้งฟิงจำเป็นต้องได้รับการบริการหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้รับบริการ และปกป้องให้ปลอดภัยจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล และกำหนดเงื่อนไข และบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจน นอกจากนี้สมควรมอบข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบด้วย

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และผู้ที่เพิ่งถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่ายจะมีการบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะ การปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้วย

6) การประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง

7) การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ในการจัดบริการมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง เนื่องจากมีเวลาส่วนใหญ่

อยู่กับผู้ป่วยนอกจากนั้นจำเป็นต้องดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานด้วย

การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง ควรต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน โดยจากผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาาระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ในโรงพยาบาลดังนี้

1) ให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มีเตียงหรือหอผู้ป่วยสำหรับบริการระยะกลาง เพื่อรองรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันและเตรียมความพร้อมของญาติในการไปดูแลต่อเองที่บ้านโดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด ทั้งนี้สามารถขยายบริการไปถึงการรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากในชุมชนมาดูแลชั่วคราว (Respite Care) ขณะเดียวกันมีหน่วยให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยที่มประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลในชุมชน

2) มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษัตริกร จนท.สาธารณสุขมีนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ผู้ช่วย และนักสังคมสงเคราะห์ (ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ในทีมเนื่องจากสามารถบูรณาการและเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสังคมได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FM) หรือหัวหน้า Patient Care Team (PCT) เป็นหัวหน้าทีมหรือที่ปรึกษา มีบทบาทในการช่วยตัดสินใจ และร่วมออกดำเนิการในกรณีที่ยาก และมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นผู้จัดการทีมเป็นแกนหลักในการประสานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ในการจัดบริการแก้ปัญหาในการจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้พิการในชุมชน

3) กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานประกอบด้วย ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้มีปัญหาทางสมอง เด็กพัฒนาการช้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้

4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายร่วมกับ สอ. และ อบต.เดือนละครั้ง

5) ทั้งนี้โรงพยาบาลควรมีระบบค่าตอบแทน แรงจูงใจในการออกทำงานในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เนื่องจากการออกให้บริการในชุมชนนั้นมีความยากลำบากเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับการให้บริการในหน่วยบริการ ขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากแต่เข้าไม่ถึงบริการ

ทัศนาศูนย์ (2543) ได้เสนอทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลพิเศษและผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยี ดังนี้

- 1) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ประสานกับบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจและส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วย
- 3) ร่วมให้การดูแลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรทางสุขภาพในระยะแรก เพื่อป้องกันความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกรให้การบริการของเอกชนหรือรัฐบาลที่รับผิดชอบโดยตรงในผู้ป่วยลักษณะดังกล่าว แต่การให้การบริการมีการสอดแทรกเข้าไปในชุมชนโดยอาศัยสถานีนอนามัย หรือวัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลกลับบ้าน และในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่รองรับระบบการบริการ Intermediate Care ตามลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยเรียกว่า สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังโดยวิธีการทางการแพทย์ กายภาพบำบัด เวชกรรมทั่วไป และอาจมีบริการทันตกรรมหรือประกอบโรคศิลปะอื่นร่วมด้วย และการดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายภาพบำบัด (กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากสถานการณ์จริงที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่สืบเนื่องจากการที่มีการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้รับบริการโดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of stay : LOS) สั้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) กำหนด เพื่อให้การจัดระบบบริการสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพยุคใหม่ที่ประชาชนต้องได้รับการกำหนดค่าใช้จ่ายตามระบบการจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ระบบการบริหารคุณภาพการพยาบาล จึงใช้ระบบบริการพยาบาล (Nursing System) ที่เรียกว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) มาใช้ในการปฏิบัติกรวางแผนการจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้านและอยู่ในชุมชนได้โดย

ไม่ต้องกลับมานอนในโรงพยาบาล (Re-Admit) โดยเมื่อส่งผู้ป่วยสู่ชุมชนแล้วจะมีที่มการพยาบาล ให้การบริการพยาบาลต่อโดยการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) แต่ในการปฏิบัติดังกล่าวทำให้ ตัวชี้วัด LOS และ Re-Admit ได้ผลในระดับหนึ่ง แต่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการ พยาบาลของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ซึ่งยังคงมีผู้ป่วยที่มี LOS ยาวและการ Re-Admit และยังมีแนวโน้ม ที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

สรุปว่า ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่ ระหว่างบริการระยะเฉียบพลันเร่งด่วน (Acute Care) และบริการระยะยาว (Long-Term Care) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและสูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้ที่ให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้จึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีความ เข้าใจถึงลักษณะการดำเนินของโรค และความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อให้การบริการ พยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระ ให้ได้มากที่สุด

6. ความต้องการทางสุขภาพ

6.1 ความหมายของความต้องการ

บุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจในภาวะ เจ็บป่วยบุคคลย่อมมีความต้องการมากกว่าในภาวะปกติ (Yura and Walsh, 1983) ได้มีผู้ศึกษา เกี่ยวกับความต้องการและได้ให้ความหมายของความต้องการไว้ดังนี้

Kreagel et al. (1974) ให้ความหมายของความต้องการของผู้ป่วยไว้ว่า ความ ต้องการ หมายถึง ความปรารถนาในสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข เพื่อ รักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

Yura and Walsh (1983) ได้กล่าวไว้ว่า ในเวลาที่บุคคลมีความเจ็บป่วยมีภาวะ เครียด จะมีผลทำให้เกิดความต้องการทั้งทางด้านให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ด้านความใกล้ชิด ด้านสิทธิ เสรีภาพเพื่อให้การดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งเป็นความต้องการที่อยากได้รับและต้องการการรักษาดูแล และเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ

Alando (1972 cited in Schmieding, 1984) ได้ให้ความหมายของความ ต้องการของผู้ป่วยไว้ว่า เป็นความต้องการที่จะลดความไม่สุขสบายต่างๆ และปรับสภาพของตนเองให้เกิดความรู้สึกพอดีหรืออยู่ดี ถ้าได้รับการตอบสนองจะช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

Ellis and Newlis (1994) กล่าวไว้ว่า บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างกันตามอายุ สถานภาพ และตามวุฒิภาวะของตนเอง ซึ่งในที่นี่ได้รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

Taylor et al. (2001) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลมีความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

Potter and Perry (2007) ได้กล่าวว่า ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการอากาศ ความต้องการอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อม อุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสมเป็นความต้องการที่ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้

สรุปได้ว่า ความต้องการ หมายถึง ความปรารถนาหรือความประสงค์ในสิ่งๆ ที่จำเป็นต่างๆ ที่ช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

"การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปว่า ความต้องการการพยาบาล หมายถึง ความปรารถนาหรือประสงค์ที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เรื่องการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ จากบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และมีภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต มีผู้ศึกษาแบ่งประเภทของความ ต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ดังนี้

6.2 ประเภทของความ ต้องการ

Henderson (1966) ได้กล่าวถึงความ ต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่มีความจำเป็นและเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- 1) ความต้องการหายใจอย่างเป็นปกติ
- 2) ความต้องการอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 3) ความต้องการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย
- 4) ความต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย
- 5) ความต้องการได้เครื่องนุ่งห่ม
- 6) ความต้องการพักผ่อนนอนหลับ
- 7) ความต้องการรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ
- 8) ความต้องการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่
- 9) ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 10) ความต้องการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทางวาจาและได้แสดงออกทางอารมณ์
- 11) ความต้องการได้นับถือศาสนาที่ตนเองศรัทธา
- 12) ความต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน
- 13) ความต้องการได้ร่วมในนันทนาการ
- 14) ความต้องการเรียนรู้และค้นพบสิ่งใหม่

Maslow (1970) แบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ชั้น เรียงลำดับดังนี้

1) ต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) หรือความต้องการทางด้านสรีระหรือความต้องการทางกายภาพเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์และเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร อากาศ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค การพักผ่อน ความต้องการทางเพศ ความต้องการประเภทนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเหนือความต้องการขั้นอื่นๆ ก็ต่อเมื่อตกอยู่ในภาวะขาดแคลน หากความต้องการทางกายซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ความต้องการในระดับต่อไปก็จะตามมา

2) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (Safety and Security Needs) คือความต้องการขั้นต่อมาหลังจากความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการความปลอดภัยจากความกลัวภัยอันตรายต่างๆ ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจและความมั่นคงทาง

เศรษฐกิจ ต้องการการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะได้รับความมั่นคงปลอดภัยและความอบอุ่นใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อจิตใจ

3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and Love Needs) บุคคลต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือคนอื่นๆ ในสังคม ต้องการเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งต้องการที่จะรักใคร่ผู้อื่นด้วย เมื่อความต้องการทางร่างกายและความต้องการความปลอดภัยได้รับการตอบสนองอย่างพอใจแล้ว ความต้องการความปลอดภัยได้รับการสนองอย่างพอใจแล้ว ความต้องการทางสังคมก็จะเกิดขึ้น ความต้องการทางสังคมซึ่งอยู่ในระดับถัดไปจากความต้องการ 2 ประการแรกดังกล่าวแล้ว จะเข้าครอบงำพฤติกรรมของบุคคลนั้น เพราะมนุษย์ชอบรวมกลุ่ม ชอบอยู่ร่วมกัน นอกจากนั้นยังต้องการการยอมรับและการให้มิตรภาพ ความรักจากเพื่อนและสังคม อันเป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

4) ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem Needs) นอกจากมนุษย์จะมีความต้องการมีเพื่อนฝูงหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแล้ว มนุษย์ยังมีความต้องการการยกย่อง ความยกย่อง สรรเสริญจากผู้อื่น มีความต้องการนับถือตนเอง (Self Respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น (Esteem from Other) คือ ความต้องการมีเกียรติยศ การได้รับการยกย่อง ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5) ความต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการให้เกิดความสมหวังทุกอย่างในชีวิต ประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง บุคคลที่จะเกิดความ ต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิตนั้น ต้องได้รับการตอบสนองความต้องการลำดับขั้นก่อน จนเกิดความพึงพอใจจึงจะมีความต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิต

Rines and Montag (1976) แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) คือ ความต้องการพื้นฐานที่ต้องบรรลุเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นปกติสุข ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ออกซิเจน การขับถ่ายการควบคุมอุณหภูมิ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ความต้องการเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ความต้องการความสะดวกของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการทางด้านจิตใจ (Psychological Needs) ประกอบด้วยความต้องการความรัก ความต้องการเป็นเจ้าของและการยอมรับของกลุ่ม ความต้องการความมั่นคง ความต้องการความเป็นอิสระและการพึ่งพาอาศัย ความต้องการความสำเร็จ และการยอมรับนับถือและความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง

3) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) ความต้องการด้านนี้เชื่อว่าพัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่ง หรือส่วนของสังคมที่เรียกว่า ศาสนา แต่ละศาสนาจะมีพิธีการต่างๆตามความเชื่อที่เชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลได้บรรลุความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ถ้าหากความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการบรรลุ บุคคลจะเกิดความตึงเครียด และความสามารถในการทำงานจะลดลงความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายใต้พฤติกรรมของมนุษย์ แต่จะอยู่ลึกลงไปหรือถูกเก็บไว้ในจิตใต้สำนึก ความต้องการส่วนนี้ ได้แก่ ความต้องการในความเชื่อความหวัง ความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ความมีเหตุผลที่จะเป็น หรือกระทำตามเป้าหมายของตนเอง ความต้องการความอบอุ่นใจ และปลอบใจ และความต้องการเสรีภาพ

6.3 ความต้องการทางสุขภาพ

Kraegel et al. (1974) แบ่งประเภทความต้องการของผู้ป่วยดังนี้

1) ด้านความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอากาศ การพักผ่อน การนอนหลับ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่พอเหมาะ ความสะอาดของร่างกาย ความปลอดภัย การได้อยู่ในที่สงบ การเคลื่อนไหวอย่างอิสระ การเป็นอิสระจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย

2) ด้านความต้องการทางจิตสังคม (Socio-Psychological Needs) เป็นความต้องการควบคุมตนเอง การทำทนายและความสำเร็จ ความมั่นคงปลอดภัย การปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ การยอมรับ การเคารพนับถือคุณค่าในตนเอง การได้รับการเอาใจใส่จากผู้อื่น ความเป็นส่วนตัวทั้งร่างกายและจิตใจ

3) ด้านความต้องการทางสิ่งแวดล้อม (Environment Needs) ความต้องการสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้มองสิ่งแวดล้อมทั้งระบบ ประกอบด้วย 5 ประการ คือ ความไว้วางใจหรือความ

น่าเชื่อถือ ความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน ความยืดหยุ่นได้ ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม และความปลอดภัยจากบุคคลอื่น

Massner (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1) การรับฟัง พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนเองให้พยาบาลทราบ เมื่อพยาบาลแสดงถึงความต้องการและยอมรับฟังผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ได้รับความสนใจนี้ พยาบาลจึงไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงได้ และผู้ป่วยไม่ต้องการคำถามที่เกิดจากความคิดเห็นของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตั้งใจรับฟังและใช้ศิลปะในการฟัง เพื่อจะได้ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

2) การถามความต้องการ การถามความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองได้ แต่ถ้าพยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วย จากความคิดของตนเองและมีความคลาดเคลื่อนผิดพลาด เนื่องจากพยาบาลจะเข้าใจในกระบวนการของโรคมากกว่าตัวผู้ป่วย

3) การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือแสดงออก สิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเห็นถึงความสำคัญ เช่น เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดพยาบาลควรเชื่อเนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง พยาบาลไม่ควรพูดว่าอย่าวิตกกังวลเลย และเห็นเป็นเรื่องปกติ แต่ควรให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวด ซึ่งอาจเป็นแค่การประคบประครองด้วยการยอมรับและเห็นความสำคัญของตัวผู้ป่วยเท่านั้น

4) การให้การพยาบาลโดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยไม่ใช่โรคที่เป็น ผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในตัวเขามากกว่าตัวโรค และต้องการสัมพันธภาพที่ดี การประเมินผู้ป่วยจากแฟ้มผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสม เพราะมีสิ่งอื่นอีกมากจากตัวผู้ป่วย นอกเหนือจากยาและผลการตรวจทางห้องทดลอง

5) การพูดกับผู้ป่วยไม่ใช่พูดถึงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกพูดถึงเหมือนไม่มีตัวตนอยู่ขณะนั้น หรือให้การรักษาพยาบาลเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น การพูดศัพท์ทางการแพทย์ หรือการใช้ภาษาทางวิชาการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการแสดงให้เห็นว่าสนใจในตัวผู้ป่วยและควรแนะนำตนเองเมื่อพบผู้ป่วยในระยะแรก

6) การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นทราบ เรื่องการเจ็บป่วยของตน เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการถามเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พยาบาลควรต้องให้ความระมัดระวัง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

7) การที่ไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย เมื่อจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรอ พยาบาลควรบอกเหตุผล ด้วยคำพูดที่สุภาพ เพื่อให้ผู้ตระหนักว่า พยาบาลยังเห็นความสำคัญของตนเสมอ และการอธิบาย ถึงเหตุผลนั้น อาจมีความจำเป็นต้องเสนอทางเลือกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่หมดหนทาง

8) อธิบายวิธีการปฏิบัติ ผู้ป่วยมักถูกบอกให้ทำตามคำสั่ง โดยที่ไม่มีการสอบถามถึงความเข้าใจ หรือประเมินความสามารถที่จะปฏิบัติได้ เช่น ให้ออกกำลังกาย ให้งดอาหารไขมันสูง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจของผู้ป่วยและความรู้สึกว่าจะมีความเข้าใจ

9) การให้ข้อมูล ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล พยาบาล ควรประเมินผู้ป่วยและญาติ เพื่อการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น การจัด เอกสารหรือการให้คำอธิบาย แนะนำ และควรให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของโรค เป็นระยะเสมอ ไม่ควรรอที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้านเท่านั้น

10) ความจำเป็นเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย การจำประวัติของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะ ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักต้องการเล่าอดีตให้ฟัง พยาบาลควรให้ความสำคัญและจำสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

11) การอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการอยู่ โรงพยาบาลและรู้สึกไม่พอใจเมื่อไม่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ แม้ว่าจะรู้ถึงการดูแลอย่างดีที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรับรู้และตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

Holland et al. (1998) ได้เสนอแนวคิดความต้องการการพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านทักษะการดูแลที่จำเป็น (Anticipated Skilled Care Requirements for Discharge) และด้านการดูแลต่อเนื่อง (Meeting Continuing Care Needs)

Bonevski et al. (2000) เสนอแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการการสนับสนุนการดูแลใน 5 ด้าน คือ

1) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychologic Needs) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการเผชิญปัญหา

2) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร (Health System and Information Needs) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาล และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษา และการมารับการรักษาตามนัด

3) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทางด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and Daily Living Needs) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหากับอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา อาการข้างเคียงจากการรักษา และการมีกิจวัตรประจำวัน

4) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ (Patient Care and Support Needs) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความไวของ تیمสุขภาพที่จะตอบสนองต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความเป็นส่วนตัวการให้ทางเลือกในการรักษา

5) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ (Sexuality Needs) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพทางเพศในเรื่องของความต้องการการได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางเพศ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

Gao et al. (2009) ได้แบ่งความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็น 3 ด้าน คือ

1) ความต้องการด้านข้อมูล เป็นความต้องการได้รับการชี้แจงข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย อาการและอาการแสดงของโรค การใช้ยา การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกาย อาหาร การทำงานหลังผ่าตัด การฟื้นฟูของโรค และแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา

2) ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่ต้องบรรลุเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ได้เป็นปกติสุข ประกอบด้วย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผล การทำกิจวัตรประจำวัน การลด

ความเจ็บปวด การจัดการความไม่สุขสบาย การจัดการความอ่อนแรง การจัดการระบบขับถ่าย การจัดการภาวะทุพโภชนาการ

3) ความต้องการด้านจิตใจ เป็นความต้องการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ การส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ ด้านอารมณ์ การมีคุณภาพชีวิต การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเข้าใจในโรคที่เป็น การวางแผนอนาคต

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้เสนอความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง 11 ด้าน ดังนี้

- 1) การรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ
- 2) โภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน
- 3) การขับถ่าย
- 4) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม
- 5) การพักผ่อนนอนหลับ
- 6) สติปัญญาและการรับรู้
- 7) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์
- 8) บทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม
- 9) เพศสัมพันธ์และการสืบพันธุ์
- 10) การจัดการความเครียด
- 11) ความเชื่อและค่านิยม

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้วิเคราะห์แนวคิดความต้องการการพยาบาลมาแสดงไว้

ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิด ความต้องการการพยาบาล	Henderson (1966)	Kraegel et al. (1974)	Rines and Montag (1976)	Yura and Walsh (1983)	Bonevski et al. (2000)	Gao et al. (2009)
1) ความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหาร อากาศ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยา รักษาโรค	√	√	√	√	√	√
2) ความต้องการการพักผ่อน นอนหลับ	√	√	√	√		√
3) ความต้องการทางเพศ			√	√	√	√
4) ความต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย	√					
5) ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม	√	√	√			
6) ความต้องการด้านความปลอดภัยจากบุคคล		√		√		
7) ความต้องการการปกป้องตนเองจากความกลัว วิตกกังวล ความสับสน วุ่นวาย				√		
8) ต้องการการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย					√	√
9) ความต้องการการปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่		√				
10) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ			√	√		
11) ความต้องการความอบอุ่นใจ และปลอดภัย		√	√			

แนวคิด ความต้องการการพยาบาล	Henderson (1966)	Kraegel et al. (1974)	Rines and Montag (1976)	Yura and Walsh (1983)	Bonevski et al. (2000)	Gao et al. (2009)
12) ความต้องการความภาคภูมิใจ มีคุณค่า			✓	✓		
13) ความต้องการการยอมรับ ความยกย่องจากตนเอง		✓		✓		
14) ความต้องการการยอมรับ ความยกย่องจากผู้อื่น			✓			
15) ความต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิต	✓	✓	✓			
16) ความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17) ความต้องการขับถ่ายขับของเสียออกจากร่างกาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18) ความต้องการรับรู้ความจริงที่ถูกต้อง				✓	✓	✓
19) ความต้องการความไว้วางใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ				✓		
20) ความต้องการอารมณ์ขันเป็นการแสดงออกถึงความร่าเริง ทำให้ผ่อนคลายความเครียด				✓		
21) ความต้องการความนุ่มนวล ความมีเมตตาและความอ่อนโยน				✓		
22) ความต้องการได้ให้ความรักแก่ผู้อื่น และได้รับความรักจากผู้อื่น			✓	✓		

แนวคิด ความต้องการการพยาบาล	Henderson (1966)	Kraegel et al. (1974)	Rines and Montag (1976)	Yura and Walsh (1983)	Bonevski et al. (2000)	Gao et al. (2009)
23) ความต้องการภาพลักษณ์ที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง				✓		
24) ความต้องการมีอิสระในตนเอง มีสิทธิที่จะเลือกในสิ่งที่ตนเองพอใจ				✓	✓	
25) ความต้องการการมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับสุนทรียภาพ				✓		
26) ความต้องการแนวคิด ความมีเหตุผล การร่วมแก้ไขปัญหา				✓		✓
27) ความต้องการเป็นอิสระจากความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น		✓		✓		✓
28) ความต้องการประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ			✓	✓		
29) ความต้องการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่	✓	✓	✓			✓
30) ความต้องการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น	✓				✓	✓
31) ความต้องการได้นับถือศาสนาที่ตนเองศรัทธา	✓		✓			
32) ความต้องการเรียนรู้และค้นพบสิ่งใหม่	✓					
33) ความต้องการความเป็นส่วนตัวทั้งร่างกายและจิตใจ		✓		✓		

แนวคิด ความต้องการการพยาบาล	Henderson (1966)	Kraegel et al. (1974)	Rines and Montag (1976)	Yura and Walsh (1983)	Bonevski et al. (2000)	Gao et al. (2009)
34) ความต้องการการช่วยเหลือการเผชิญปัญหา					√	√
35) ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาล					√	
36) ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษา					√	√
37) ความต้องการการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย						√
38) ความต้องการการวางแผนอนาคต					√	√
39) ความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี					√	√
40) ความต้องการการดูแลแผล						√
41) ความต้องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน					√	√
42) ความต้องการแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา					√	
43) ความต้องการในความเชื่อความหวัง			√			
44) ความต้องการความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์			√			
45) ความต้องการความยืดหยุ่นได้		√				
46) ความต้องการความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน		√				
47) ความต้องการได้ร่วมนันทนาการ	√					

จากการวิเคราะห์เนื้อหาแนวคิดความต้องการการพยาบาล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Gao et al. (2009) และ Rines and Montag (1976) มาสังเคราะห์ เพื่อการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งความต้องการการพยาบาลเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล 2) ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และ 3) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

6.4 ความต้องการการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Gao et al. (2009) และ Rines and Montag (1976) มาสังเคราะห์ เพื่อการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งความต้องการการพยาบาลเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล 2) ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และ 3) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล

บุคลากรทางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นผู้ที่ต้องมีการติดต่อสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี แก่ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมีความเครียดเกิดขึ้นทั้งจากโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สิ่งแวดล้อม และบริการทางการแพทย์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะทำให้บุคคลมีความต้องการที่จะมีความมั่นใจ ได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Kraegel et al., 1974) ซึ่งบุคคลทุกคนมีความตั้งใจที่จะหาข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ ที่รับรู้ว่ามี ความสำคัญกับความอยู่รอดของชีวิตตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความต้องการด้านข้อมูลการพยาบาลที่เป็นประโยชน์เพื่อการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง และสามารถร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หรือจัดการกับปัญหาของตนเองได้ตามความเหมาะสม ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยควรมีสติได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของตน การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีจุดมุ่งหมายว่า จะพยายามบอกความจริงแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสามารถรับ

ได้ ตามสิทธิที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 28 ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น ๆ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้ สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลการรักษา การดูแลตนเอง การดำเนินไปของโรคและแผนการรักษาต่อเนื่องเมื่อต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และพบว่า การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล คำแนะนำในการดูแลคำแนะนำและข้อมูลต่างๆ เปรียบเสมือนพี่เลี้ยง เป็นแรงผลักดันทางบวกในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหลักการให้การพยาบาลด้านข้อมูล ต้องคำนึงถึงผู้ป่วย และข้อมูลที่ให้ ซึ่งการพยาบาลด้านข้อมูลมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ คือการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาโรคของตน

บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและกำลังใจนั้น พยาบาลสามารถทำได้โดย (จิตชญา บุญนันท์ และปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2552)

(1) หากผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความวิตกกังวลหรือมีความต้องการรับทราบข้อมูล ควรให้แพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นได้ร่วมรับรู้ความต้องการ และความกังวลนั้น โดยรายงานหรือบันทึกในเอกสารเพื่อสื่อสารให้ทราบตามความเหมาะสม

(2) ส่งเสริมและสนับสนุนแพทย์ผู้สื่อสารให้เกิดความมั่นใจ โดยเฉพาะแพทย์ที่รู้สึกกังวลใจ ไม่มั่นใจที่จะพูดคุยเรื่องไม่พึงประสงค์หรือข่าวร้ายกับผู้ป่วยและครอบครัว

(3) พบและพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการสนทนา เพื่อให้ข้อมูลเกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ

(4) พุดคุยในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้น รวมถึงความคาดหวังของผู้ป่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจอย่างชัดเจน และใช้ทักษะในการสื่อสารให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยตามความจริง

การให้การพยาบาลด้านข้อมูล เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลที่ต้องเตรียมพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติทุกรายก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่จากการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ให้ตรงตามผู้ป่วยและญาติต้องการ

2) ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย

ความต้องการทางร่างกาย (Physical Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะพร้อมความสามารถในการดูแล ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายด้วยตนเอง บุคคลย่อมมีความต้องการการพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตและมีกิจวัตรประจำวันอย่างปกติ ความต้องการทางร่างกาย ประกอบด้วย ความต้องการอากาศในการหายใจ การรับประทานอาหาร การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การขับถ่าย การรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น ความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล เมื่อบุคคลเจ็บป่วยบุคคลย่อมต้องการควบคุมให้การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิมเพื่อจะสามารถดำเนินกิจกรรมส่วนตัวได้

การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการทางร่างกายมีแบบประเมินที่หลากหลาย การที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลทางร่างกายระดับใด หรือมีความต้องการทางร่างกาย ในเรื่องอะไรบ้าง พยาบาลต้องทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index of Activities of Daily Living =ADL) ซึ่ง

ประกอบด้วย การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า สุขวิทยาส่วนบุคคล รับประทานอาหาร การใช้ห้อง
สุขา การเคลื่อนย้าย: เติง-เก้าอี้ (transfer) การเดิน การกลิ้งปัสสาวะ การกลิ้งอุจจาระ เป็นต้น
การประเมินผู้ป่วยโดยการคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น เพื่อให้
การพยาบาลที่สนองความต้องการผู้ป่วยมากที่สุด โดยสามารถแบ่งประเภทตามระดับความ
ต้องการการพยาบาลตามแนวคิดของ Gross et al. (2001) ออกเป็น 5 ระดับ คือ

ผู้ป่วยระดับที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ หมายถึงผู้ป่วยที่สามารถทำ
กิจกรรมต่างๆและกิจกรรมส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง อาจต้องการคำแนะนำเป็นบางครั้ง เป็นผู้ป่วย
ที่รอจำหน่าย

ผู้ป่วยระดับที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเล็กน้อย หมายถึงผู้ป่วยที่
ต้องการการสังเกตบางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆและ
กิจกรรมส่วนบุคคลได้เกือบทั้งหมด ต้องการการช่วยเหลือในการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเท่านั้น
หรือ ต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรในบางครั้ง หรือเป็นผู้ป่วยที่เตรียมความพร้อมเพื่อรอ
จำหน่าย

ผู้ป่วยระดับที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลปานกลาง หมายถึงผู้ป่วยที่
ต้องการการสังเกตเป็นระยะ ๆ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง
ต้องการการดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆและกิจกรรมส่วนบุคคลในบางด้าน ภายใต้การกระตุ้น
การให้คำแนะนำเป็นระยะๆและช่วยเหลือร่วมกับผู้ป่วยในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วย การสวม
ใส่อุปกรณ์เครื่องช่วยและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ผู้ป่วยระดับที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมาก หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการ
การสังเกตบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ต้องการการดูแลเกี่ยวกับ
กิจกรรมต่างๆและกิจกรรมส่วนบุคคลเกือบทุกด้าน ต้องการการช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์
และการสวมใส่อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆรวมทั้งการจัดทำที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย
ปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

ผู้ป่วยระดับที่ 5 เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมากที่สุด หมายถึงผู้ป่วยที่
ต้องการการสังเกตตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำ
กิจกรรมต่างๆได้เลย ต้องการการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ และกิจกรรมส่วนบุคคลในทุกด้าน

หรือต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ส่งผลให้การดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการด้านร่างกายบกพร่อง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกาย เมื่อไม่สามารถปฏิบัติในสิ่งที่เคยปฏิบัติด้วยตนเองได้ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อันจะนำมาซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ เป็นคำที่แปลมาจากภาษาอังกฤษ “Spirituality” โดยมีรากฐานจากศาสนา และมีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามการนับถือศาสนาและวัฒนธรรม (พินิจ รัตนกุล, 2547) พยาบาลในวัฒนธรรมตะวันตกใช้คำว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) เพื่อให้พยาบาลเคารพและให้ความสำคัญแก่บุคคลหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา ปัจจุบัน คำว่า จิตวิญญาณ ที่นำมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งมีความหมายกว้าง ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการนับถือหรือการปฏิบัติตามหลักศาสนาเท่านั้น ยังรวมความไปถึงความรักและความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัว เช่นธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจลึกลับที่ความสามารถของมนุษย์ยากเข้าถึง ความต้องการในความเชื่อความหวัง ความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ความมีเหตุผลที่จะเป็นหรือกระทำตามเป้าหมายของตนเอง ความต้องการความอบอุ่นใจ และปลอบใจ และความต้องการเสรีภาพ การดูแลด้านจิตวิญญาณยังช่วยให้บุคคลค้นหาความหมาย เป้าหมายในชีวิต และยังช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในอันที่จะนำพาบุคคลฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นวิกฤติของชีวิตได้

พยาบาลควรตระหนักในการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและสังคมของผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพราะบุคคลประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในทางปฏิบัติแล้วความต้องการด้านจิตวิญญาณแยกลำบากกับความต้องการด้านจิตใจ เพราะความต้องการดังกล่าว

แสดงออกด้วยอารมณ์และพฤติกรรมเช่นเดียวกัน การพยาบาลด้านจิตวิญญาณจึงไม่สามารถแยก ออกจากการพยาบาลด้านอื่นๆได้ โดยจะปฏิบัติไปพร้อมๆกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้าน จิตใจและด้านสังคม การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีคุณภาพจะเป็น ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพลังในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ผลที่ตามมาคือสามารถ คลี่คลายความทุกข์ หรือสามารถป้องกันปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, จรัส ศรี บัวบาน, 2540) ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์เป็นความต้องการหนึ่งที่มีความสำคัญใน ชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกเหนือจากความต้องการในการดำรงชีวิต บุคคลต้องการความรัก ต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (Johnson and Johnson, 1976) ซึ่งการดูแลด้านจิต วิญญาณประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหลัก 5 ด้าน (Sellers et al., 1998) คือ

- (1) การช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร
- (2) การช่วยเหลือด้านความคิดและความทรงจำ
- (3) การช่วยเหลือโดยการกระตุ้นประสาทการรับรู้
- (4) การช่วยเหลือกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิต
- (5) การช่วยเหลือด้านศาสนา

การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญ เพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำหน้าที่ของร่างกายจิตใจและสังคม เป็นแหล่งของความหมาย ความหวัง กำลังใจหรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก้าวผ่าน ปัญหา อุปสรรค ความลำบากในชีวิตได้ (อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวล, มัลลิกา สุนทรวิภาต , 2553) การพยาบาลด้านจิตใจมีความสำคัญต่อผู้ป่วยไม่น้อยไปกว่าการดูแลด้านร่างกาย และ สามารถสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานประจำอย่างสม่ำเสมอได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องปรับตัวยอมรับกับโรคที่ตนเองเป็น และเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ ย่อมมีความต้องการ การพยาบาลด้านจิตใจเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และอยู่ในสังคมได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล

ความต้องการการพยาบาลของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยภายในตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพ วุฒิภาวะ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (Ellis and Newlis, 1994) แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ด้วยเหตุผลที่ความต้องการการพยาบาล เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ดังนั้นความต้องการการพยาบาลจึงมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพที่มีผลต่อความต้องการการพยาบาลนั้น ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การเจ็บป่วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย ตามลำดับ ดังนี้

1) อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของบุคคลด้านพัฒนาการทั้งทางร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การมีเหตุผล และการมองปัญหาต่างๆ กล่าวคือ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ มีการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (จิระประภา ภาวิไล, 2535) รวมทั้งมีการศึกษาของพจนา สมุทร์ตัน (2549) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ แตกต่างกันมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพแตกต่างกัน

2) เพศ

เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แต่ละสังคมได้กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความแตกต่าง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นความแตกต่างด้านสรีระร่างกายของบุคคล จากการศึกษาพบว่าการเกิดความล่าช้าในการส่งต่อมีความสัมพันธ์

กับอายุ เพศหญิง การอยู่อาศัยเพียงลำพัง และการขาดผู้ดูแลจากครอบครัว (Victor et al., 2000) โดยพบว่าผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้าย มีความต้องการการพยาบาลมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ขาดแรงสนับสนุน มีรายได้ไม่เพียงพอ อยู่อาศัยเพียงลำพัง และมีความวิตกกังวลมากกว่า (Haug and Folmar, 1986) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจและรอกการจำหน่ายมีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยชาย (Gao et al., 2009)

3) ระดับการศึกษา

การได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ และทัศนคติของบุคคล เนื่องจากการศึกษาช่วยให้บุคคลได้รับทราบและเข้าใจข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ช่วยให้บุคคลมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ ทำให้เข้าใจกับสิ่งที่เรียนรู้ได้ง่ายมีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) โดยการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติที่มีผลดีต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) จากการศึกษาของปฐมพร เดียวทิพย์สุคนธ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาหลังผ่าตัดคลอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาล

4) รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ และมีส่วนในการสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ (ศศิธร มณีแสง, 2538) และผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ และการเข้าถึงการใช้บริการทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539)

5) จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านที่สำคัญ บุคคลที่มีประสบการณ์การกลับมานอนโรงพยาบาลหลายครั้งส่งผลสะท้อนให้เกิดความต้องการการพยาบาลมากขึ้นได้ ซึ่งมีการศึกษาของ ธาตทิพย์ วิเศษธาร (2541) พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ แต่ในทางตรงข้ามผู้ที่มีประสบการณ์เรื่องใดมาก่อน จะสามารถประเมินได้ว่าสิ่งนั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร ทำให้สามารถจัดการกับปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984)

6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ เป็นความต้องการพื้นฐาน เป็นการทํากิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของชวลี แยมวงษ์ (2538) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จากก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วงสองวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเกี่ยวเนื่องจากแผนการรักษา ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว เช่น การจำกัดกิจกรรม การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เป็นต้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย เช่น ข้อจำกัดของเตียงที่สูง และแบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวได้น้อยลง ทำให้ความแข็งแรงและความสามารถทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อลดลง เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง (ศุภนัยสมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีรัตน์ รักวิธรรม (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก

7) ชนิดของการเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานและบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีการสูญเสียและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้นและจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค จะมีการเรียนรู้และการปรับตัวภายใต้การทนทุกข์จากการดำเนินและผลกระทบจากโรคในเรื่อง การรู้ถึงลักษณะการดำเนินของโรค การทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบรุนแรง การรับประทานอาหาร อาการทรุดลงเรื่อยๆ มีภาวะแทรกซ้อนมาก มีรายได้ลดลง ขาดการติดต่อกับบุคคลภายนอก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้ รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เกิดความเครียด (วิชชดา ดีชัย, วิภาวี คงอินทร์, อุไร หัตถกิจ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความรุนแรงของโรคมักมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก (จวีร์รัตน์ รักวิธรรม, 2543)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประไพ น้อยจ้อย (2540) ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือให้ขับถ่ายเป็นปกติ ให้ได้นอนหลับพักผ่อน การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อากาศถ่ายเทดี ด้านการป้องกันโรค ผู้ป่วยต้องการการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การจัดของใช้ที่จำเป็นใกล้มือ ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีความต้องการด้านการฟื้นฟูสุขภาพแตกต่างกัน และผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการด้านการป้องกันโรคแตกต่างกัน

จวีร์รัตน์ รักวิธรรม (2543) ศึกษาความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จำนวน 120 คน ตามแนวคิดความต้องการของเฮนเดอร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลโดยรวมคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาลโดยรวม ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีความความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย แต่สำหรับความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยใด และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ทั้งโดยรวมและรายด้านนั้น พบว่า คะแนนความต้องการการพยาบาลสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนาศา นุญทอง (2543) ศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านแล้ว พบว่าเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นภายหลังการจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิแล้ว ประชาชนจำนวนมากที่สุดคือร้อยละ 59.09 ต้องกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก รองลงมาร้อยละ 13.63 ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ร้อยละ 12.73 ซ้ำซ้อนชนิดเดียวกับที่แพทย์เคยสั่ง นอกนั้นได้แก้ไขปัญหาโดยวิธีการช่วยเหลือตนเอง และผลกระทบของประชาชนที่เกิดขึ้นจากการต้องเข้า-ออก เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ผลกระทบที่มากที่สุดร้อยละ 30.08 คือมีผลเสียต่อสุขภาพ รองลงมาร้อยละ 27.70 คือเป็นภาระให้ผู้อื่นนอกนั้น คือปัญหาความไม่สะดวกในการเดินทางและเสียค่าใช้จ่ายมาก

สุปรีดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พงษ์ รอดจินดา และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ (2543) ศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 362 ราย ที่แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลง เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้าโรงพยาบาล และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ความต้องการการดูแลก็มากขึ้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาล นอกจากประเมินความต้องการการดูแลของ

ผู้ป่วยสูงอายุแล้ว พยาบาลยังต้องประเมินญาติผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

รัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, เกศรา ศรีพิชญากการ และ ยุพิน เพ็ชรมงคล (2546) ศึกษาพบว่า ความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลมี 9 ประเด็น หลักดังนี้

- 1) ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งและจากการผ่าตัด
- 2) ความต้องการลดความไม่สุขสบายจากการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด
- 3) ความต้องการให้การทำงานของร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ
- 4) ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลการตรวจชิ้นเนื้อ การผ่าตัดมดลูก การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทน
- 5) ความต้องการได้รับการปรึกษาประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์จากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
- 6) ความต้องการการยอมรับในความเป็นบุคคลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว การแสดงออกด้วยความสุภาพ การให้ความสนใจ และความยุติธรรม
- 7) ความต้องการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
- 8) ความต้องการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี
- 9) ความต้องการการสนับสนุนทางการเงินและสวัสดิการทางสังคม

ปราณี จินต์สุภาวงศ์, จรัสศรี เย็นบุตร และ วรณวิไล ชุ่มภิรมย์ (2548) ศึกษาความต้องการของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ จำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า มีความต้องการด้านข้อมูลการดูแลมากที่สุด รองลงมา เป็นด้านจิตใจ ด้านแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านบทบาทการเป็นผู้ปกครอง ส่วนด้านร่างกายมีความต้องการน้อยที่สุด

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา (2550) ศึกษาปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และต้องการการ

ช่วยเหลือในเรื่อง คนช่วยดูแล ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน การให้คำแนะนำ และต้องการเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายภายในบ้าน

รุจิรัตน์ ผัดวัน, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และ พิกุล บุญช่วง (2551) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 88 ราย ตามแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งของโบนีฟสกี และคณะ (2000) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดในแต่ละด้าน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจได้แก่ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเมื่อเกิดความรู้สึกกลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสารได้แก่ ความต้องการได้รับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันได้แก่ ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคยกระทำได้ ด้านการดูแลและการช่วยเหลือได้แก่ ความต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลรับรู้และเข้าใจความรู้สึกและความต้องการทางอารมณ์ และด้านเพศสัมพันธ์ได้แก่ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเกี่ยวกับการได้รับแจ้งข้อมูลของผลกระทบจากโรคต่อสัมพันธ์ภาพทางเพศ

Dogde (1969) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า สามารถจัดกลุ่มข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการได้ 10 หัวข้อ หัวข้อที่ผู้ป่วยต้องการมากคือ การวินิจฉัยโรค สาเหตุความเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล และถ้ามีการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและโอกาสที่จะหายต้องพิจารณาความเหมาะสม

Boult, C. et al. (1993) ศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้ที่อายุ 75 ปี และมากกว่าขึ้นไปใช้จำนวนวันพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อคนต่อปี เกือบ 5 เท่าของผู้ที่อายุระหว่าง 45-64 ปี (4.01 ต่อ 0.80 วันต่อปี ในปี ค.ศ. 1991) การที่บุคคลกลุ่มนี้ใช้บริการการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นนั้น เกิดขึ้นจากการเข้าใจว่ามีภาวะสุขภาพที่แย่งทำให้ต้องมาพบแพทย์มากกว่า 6 ครั้ง/ปี จากการขาดแคลนผู้ให้การดูแลที่บ้าน โรคที่พบว่าต้องรับเข้าไว้ดูแลมากสุดในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1991 คือโรคหัวใจ มะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง กระดูกหัก ปอดบวมและโรคทางดวงตา อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มตามวัยที่เพิ่มขึ้น ยกเว้นโรคมะเร็งที่พบว่าลดลงหลังอายุ 75 ปี ค่าเฉลี่ยสำหรับ

วันที่เข้าพักในโรงพยาบาลคือ 8.8 วัน ในกลุ่มผู้มีอายุ 65 ปีและมากกว่าขึ้นไป ที่พบบ่อยนานสุดคือ กระดูกหัก (11.4 วัน) ตามด้วยปอดบวม (10.7 วัน) โรคหลอดเลือดในสมอง (9.9 วัน), มะเร็ง (9.8 วัน), โรคหัวใจ (7.3 วัน) และโรคของดวงตา (1.8 วัน)

Clark and Lan (2004) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่กำลังจะถูกจำหน่ายและผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 53 คนพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ต้องการการเรียนรู้หลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในเรื่องอาการและอาการแสดง และการใช้ยา มากที่สุด ต่อมาเป็นเรื่องปัจจัยเสี่ยง อาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ตามลำดับ

Griffith and Sironi (2005) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาวอิตาลีจำนวน 211 คน พบว่ายังมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายในระดับสูงทั้งระดับความต้องการการพยาบาลพื้นฐาน (Basic Needs) และความต้องการการพยาบาลเฉพาะ (Special Needs) ซึ่งสามารถแยกได้ดังนี้ 1) ความต้องการการพยาบาลพื้นฐาน (Basic Needs) ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว การส่งต่อ การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สุขวิทยา การอาบน้ำ การแต่งตัว การได้รับอาหารและน้ำ การดูแลผิวหนัง ความปลอดภัย การสื่อสาร และ 2) ความต้องการการพยาบาลเฉพาะ (Special Needs) ประกอบด้วย การดูแลท่อช่วยหายใจที่คอ การดูแลแผล การพยาบาลช่วงกลางคืน การให้ยาที่ยุ่งยากซับซ้อน

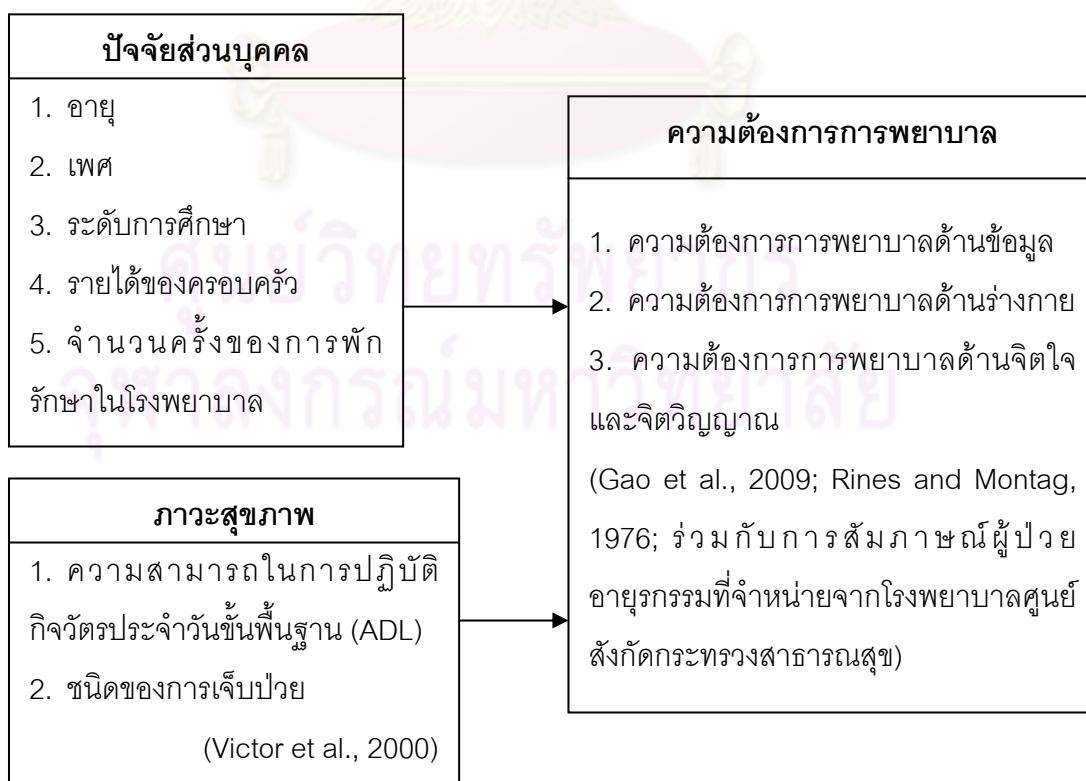
Nelson et al. (2005) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของโรคจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทำการศึกษาแบบ Focus Groups พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการข้อมูลการเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาการของโรค ข้อจำกัดในการรักษา อาการแทรกซ้อน การดูแลหลังจากถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการรักษาต่อเนื่อง

Smith et al. (2007) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 คนที่กำลังจะถูกจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องการข้อมูลก่อนที่จะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล เรื่อง การใช้ยา อาการแทรกซ้อน และเคลื่อนไหวร่างกาย

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์แนวคิดความต้องการการพยาบาลของ Gao et al. (2009) และ Rines and Montag (1976) และสังเคราะห์แนวคิด เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายและความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ร่วมกับการทบทวรรณกรรมแนวคิดภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องและเลือกมาศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล และภาวะสุขภาพที่เลือกมาศึกษาเป็นแนวคิดภาวะสุขภาพของ Victor et al. (2000) ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะที่แพทย์จำหน่ายแต่ยังรอกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับรู้ เข้าใจ และได้ตอบภาษาไทยได้ถูกต้อง ที่เข้ารับการรักษาและอยู่ในระยะที่แพทย์จำหน่ายแต่ยังรอกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้
 - 2.1 สุ่มจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย แบ่งตามภาค 5 ภาค ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 โรงพยาบาล
 - 2.2 จัดกลุ่มโรงพยาบาลตามภาค 5 ภาค จากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลในแต่ละภาคอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภาค ภาคละ 1 โรงพยาบาล จึงได้โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายชื่อโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาคและโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละภาค

ภาค	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคเหนือ	1) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 2) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 3) โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ 4) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ 5) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 2) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 3) โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 4) โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 5) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 6) โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
ภาคตะวันออก	1) โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี 2) โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี 3) โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง 4) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี	โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง
ภาคกลาง	1) โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี 2) โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี 3) โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาค	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
	จังหวัดสุพรรณบุรี 4) โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม 5) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	
ภาคใต้	1) โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3) โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 4) โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา 5) โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.3 สํารวจจํานวนผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จําหนายจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 โรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน ปี พ.ศ. 2552 มีจํานวนผู้ป่วยที่จําหนายทั้งสิ้น 24,540 คน (ข้อมูลจากการสอบถามจากพยาบาลในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) เพื่อนําค่าที่ได้มาคํานวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคํานวณจากสูตรของ Yamane (Yamane, 1973 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณจากูร, 2550) โดยกําหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ .05 มีสูตรการคํานวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + (N)(e)^2}$$

N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

$$n = \frac{24,540}{1 + (24,540)(.05)^2}$$

$$n = 394 \text{ คน}$$

2.4 จากนั้นคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} \times \text{จำนวนประชากร} \\ \text{(โรงพยาบาลแต่ละแห่ง)} & & & \text{(โรงพยาบาลแต่ละแห่ง)} \end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างจาก การคำนวณ (คน)
1. โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก	3,938	63
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	6,073	98
3. โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง	4,785	77
4. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	2,885	46
5. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	6,859	110

2.5 ทำการเลือกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมรายที่ แพทย์มีแผนการจำหน่ายในวันที่เก็บข้อมูล ที่มีการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และต้องมี คุณสมบัติตามที่กำหนด คือ

2.5.1 เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังไม่กลับบ้าน

2.5.2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากผู้วิจัยแล้วว่า เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะปกติ ที่สามารถรับรู้ ระวัง เข้าใจและได้ตอบคำถามภาษาไทยได้ถูกต้อง

2.6 ได้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 401 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 แห่ง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณและกลุ่มตัวอย่างที่ได้จริง

โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จริง (คน)
1. โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก		
จังหวัดพิษณุโลก	64	65
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์		
จังหวัดอุบลราชธานี	97	98
3. โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง	77	80
4. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา		
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	46	48
5. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี		
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	110	110
รวม	394	401

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล มีดังนี้ คือ

1) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ

2) นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุม และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด โดยมีรายละเอียดในแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้

แบบสอบถามตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

แบบสอบถามตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Victor et al. (2000) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ชนิดของการเจ็บป่วย และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีจุฬา เอ ดี แอล (Chula Activity Daily Living Index : CAI) ที่ประกอบด้วย การประเมินความสามารถ 5 กิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนที่ การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงิน การเดินทาง เป็นการประเมินโดยผู้วิจัย

การแปลผลคะแนนดัชนีกีฬา เอ ดี แอล (Chula Activity Daily

Living Index : CAI)

- 0 คะแนน ผู้ป่วยหมดสติ/ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 1-4 คะแนน ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ต้องมีคนคอยดูแล/เฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ
- 5-9 คะแนน พึ่งพาตนเองได้ดี

แบบสอบถามตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

อายุรกรรม เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากวิเคราะห์ และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามแนวคิดความต้องการการพยาบาลของ Gao et al. (2009) และ Rines and Montag (1976) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายละเอียดความต้องการของผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้น ซึ่งครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ประกอบด้วยความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวนรวมทั้งสิ้น 30 ข้อได้แก่

- 1) ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ
- 2) ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ
- 3) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 11 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ทั้งหมด ใช้การประเมินความต้องการการพยาบาล เป็น 4 อันดับ และนำคำตอบอันดับมาให้เป็นคะแนน ดังนี้

มีความต้องการการพยาบาลระดับมาก	ได้	3	คะแนน
มีความต้องการการพยาบาลระดับปานกลาง	ได้	2	คะแนน
มีความต้องการการพยาบาลระดับน้อย	ได้	1	คะแนน
ไม่มีความต้องการการพยาบาล	ได้	0	คะแนน

การแบ่งระดับความต้องการการพยาบาล (Level of Needs) ผู้วิจัยกำหนดระดับความต้องการการพยาบาล และการแปลความหมายแบบสอบถามความต้องการการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการพยาบาลดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	2.50-3.00	หมายถึง	มีความต้องการการพยาบาลระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.50-2.49	หมายถึง	มีความต้องการการพยาบาลระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.50-1.49	หมายถึง	มีความต้องการการพยาบาลระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.49	หมายถึง	ไม่มีความต้องการการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการตรวจสอบทั้งความตรงของเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องและครอบคลุมตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้วิจัยศึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วยความถูกต้องเหมาะสม ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหาการใช้ภาษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) การกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1,2,3,4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
 - 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
 - 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
 - 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์วารุ, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณค่า CVI ของแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ .94 แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยการพิจารณาตัดข้อคำถามทิ้ง ปรับข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนรวมเป็นข้อเดียวกัน และปรับปรุงการใช้ภาษาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถสรุปผลการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามในแบบสอบถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีการปรับปรุงเล็กน้อยเรื่องการใช้ภาษา รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีการปรับแยกออกมาจากส่วนที่ 1 เพื่อให้เป็นง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมประกอบด้วย 3 ด้าน รวมข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มีการแก้ไขปรับปรุง และการตัดข้อคำถามออกดังนี้

ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ (ข้อ 1-11)

ปรับปรุงการใช้ภาษา 9 ข้อ

คงข้อคำถามเดิม 2 ข้อ

สรุปได้ข้อคำถามด้านนี้ จำนวน 11 ข้อ

ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ (ข้อ 12-20)

คงข้อคำถามเดิม 1 ข้อ

ปรับปรุงการใช้ภาษา 7 ข้อ

ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ

สรุปได้ข้อคำถามด้านนี้ จำนวน 8 ข้อ

ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ (ข้อ 21-31)

คงข้อคำถามเดิม 2 ข้อ

ปรับปรุงการใช้ภาษา 7 ข้อ

ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ

เพิ่มข้อคำถาม 3 ข้อ

สรุปได้ข้อคำถามด้านนี้ จำนวน 11 ข้อ

ดังนั้นเมื่อแก้ไขปรับปรุง ตัดข้อคำถามออก และเพิ่มข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เรียบร้อยแล้ว ได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ และนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือต่อไป

2. การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำ

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีเกณฑ์พิจารณาค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ (Jacobson, 1996; Burn and Grove, 1997; Selby-Sarrington et al., 1994 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรรากูร, 2550) ซึ่งจากการหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงจากการทดลอง (n = 30 คน)	ค่าความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 401 คน)
1. ความต้องการการพยาบาลโดยรวม	.93	.93
2. ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล	.83	.85
3. ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย	.84	.82
4. ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	.86	.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมแนบตัวอย่างแบบสอบถาม โครงร่างการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน

5 โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทุกโรงพยาบาลมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเอง ผู้วิจัยจึงต้องขอรับการอนุมัติและเอกสารรับรองโครงการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเดินทางเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้ง 5 โรงพยาบาล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2554 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 36 วัน

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสอบถามผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 401 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่มีแผนการจำหน่ายในวันที่เก็บข้อมูล ซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากผู้วิจัยแล้วว่า เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับฟัง เข้าใจและโต้ตอบคำถามภาษาไทยได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตัวต่อผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสอบถามผู้ป่วยตามแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล โดยเวลาที่ใช้ในการสอบถามผู้ป่วย 1 ราย ประมาณ 15-20 นาที

4. ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพบปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงข้อมูลตามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน และผู้ป่วยไม่ยินดีเข้าร่วมเนื่องจากรีบกลับบ้าน จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 14 คน

5. ในรายที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและสอบถามจนครบแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งก่อนลาจากผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการสอบถาม และเมื่อพบว่าได้ข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยได้สอบถามจากผู้ป่วยเพิ่มเติม จึงได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้รวมจำนวนทั้งสิ้น 401 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบทางด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้บริหารโรงพยาบาล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้ตามความเป็นจริง หากข้อคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจในการให้ข้อมูลก็มีสิทธิที่จะตอบคำถามบางข้อได้ ข้อมูลดิบที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัยเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยและสรุปผลการทำวิจัยเป็นรูปเล่มแล้ว จะทำลายแบบสอบถามทั้งหมด ส่วนการรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้

สำหรับการป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง และความรู้สึกของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้ไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามมารับเข้าการรักษาไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น และนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และรายงานผลเป็นค่าสถิติเชิงพรรณนา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความต้องการการพยาบาล ทำการวิเคราะห์โดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ t-test และความแตกต่างระหว่างประชากรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 401 คน ในระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2554 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 36 วัน ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม (ตารางที่ 6-9)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ตารางที่ 10-11)

ส่วนที่ 2 ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล (ตารางที่ 12-16)

ส่วนที่ 3 ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย (ตารางที่ 17-18)

ตอนที่ 1 ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม (ตารางที่ 6-9)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม และรายด้าน

ความต้องการการพยาบาล	\bar{X}	SD	ระดับ
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม	2.17	.580	ปานกลาง
ความต้องการการพยาบาลรายด้าน			
ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล	2.29	.578	ปานกลาง
ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	2.17	.709	ปานกลาง
ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย	1.99	.724	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ คะแนนค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.17 (SD = .580) และค่าเฉลี่ยรายด้านคือ ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.29$, SD = .578; $\bar{X} = 2.17$, SD = .709 และ $\bar{X} = 1.99$, SD = .724 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
อายุรกรรม ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความ
ต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล

ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา	2.66	.686	มาก
2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค	2.62	.694	มาก
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมและการป้องกันการเกิดโรค	2.59	.757	มาก
4. คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการจัดการอาการเจ็บป่วย	2.55	.764	มาก
5. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการ	2.45	.829	ปานกลาง
6. คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ไม่ควรรับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง	2.41	.859	ปานกลาง
7. คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ	2.38	.875	ปานกลาง
8. คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน หรือเรียนรู้วิธีการทำอาหารที่ให้ทางสายยาง	2.32	.860	ปานกลาง
9. ข้อมูลเกี่ยวกับยาและวิธีการสังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น	2.24	1.053	ปานกลาง
10. คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา (กรณีที่มียาฉีด ยาพ่น ยาอมได้ลิ้น ยาเหน็บ เป็นต้น)	1.56	1.297	ปานกลาง
11. ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสำหรับซื้ออุปกรณ์ และของใช้จำเป็น	1.43	1.229	น้อย

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามรายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในระดับมากมี 4 เรื่อง เรียงจากความต้องการมากที่สุดมีลำดับดังนี้ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา ความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค ความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุมและการป้องกันการเกิดโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการจัดการอาการเจ็บป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.66$, $SD = .686$; $\bar{X} = 2.62$, $SD = .694$; $\bar{X} = 2.59$, $SD = .757$ และ $\bar{X} = 2.55$, $SD = .764$ ตามลำดับ มีความต้องการปานกลาง 6 เรื่อง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับยา และวิธีการสังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.45$, $SD = .829$; $\bar{X} = 2.41$, $SD = .859$; $\bar{X} = 2.38$, $SD = .875$; $\bar{X} = 2.32$, $SD = .860$; $\bar{X} = 2.24$, $SD = 1.053$ และ $\bar{X} = 1.56$, $SD = 1.297$ ตามลำดับ และมีความต้องการการพยาบาลน้อยในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสำหรับซื้ออุปกรณ์ และของใช้จำเป็น ($\bar{X} = 1.43$, $SD = 1.299$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
อายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความ
ต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย

ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน	2.45	.871	ปานกลาง
2. การเรียนรู้วิธีดูแลกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรค และภาวะสุขภาพ	2.40	.846	ปานกลาง
3. การช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับอาการปวดต่างๆ	2.32	.969	ปานกลาง
4. การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับ โรคและภาวะสุขภาพ	2.20	.989	ปานกลาง
5. การจัดให้มีการดูแลต่อเนืองที่บ้านเพื่อช่วยเหลือในการ ทำกิจกรรมการพยาบาล เช่นการทำแผล วัดความดัน เป็นต้น	2.03	1.153	ปานกลาง
6. การช่วยเหลือในการป้องกันและการดูแลการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ	1.59	1.295	ปานกลาง
7. การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพยุงตัว เป็นต้น	1.51	1.279	ปานกลาง
8. การดูแลเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด	1.43	1.273	น้อย

จากตารางที่ 8 พบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจาก
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย ผู้ป่วยมี
ความต้องการในระดับปานกลาง 7 เรื่อง โดยการได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง
ต่อเนืองที่บ้านมีความต้องการมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ต้องการเรียนรู้วิธีดูแลกิจวัตรประจำวันให้
เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ และมีความต้องการการพยาบาลน้อยที่สุดในเรื่องการดูแล
เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.45$, $SD = .871$; $\bar{X} = 2.40$, $SD = .846$
และ $\bar{X} = 1.43$, $SD = 1.273$ ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
อายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความ
ต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การเคารพในสิทธิ และความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์	2.48	.843	ปานกลาง
2. ช่องทางการติดต่อในกรณีที่ท่านเกิดเหตุฉุกเฉิน	2.43	.977	ปานกลาง
3. ความอบอุ่นใจ การปลอบใจ และการให้กำลังใจ	2.33	.973	ปานกลาง
4. สิ่ง чтоช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในอันจะนำพาให้ฝ่าฟัน อุปสรรคในชีวิตได้	2.33	.957	ปานกลาง
5. การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต	2.30	.965	ปานกลาง
6. โอกาสในการระบายความรู้สึก ทั้งทางบวกและทางลบ ต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้	2.11	1.057	ปานกลาง
7. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา	2.08	1.105	ปานกลาง
8. การสนับสนุนช่วยเหลือการทำศาสนิกตามหลักศาสนา	2.00	1.025	ปานกลาง
9. การสนับสนุนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ เจ็บป่วยกับผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน	1.99	1.059	ปานกลาง
10. การปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด และ ความวิตกกังวล	1.97	1.121	ปานกลาง
11. แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่ บ้าน	1.97	1.056	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยมีความต้องการการเคารพในสิทธิ และความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ต้องการทราบช่องทางการติดต่อในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน และมีความต้องการการพยาบาลน้อยที่สุดในเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน และความต้องการการปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด และความวิตกกังวล โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.48$, $SD = .843$; $\bar{X} = 2.34$, $SD = .977$; $\bar{X} = 1.97$, $SD = 1.121$ และ $\bar{X} = 1.97$, $SD = 1.130$ ตามลำดับ



ศูนย์วิทยุพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ (ตารางที่ 10-15)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ตารางที่ 10-11)

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา และจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=401)	ร้อยละ
อายุ (\bar{X} = 54.38, SD = 18.672, Min = 15, Max = 94)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	53	13.22
31-60 ปี	187	46.63
61-80 ปี	135	33.67
81 ปีขึ้นไป	26	6.48
เพศ		
ชาย	195	48.63
หญิง	206	51.37
สถานภาพสมรส		
โสด	80	19.95
สมรส	231	57.61
หม้าย/หย่า/แยก	90	22.44

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=401)	ร้อยละ
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่คนเดียว	33	8.23
อาศัยอยู่กับครอบครัว	344	85.79
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	24	5.98
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	30	7.48
ประถมศึกษา	236	58.85
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	97	24.19
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	38	9.48
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 1,000 บาท	20	6.27
1,001 – 5,000 บาท	75	23.51
5,001 – 10,000 บาท	99	31.03
10,001 – 30,000 บาท	89	27.90
30,001 บาท ขึ้นไป	36	11.29
สิทธิการรักษา		
ชำระเอง	15	3.74
ประกันสังคม/บริษัทประกัน	45	11.22
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	42	10.47
ประกันสุขภาพ	299	74.57
จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล		
(\bar{X} = 2.65, SD = 2.843, Min = 1, Max = 24)		
1 ครั้ง	190	47.38
2 – 5 ครั้ง	175	43.64
6 - 10 ครั้ง	29	7.23
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	7	1.75

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข จำนวน 401 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-60 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.38 ปี โดยพบ ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 15 ปี และพบผู้ป่วยอายุมากที่สุดเท่ากับ 94 ปี (\bar{X} = 54.38, SD = 18.672, Min = 15, Max = 94) แบ่งเป็นเพศชาย 195 คน คิดเป็นร้อยละ 48.63 เพศหญิง 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.37 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 57.61 และอาศัยอยู่กับ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85.79 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.85 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 24.19 ส่วนใหญ่มีรายได้ของ ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.03 รองลงมาคืออยู่ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.90

ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.57 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม/ประกันบริษัท คิดเป็นร้อยละ 11.22 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมี จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.65 ครั้ง ซึ่งมีผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นครั้งแรกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.38 รองลงมาคือ มีจำนวนครั้งของการพักรักษาใน โรงพยาบาลระหว่าง 2 – 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.64

ศูนย์วิทยพักรักษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (n=401)	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)		
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	64	15.96
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี	337	84.04
ชนิดของการเจ็บป่วย		
เจ็บป่วยเฉียบพลัน	137	34.16
เจ็บป่วยเรื้อรัง	264	65.84

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 401 คน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ได้ดี
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.04 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องมีคนคอยดูแล
หรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ มีจำนวนร้อยละ 15.96 และส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วย
เรื้อรัง โดยคิดเป็นร้อยละ 65.84 และมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 34.16

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) อยู่ในระดับคะแนน
ADL 0 คือ ผู้ป่วยที่หมดสติ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
นี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี และมีสติสัมปะชัญญะปกติ จึงไม่มีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนนี้

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาล (ตารางที่ 12-16)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามเพศ

เพศ	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	t-test	p-value
ด้านข้อมูล					
เพศชาย	195	2.30	.567	.402	.688
เพศหญิง	206	2.28	.589		
ด้านร่างกาย					
เพศชาย	195	1.95	.753	.969	.333
เพศหญิง	206	2.02	.696		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
เพศชาย	195	2.11	.729	1.721	.086
เพศหญิง	206	2.23	.685		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
เพศชาย	195	2.14	.590	.945	.345
เพศหญิง	206	2.20	.569		

จากตารางที่ 12 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย จำแนกตามเพศ คือ เพศชาย และเพศหญิง ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมเพศชาย และเพศหญิง มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามอายุ

อายุ	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	F-test	p-value
ด้านข้อมูล					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	53	2.21	.560	.837	.474
31-60 ปี	187	2.33	.567		
61-80 ปี	135	2.26	.607		
81 ปีขึ้นไป	26	2.36	.538		
ด้านร่างกาย					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	53	1.98	.708	.998	.394
31-60 ปี	187	1.95	.707		
61-80 ปี	135	2.01	.743		
81 ปีขึ้นไป	26	1.99	.784		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	53	1.99	.749	2.633	.050
31-60 ปี	187	2.21	.657		
61-80 ปี	135	2.15	.766		
81 ปีขึ้นไป	26	2.43	.593		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	53	2.07	.577	1.423	.236
31-60 ปี	187	2.18	.543		
61-80 ปี	135	2.15	.625		
81 ปีขึ้นไป	26	2.34	.574		

จากตารางที่ 13 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
จำแนกตามอายุ ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุต่างกัน มี
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม และรายด้านไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	F-test	p-value
ด้านข้อมูล					
ไม่ได้รับการศึกษา	30	2.21	.553	.320	.811
ประถมศึกษา	236	2.29	.556		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	97	2.31	.624		
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	2.34	.619		
ด้านร่างกาย					
ไม่ได้รับการศึกษา	30	1.94	.719	1.431	.233
ประถมศึกษา	236	1.94	.730		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	97	2.07	.704		
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	2.15	.736		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
ไม่ได้รับการศึกษา	30	2.26	.696	.232	.874
ประถมศึกษา	236	2.16	.709		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	97	2.17	.727		
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	2.22	.684		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
ไม่ได้รับการศึกษา	30	2.16	.538	.389	.761
ประถมศึกษา	236	2.15	.568		
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	97	2.20	.614		
ปริญญาตรีขึ้นไป	38	2.24	.604		

จากตารางที่ 14 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
จำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา
ปริญญาตรี และปริญญาตรีขึ้นไป ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่
มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตาม รายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	F-test	p-value
ด้านข้อมูล					
น้อยกว่า 1,000 บาท	20	2.27	.467	.628	.643
1,001 – 5,000 บาท	75	2.26	.511		
5,001 – 10,000 บาท	99	2.25	.627		
10,001 – 30,000 บาท	89	2.36	.612		
30,001 บาท ขึ้นไป	36	2.34	.564		
ด้านร่างกาย					
น้อยกว่า 1,000 บาท	20	1.99	.719	2.261	.062
1,001 – 5,000 บาท	75	1.88	.729		
5,001 – 10,000 บาท	99	1.85	.762		
10,001 – 30,000 บาท	89	2.10	.709		
30,001 บาท ขึ้นไป	36	2.17	.729		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
น้อยกว่า 1,000 บาท	20	2.23	.708	2.172	.072
1,001 – 5,000 บาท	75	2.18	.654		
5,001 – 10,000 บาท	99	2.01	.801		
10,001 – 30,000 บาท	89	2.27	.679		
30,001 บาท ขึ้นไป	36	2.31	.620		

ตารางที่ 15 (ต่อ)

รายได้ครอบครัว	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	F-test	p-value
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
น้อยกว่า 1,000 บาท	20	2.18	.538	1.951	.102
1,001 – 5,000 บาท	75	2.13	.540		
5,001 – 10,000 บาท	99	2.05	.628		
10,001 – 30,000 บาท	89	2.26	.580		
30,001 บาท ขึ้นไป	36	2.29	.556		

จากตารางที่ 15 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
 จำแนกตามรายได้ครอบครัว ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มี
 รายได้ครอบครัวต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนครั้งของการพักรักษา ในโรงพยาบาล	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	F-test	p-value
ด้านข้อมูล					
1 ครั้ง	190	2.29	.593	1.155	.327
2 – 5 ครั้ง	175	2.27	.533		
6 - 10 ครั้ง	29	2.28	.653		
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	7	2.69	.340		
ด้านร่างกาย					
1 ครั้ง	190	1.98	.772	2.623	.050
2 – 5 ครั้ง	175	1.97	.677		
6 - 10 ครั้ง	29	2.06	.681		
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	7	2.73	.274		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
1 ครั้ง	190	2.18	.698	2.434	.064
2 – 5 ครั้ง	175	2.19	.714		
6 - 10 ครั้ง	29	1.90	.750		
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	7	2.62	.297		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
1 ครั้ง	190	2.17	.596	2.026	.110
2 – 5 ครั้ง	175	2.16	.557		
6 - 10 ครั้ง	29	2.08	.623		
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	7	2.68	.204		

จากตารางที่ 16 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
จำแนกตามจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน
พบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน มีความต้องการการ
พยาบาลโดยรวมและรายด้านที่ไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยพักรักษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และชนิดของการเจ็บป่วย (ตารางที่ 17-18)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	t-test	p-value
ด้านข้อมูล					
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	64	2.31	.566	.209	.835
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี	337	2.29	.581		
ด้านร่างกาย					
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	64	2.30	.622	3.805	.000
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี	337	1.93	.728		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	64	2.34	.606	1.983	.048
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี	337	2.14	.723		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	64	2.32	.527	2.220	.027
ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี	337	2.14	.585		

จากตารางที่ 17 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ทำการพิจารณา
โดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมีความต้องการการ
พยาบาลโดยรวม ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และความต้องการการพยาบาลด้าน
จิตใจและจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง
สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่น้อยกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วย
อายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี

ส่วนความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน (ADL) ต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมรายด้าน จำแนกตามชนิดของการเจ็บป่วย

ชนิดของการเจ็บป่วย	ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรม				
	n	\bar{X}	SD	t-test	p-value
ด้านข้อมูล					
เจ็บป่วยเฉียบพลัน	137	2.24	.587	1.381	.168
เจ็บป่วยเรื้อรัง	264	2.32	.572		
ด้านร่างกาย					
เจ็บป่วยเฉียบพลัน	137	1.92	.751	1.567	.118
เจ็บป่วยเรื้อรัง	264	2.03	.708		
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ					
เจ็บป่วยเฉียบพลัน	137	2.15	.700	.599	.549
เจ็บป่วยเรื้อรัง	264	2.03	.714		
ความต้องการการพยาบาลโดยรวม					
เจ็บป่วยเฉียบพลัน	137	2.12	.577	1.296	.196
เจ็บป่วยเรื้อรัง	264	2.20	.580		

จากตารางที่ 18 เมื่อวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย จำแนกตามชนิดของการเจ็บป่วย ทำการพิจารณาโดยรวมและรายด้าน พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยมี

วัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย คือ

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมเพศหญิงมีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าเพศชาย
2. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุมากกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุน้อยกว่า
3. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า
4. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า
5. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า

6. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่น้อยกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี

7. ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีสติสัมปชัญญะปกติ ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 401 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ

โดยแบบสอบถามตอนที่ 3 มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องจากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) จากการคำนวณได้ค่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความต้องการการพยาบาลเท่ากับ .94 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีสติสัมปชัญญะปกติ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการการพยาบาลเท่ากับ .93

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทำการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ t-test และความแตกต่างระหว่างประชากรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) จำแนกตามความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย และความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความต้องการการพยาบาล

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17, SD = .580$)

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายด้าน พบว่า 1) ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง 2) ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 2.29, SD = .578$; $\bar{X} = 1.99, SD = .724$ และ $\bar{X} = 2.17, SD = .709$ ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับรู้ เข้าใจ และได้ตอบภาษาไทยได้ถูกต้อง ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 401 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.37 มีอายุระหว่าง 31-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.63 ซึ่งอายุเฉลี่ยคือ 54.38 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.61

สำหรับระดับการศึกษา พบว่า มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.85 ซึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 ต่อเดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.03 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 85.79 และมีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.57 และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 47.38

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี คิดเป็นร้อยละ 84.04 และโดยพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.84

2.2 ผลการเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย จากโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ ตามสมมติฐานการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีเพศต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
- 2) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2
- 3) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3
- 4) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4
- 5) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5
- 6) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้บางส่วนมีความต้องการการพยาบาลโดยรวม และด้านร่างกายสูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่น้อยกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี
- 7) ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีชนิดของการเจ็บป่วยต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17$, $SD = .580$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเป็นมากกว่า 1 โรค ซึ่งหลังจากการรักษาภาวะเฉียบพลันแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะทุพพลภาพ หรือมีข้อจำกัดในการในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกจำหน่าย ประกอบกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภาระงานที่มาก เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมากเกินกว่าที่หอผู้ป่วยแต่ละแห่งกำหนดไว้ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำสำหรับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านไม่ครบถ้วน หรือยังไม่ตรงกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ส่งผลทำให้มีความต้องการการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกตามรายด้านจะพบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายมีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ซึ่งเป็นระดับที่มากที่สุด ($\bar{X} = 2.29$, $SD = .578$) รองลงมา คือ ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.17$, $SD = .709$) และมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.99$, $SD = .724$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้ว พบว่ายังมีความต้องการการพยาบาลโดยรวมในระดับปานกลางเท่ากัน แต่เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมีความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีมีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต มีผลกระทบทางด้านจิตใจ

ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการได้รับกำลังใจ และสิ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในซึ่งอาจได้จากคนในครอบครัว เพื่อให้สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า และมีระดับการศึกษาสูง ทำให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการแนะนำสำหรับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นจึงพบว่ามีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลมากที่สุด

ความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูล ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $SD = .578$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอายุค่อนข้างมาก ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลต่างๆ แต่มีความสามารถในการรับรู้ และทำความเข้าใจได้ยาก ต้องการได้รับการอธิบาย หรือการแนะนำจากพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ จิตรมนตรี และนวลชนินันท์ ลิขิตลี้อชา (2550) ที่พบว่าปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต คือ ต้องการคนมาช่วยดูแล ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน และให้คำแนะนำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2007) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กำลังจะถูกจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องการข้อมูลก่อนที่จะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเรื่อง การใช้จ่าย อาการแทรกซ้อน และเคลื่อนไหวร่างกาย

1.1 และเมื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลเป็นรายข้อ จะพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลในเรื่อง ผลการรักษามากที่สุด ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .686$) เนื่องจาก ผู้ป่วยอาจไม่กล้าซักถาม และเมื่อถามไปแล้วไม่ได้รับคำตอบที่ตรงกับความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณิ จินต์สุภาวงศ์ และคณะ (2548) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้านมีความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลในระดับมาก ในเรื่องของข้อมูลความก้าวหน้าของโรค และผลการรักษาที่ได้รับ โดยต้องการได้รับข้อมูลความจริงด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

รองลงมา คือผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ ($\bar{X} = 2.62$, $SD = .694$) เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องการความรู้เพื่อเป็นการสังเกตอาการเบื้องต้นของตนเอง และป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม

ตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลด้วยอาการเฉียบพลันที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุตา เทพศิริ (2540) ที่สรุปความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ที่ต้องการเรียนรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรือภาวะโรคเรื้อรัง โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและเรียนรู้วิธีการแก้ไขในระยะเริ่มต้น เช่น การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น และผู้ป่วยมีความต้องการพยาบาลด้านข้อมูลที่น้อยที่สุดในเรื่อง ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสำหรับซื้ออุปกรณ์ และของใช้จำเป็น ($\bar{X} = 1.43$, $SD = 1.299$) เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การดูแลต่างๆ อีกทั้งผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพ สามารถมารับการบริการของโรงพยาบาลได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือมีค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย และสะดวกกว่าการหาซื้อจากแหล่งอื่นๆ

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านข้อมูลตามรายข้อ ระหว่างผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมีความต้องการการพยาบาลในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็นมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค บางรายมาอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลันจากอาการแทรกซ้อนของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson et al. (2005) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของโรคจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการข้อมูลการเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับโรคและการรักษา อาการของโรค ข้อจำกัดในการรักษา อาการแทรกซ้อน การดูแลหลังจากถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการรักษาต่อเนื่อง รองลงมาคือ ต้องการทราบเกี่ยวกับผลการรักษา และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาน้อยที่สุด เนื่องจาก ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เป็นยาพ่น และยาอมใต้ลิ้น ซึ่งผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้เมื่อจำเป็นจากเจ้าหน้าที่พยาบาลอย่างครบถ้วน จึงทำให้มีความต้องการในเรื่องนี้น้อยที่สุด

ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความต้องการการพยาบาล ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษามากที่สุด เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้ดีกว่า และต้องการทราบข้อมูลของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ

ความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค และมีความต้องการน้อยที่สุดในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสำหรับซื้ออุปกรณ์ และของใช้จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงมีความต้องการน้อย

การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ต้องการจะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งข้อมูลเรื่องโรค และการเจ็บป่วยเป็นความรู้เฉพาะสาขาการแพทย์ที่คนทั่วไปไม่มีความรู้ นอกจากต้องเกี่ยวข้องและเป็นผู้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษามากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ความต้องการด้านคำแนะนำทางการแพทย์ ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2550) ที่พบว่า ความต้องการบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในเรื่องของเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนอยู่ในระดับมาก

1.2 ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.99$, $SD = .724$) และเป็นความต้องการการพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะปกติ และส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง และพึ่งพาตนเองได้ดี เพียงเมื่อได้รับข้อมูลหรือแนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หรือการจัดการจากพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของประนอม รอดคำดี และยุพิน เนียมแสง (2542) พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนืองที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรัง ของสถานบริการสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร โดยการวางแผนการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกายในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ และวางแผนการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสังคมในระดับต่ำที่สุด ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Griffith and Sironi (2005) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าผู้ป่วยยังมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายในระดับสูงทั้งระดับความต้องการการพยาบาลพื้นฐาน (Basic Needs) และความต้องการการพยาบาลเฉพาะ (Special Needs) ซึ่ง

สามารถแยกได้ดังนี้ 1) ความต้องการการพยาบาลพื้นฐาน (Basic Needs) ประกอบด้วย การเคลื่อนย้าย การส่งต่อ การซักร่างกายและอวัยวะ สุขวิทยา การอาบน้ำ การแต่งตัว การได้รับอาหารและน้ำ การดูแลผิวหนัง ความปลอดภัย การสื่อสาร และ 2) ความต้องการการพยาบาลเฉพาะ (Special Needs) ประกอบด้วย การดูแลท่อช่วยหายใจที่คอ การดูแลแผล การพยาบาลช่วงกลางคืน การให้ยาที่ยุ่งยากซับซ้อน

เมื่อพิจารณาความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายตามรายชื่อ จะพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลในเรื่องการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนืองที่บ้านมากที่สุด ($\bar{X} = 2.45$, $SD = .871$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการเตรียมพร้อมด้านร่างกาย เพื่อการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้อย่างถูกต้องลดการกลับมารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะนา จิตต์ไพบูลย์ (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ส่วนใหญ่มีความต้องการการจัดบริการทางสุขภาพที่บ้าน รองลงมา คือ ต้องการการเรียนรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ($\bar{X} = 2.40$, $SD = .846$) เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันและกลายเป็นโรคเรื้อรังตามมา ทำให้ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน อาจส่งผลให้การดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคยกระทำได้ และเมื่อได้รับการจำหน่ายผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวให้สามารถอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม ทำให้ต้องมีการเรียนรู้ใหม่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อันจะนำมาซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และพบว่าผู้ป่วยต้องการการทำกายภาพบำบัดในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.43$, $SD = 1.273$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด และผู้ป่วยยังอยู่ในวัยทำงาน และไม่มีเวลาที่ต้องมารับการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์ และคณะ (2546) ที่พบว่า ความต้องการด้านการปฏิบัติให้หรือการฝึกปฏิบัติ ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรัตน์ ผัดวัน และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดความต้องการการ

ดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องความต้องการการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคยกระทำได้ ในระดับมากที่สุด

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายตามรายข้อ ระหว่างผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในเรื่อง การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด แต่ยังมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟู และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี รองลงมาคือ การช่วยเหลือในการจัดการความเจ็บปวดและการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจึงต้องการการเตรียมพร้อมเพื่อลดการพึ่งพา และมีความต้องการน้อยที่สุดในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ห่างไกลโรงพยาบาล ไม่สะดวกในการเดินทาง ซึ่งไม่สามารถเดินทางมาคนเดียวได้ และผู้ป่วยเห็นว่าการทำงานและอาชีพซึ่งส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว จึงมีความต้องการน้อย ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในเรื่อง การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ การเรียนรู้วิธีการดูแลกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถในการเรียนรู้ และผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องการปรับตัวให้ตนเองสามารถอยู่กับโรคและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และมีความต้องการน้อยที่สุดเรื่องการทำกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มีอาการจำเป็นต้องทำกายภาพบำบัด

1.3 ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17$, $SD = .709$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพียงให้บุคลากรที่มสุขภาพเคารพในความเป็นส่วนตัว ปฏิบัติด้วยความสุภาพ มีวาจาที่นุ่มนวล แสดงความสนใจ และให้ความยุติธรรม และผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ทำการตรวจรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมมีความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในเรื่อง ต้องการการเคารพใน

สิทธิและควมมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ มากที่สุด ($\bar{X} = 2.48$, $SD = .843$) รองลงมาคือ ต้องการทราบช่องทางการติดต่อในกรณีที่ท่านเกิดเหตุฉุกเฉิน ($\bar{X} = 2.34$, $SD = .977$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก หรือได้รับการส่งตัวมา และบ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงต้องการทราบช่องทางการติดต่อ เพื่อกลับเข้ามาับการรักษาที่โรงพยาบาลเดิม และพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้าน และต้องการการปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด และความวิตกกังวล ในระดับที่น้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.97$, $SD = 1.121$ และ $\bar{X} = 1.97$, $SD = 1.130$ ตามลำดับ) เนื่องจาก แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้บ้านผู้ป่วยสามารถมาดูแลที่บ้านได้อย่างสม่ำเสมอ และมีความใกล้ชิดกันในกลุ่มชน ซึ่งมีส่วนน้อยที่ยังมีความต้องการ เนื่องจากบ้านอยู่ห่างไกลการเดินทางไม่สะดวก จึงไม่ได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่อนามัย หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวล หรือความเครียด เนื่องจากได้กำลังใจจากญาติ และมีศาสนาเป็นที่พึ่ง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้านอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตและแตกต่างกันในแต่ละราย เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณและแสดงออกด้านจิตวิญญาณในระดับที่ต่างกัน

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจิตใจและจิตวิญญาณตามรายชื่อ ระหว่างผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีความต้องการการพยาบาลมากที่สุดในเรื่อง สิ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในอันจะนำพาให้ฝ่าฟันอุปสรรคในชีวิตได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่เป็นและการปรับตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน จะรู้สึกว้าตนเองเป็นภาวะ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะที่วิกฤติครั้งนี้ได้ ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ผ่านอุปสรรคไปได้ รองลงมาคือ ต้องการทราบช่องทางการติดต่อในกรณีฉุกเฉิน เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อเองหรือมารับการรักษาได้เอง ส่วนเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยได้พูดคุยกันเป็นประจำระหว่างที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการพูดคุยกับ

เตียงข้างๆ แต่มีบางส่วนไม่ต้องการแลกเปลี่ยนเนื่องจาก ตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ จึงไม่จำเป็นต้องปรึกษากับผู้อื่น

ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องการ เคารพในสิทธิ และความมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์มากที่สุด เนื่องจาก อาจมีข้อจำกัดในเรื่อง สถานที่ของแผนกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้เกิดความไม่เป็นส่วนตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยความเท่าเทียมกัน และอยากได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่สุภาพ อ่อนโยนตามสมควร รองลงมาคือ ต้องการทราบช่องทางติดต่อในกรณีฉุกเฉิน และมีความต้องการ น้อยที่สุดเรื่อง แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เนื่องจาก ผู้ป่วยยังช่วยเหลือ ตนเองได้ดี สามารถดูแลตนเองได้ จึงไม่ต้องการการดูแลที่บ้าน

จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลในผู้ป่วยที่พ้นจากภาวะวิกฤติ เชียบพลันที่ นำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แล้ว ผู้ป่วยจะต้องถูกจำหน่ายกลับบ้าน หรือส่ง ต่อไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านผู้ป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อม สำหรับการดูแลต่อเนือง เพื่อให้การพยาบาลนั้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะ ของโรคที่เรื้อรัง มีการจำกัดกิจกรรม มีภาวะทุพพลภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองอาจ ลดลงจากก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่ง ระยะของการดูแลในการเจ็บป่วยนี้อาจเรียกว่า การดูแลในระยะกลาง (Intermediate Care) ส่วน ใหญ่เป็นการให้บริการที่บ้านหรือในสถานพักฟื้น การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง ควร ต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบเชื่อมโยงกันตั้งแต่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะ เชียบพลัน โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ใน โรงพยาบาลดังนี้

- 1) ให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มีเตียงหรือหอผู้ป่วยสำหรับบริการระยะกลาง เพื่อ รองรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเชียบพลันและเตรียมความพร้อมของญาติในการไปดูแลต่อเนืองที่บ้าน โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด ทั้งนี้สามารถขยายบริการไปถึงการรับ

ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากในชุมชนมาดูแลชั่วคราว (Respite Care) ขณะเดียวกันมีหน่วยให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยที่มประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยในการดูแลในชุมชน

2) มีทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จนท.สาธารณสุข มีนักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ผู้ช่วย และนักสังคมสงเคราะห์ (ควรมีนักสังคมสงเคราะห์ในทีมเนื่องจากสามารถบูรณาการและเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสังคมได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FM) หรือหัวหน้า Patient Care Team (PCT) เป็นหัวหน้าทีมหรือที่ปรึกษา มีบทบาทในการช่วยตัดสินใจ และร่วมออกดำเนิการในกรณีที่ยาก และมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นผู้จัดการทีมเป็นแกนหลักในการประสานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ในการจัดบริการแก้ปัญหาในการจัดบริการเชิงรุกแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้พิการในชุมชน

3) กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานประกอบด้วย ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้มีปัญหาทางสมอง เด็กพัฒนาการช้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้

4) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายร่วมกับ สอ. และ อบต.เดือนละครั้ง

5) ทั้งนี้โรงพยาบาลควรมีระบบค่าตอบแทน แรงจูงใจในการออกทำงานในชุมชนสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เนื่องจากการออกให้บริการในชุมชนนั้นมีความยากลำบากเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับการให้บริการในหน่วยบริการ ขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากแต่เข้าไม่ถึงบริการ

2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาลและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชนิดของการเจ็บป่วยต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของบุคคลในด้านการพัฒนาการทางร่างกาย และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุน้อยจะ

สามารถรับรู้ เข้าใจ และมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุมากกว่า อาจมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมามาก มีการเรียนรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองจากประสบการณ์จริง ซึ่งผู้ป่วยทุกวัยนั้นต้องการได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน ตามสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุที่แตกต่างกันนั้นจึงมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับกับการศึกษาของ ประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานครที่มีอายุ แตกต่างกันมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพที่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วย หรือจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาแตกต่างกัน จะมีความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยหลายครั้ง จะสามารถปรับตัวตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ และเกิดเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับครั้งก่อน อาจช่วยให้ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ความต้องการการพยาบาลอาจลดลง บางรายอาจมีความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มได้ จากการมาเข้ารับการรักษาบ่อยเนื่องจากการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจมีความต้องการการพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก ที่มีความต้องการการพยาบาลเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่กลับเข้ามาเข้ารับการรักษาด้วยอาการเฉียบพลันจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็น ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน หรือจากการที่ไม่ได้รับการเตรียมพร้อมที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง จึงมีผลทำให้มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา บุญทอง (2543) ที่พบว่า ปัญหาหลักของประชาชนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ คือ การที่ไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อต้องได้รับการรักษาหลังจากนั้น ก็จะกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

ผู้ป่วยที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ต่างมีภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานครที่มีเพศ แตกต่างกันมีการรับรู้ความต้องการ

การพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจและรอกการจำหน่ายมีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยชาย

ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยได้รับการศึกษาที่ต่างกันนั้น ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดว่า ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความสามารถในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองแตกต่างกัน หรือมีความต้องการการพยาบาลที่ต่างกัน เพียงแต่ระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจต่อข้อมูลที่รับรู้มา มีความรู้ความเข้าใจต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงอาจไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองจากอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่ตนเองรับการรักษาอยู่ และอาจต้องการได้รับข้อมูลที่เหมือนกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าได้ และเนื่องจากความรู้เรื่องโรคต่างๆ เป็นความรู้ที่เฉพาะสำหรับผู้ที่ศึกษาโดยตรง หรือเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกมากถึงร้อยละ 47.38 ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะที่สับสน ไม่ทราบข้อมูลหรือวิธีการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับบ้าน จึงมีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยในการดำเนินชีวิต และช่วยตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของชีวิตเท่านั้น ผู้ที่มีรายได้สูง จะสามารถเข้าถึงการบริการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและตอบสนองต่อความต้องการได้ดีกว่า แต่ไม่ได้ทำให้ระดับความต้องการการพยาบาลแตกต่างกัน จึงไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานครที่มีรายได้ต่างกันมีการรับรู้ความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน

ชนิดของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีชนิดของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ลักษณะของภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บป่วยในภาวะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด สับสนได้เหมือนกัน ซึ่งจากการเจ็บป่วยอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร ไม่กลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออาจทำให้มีความทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านยังมีความต้องการการพยาบาลอยู่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรคเฉียบพลันส่วนใหญ่ยังต้องการการพยาบาลเนื่องจากการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ หรือป้องกันเกิดภาวะที่แทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ยังมีความต้องการการพยาบาลเนื่องจาก มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความต้องการการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้บางส่วน มีความต้องการการพยาบาลโดยรวม และความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายสูงกว่าผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่น้อยกว่า มีความต้องการการพยาบาลหลังจำหน่ายสูงกว่าผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ดี สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่ทำการศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ต้องรักษาตัวนานและบางรายมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีการสูญเสียและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้น (Hoeman, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอร์จันน์ รีกิวธรรม (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก ซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่สูงอายุต้องกลับบ้านพร้อมกับมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงมีความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้นไปด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จะมีความต้องการการดูแลที่มากขึ้น และในทางตรงกันข้าม

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มาก ความต้องการการดูแลจะน้อยลง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ น้อยจ้อย (2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีความต้องการการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ที่ไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้ตรงกับความต้องการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Activity Daily Living : ADL) บกพร่อง
2. ควรมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องผลการรักษา วิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค วิธีการควบคุมและการป้องกันการเกิดโรค และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการจัดการอาการเจ็บป่วย ให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
3. ควรมีระบบการดูแลในระยะกกลาง (Intermediate Care) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Activity Daily Living : ADL) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ก่อนกลับสู่ชุมชน
4. ควรมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และหน่วยงานบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนืองที่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา
2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล เพื่อใช้ในการวางแผนอนาคตของผู้ป่วยร่วมกับทีมการพยาบาล
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ครอบคลุมถึงครอบครัว/ชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จารุวรรณ มานะสุรการ. 2544. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตชญา บุญนันท์ และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ. 2552. บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 24 (3) : 7-19.
- จิรประภา ภาวิไล. 2535. การศึกษารับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จวีร์รัตน์ รักวิธรรม. 2543. ความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชวลี แยมวงษ์. 2538. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการโรงพยาบาลในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของประชาชน ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, เกศรา ศรีพิชญากุล และ ยุพิน เพ็ชรมงคล. 2550. ความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเวดดิคอล. พยาบาลสาร 34 (2) : 129-142.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และ ปัดพงษ์ เกษสมบุญ. 2545. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์.

- ทัศนาศา นุญทอง. 2543. การปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- ทัศนาศา นุญทอง. 2544. นโยบายการปฏิรูประบบการพยาบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 22-24 สิงหาคม 2544 : เอกสารหมายเลข 10.
- ถาวรทิพย์ วิเศษธาร. 2541. ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นภาพร ชัยวรรณ และ จอห์น ชโนเดล. 2539. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารินทร์ จิตรมนตรี และ นวลขนิษฐา ลิขิตลี้อา. 2550. ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต. วารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 8 (1) : 25-39.
- บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร. 2550. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และ จรัสศรี บัวบาน. 2540. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 17: 44-60.
- ปฐมพร เตียวทิพย์สุนนท์. 2540. ความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประคอง กรวรรณสุต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2536. แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 13 (4) : 14-22.

- ประนอม รอดคำดี, ยุพิน เนียมแสง. 2542. การศึกษากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของสถานบริการสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 11 (3) : 38-50.
- ประเวศ วะสี. 2541. บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. 2543. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ประไพ น้อยจ้อย. 2540. การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี จินต์สุภาวงศ์, จรัสศรี เย็นบุตร และ วรณวิไล ชุ่มภิรมย์. 2548. ความต้องการของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้าน. พยาบาลสาร 32 (3) : 99-109.
- พินิจ รัตนกุล. 2547. จิตวิญญาณ: มิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ. วารสารเกื้อการุณย์ 11 (1) : 3-9.
- พูนสุข เจนพานิชย์. 2546. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (3) : 12-19.
- พจนา สมุทร์ตัน. 2549. ความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแก่ง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจิรัตน์ ผัดวัน, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และ พิกุล บุญช่วง. 2551. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. พยาบาลสาร 35 (1) : 125-133.
- วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และ ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. 2550. ประสพการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร 1 (1) : 72-84.

- วิชชุดา ดีชัย, วิภาวี คงอินทร์ และ อุไร หักกิจ. 2549. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง
หลายโรค. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 7 (2) : 25-34.
- วันทนี้อย่างวัฒนะรัตน์, กวรรณิการ์ พงษ์สนธิ และ ดวงฤดี ลาคุชชะ. 2546. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ
สุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของ
หลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลสาร 30 (1) : 14-29.
- ศศิธร มณีแสง. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กับประสบการณ์การ
คลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2552. โครงการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.
กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภารินทร์ หันกิตติกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัด
ลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. 2550. รายงานการวิจัยสถานการณ์การบริการ
ทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. 2550. รายงานการวิจัยสถานการณ์บริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. 2550. ปฏิทินสาธารณสุข 2550. กรุงเทพมหานคร : สำนัสนิติ
บุคคล สหประชาพานิชย์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองประกอบโรคศิลป์. 2552.
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.
2547 พร้อมด้วยกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความใน
พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. 2548. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุดา เทพศิริ. 2540. ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดในบทบาทผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่าง ๆ ของประเทศ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนุดตรา ตะบูนพงศ์. 2544. การพยาบาลผู้ป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง (เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 1). (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- สุปรีดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พจณี รอดจินดา และ สุนทรี เจียรวิทยกิจ. 2006. ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 12 (3) : 318-333.
- สมเกียรติ ธรรมปรีชา, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศรีจิตรา บุนนาค, Somerville, K. และ Ebrahim, S. 2535. ปัญหาภาวะฉุกเฉินเพียงโดยผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 75 (7) : 418-422.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2545. 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. 2553. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวนล และ มัลลิกา สุนทรวิภาต. 2553. การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 25 (1) : 100-111.

ภาษาอังกฤษ

- Bonevski, B., et al. 2000. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Cancer 88 : 217-225.
- Boult, C., et al. 1993. Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriat Soc. 41 : 811-817.
- Carter, D. N., and Wade, T. D. 2002. Delayed discharges from Oxford city hospitals: who and why?. Clinical Rehabilitation 16 (3) : 315-320.
- Clark, C. J., and Lan, M. V. 2004. Heart Failure Patient Learning Needs After Hospital Discharge. Applied Nursing Research 17 (3) : 150-157.
- Corbin, J.M., and Strauss, A. 1992. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In P. Woog (Ed.). The chronic illness trajectory framework : The Corbin and Strauss nursing model. New York : Springer.
- Dogde, J. S. 1969. Factor related to patients' perception of their cognitive needs. Nursing Research 18 : 502-513.
- Edward, R. M., et al. 1999. Factors Associated with Unplanned Hospital Readmission among Patients 65 Years of Age and Older in a Medicare Managed Care Plan. THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE 107 (July) : 13-17.
- Ellis, J.R., and Newlis, E.A. 1994. Nursing a human need approach. 3rd ed. Boston : Houghton Mifflin.

- Gao Fei-ju, Yao Kai-pyng, Tsai Chien-Sung and Wang Kwua-Yun. 2009. Predictors of healthcare needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery. HEART & LUNG 38 (3) : 182-191.
- Griffiths, P., and Sironi, C. 2005. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. International Journal of Nursing Studies 42 : 507–512.
- Gross, J.C., Faulkner, E.A., Goodrich, S.W. ,and Kain,M.E. 2001. A patient acuity and Staffing tool for stroke rehabilitation inpatients based on the FIM instrument. Rehabilitation Nursing 26 (3) : 108-113.
- Haug M.R. and Folmar S.J. 1986. Longevity Gender and Life Quality. Journal of Health and Social Behavior 27 (December) : 332-345.
- Henderson, V. 1996. The nature nursing : A definition and its implications for practice, research and education. Newyork : The MacMillan.
- Hodges, H.F., Keeley, A.C., and Grier, E.C. 2001. Masterworks of Art and Chronic Illness Experiences in Elderly. Journal of Advanced Nursing 36 (3) : 389-398.
- Hoeman S.P. 1996. Rehabilitation nursing : Process and Application. St. Louis : Mosby Year Book.
- Holland, E. D., Diane, C. H., Natasha, N. M., Mary, A. S., and Charleen, R. W. 1998. Continuity of Care : A Nursing Needs Assessment Instrument. Geriatric Nursing 19 (6) : 331-334.
- Huurre, T.M., and Aro, H.M. 2002. Long-Term Psychosocial Effects of Persistent Chronic Illness. A follow-up study of Finnish adolescents aged 16 to 32 years. European Child Adolescent Psychiatry 11 (2) : 85-91.
- Jitapunkul S, Lertkupinit C, Jongsitimahakul A, Sutparuk S. 1997. Use of drugs and adverse reactions in medical inpatients. J Med Assoc Thai 80 : 636-640.

- Johnson, R. W. H., and Johnson, D. W. 1976. Introduction to nursing care. New York : Gregg Davison/McGraw-Hill book.
- Kreagel, J. M., Mousseau, V. S., Goldsonith, C., and Arara, R. 1974. Patient needs : Patient care system. Philadelphia : Lippincott.
- Lazarus, R., and Folkman, S. 1984. Stress, appraisal and coping. New York : Spring Publishing Company.
- Lertakyamanee, J., Santawat, U., Foongdej, S., and Muangkasem, J. 1998. Comparison of immediaterecovery period among young, middle-aged and elderly patients. J Med Assoc Thai 81 : 473-479.
- Lim, SC., Doshi, V., Castasus, B., Lim, JKH., and Mamun, K. 2006. Factors Causing Delay in Discharge of Elderly Patients in an Acute Care Hospital. Annals Academy of Medicine 35 (1) : 27-32.
- Lubkin, S.R. 1995. Chronic illness: Impact and intervention. 3rd ed. Boston : Jonesand Bartlett Publishers.
- Lubkin, I. M., and Larson, P,D. 2002. Chronic Illness: Impact and Intervention. (5th ed.). boston : Jones and Bartlett.
- Matteson, MA., McConnell, Es., and Linton, AD. 1996. Gerontological Nursing Concepts and practice. Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Messner, R. L. 1993. What Patients Really Wants From Their Nurse. AJN (August) : 38-41.
- Nelson, E. J., Kiyoshi, K., Diane E. M., Kathy, A.R., and Sean, M. 2005. When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. Journal of Critical Care 20 : 79–89.
- Pol, G. L., and Thomas, K. R. 1992. The Demography of Health and Health Care. New York : Phenum Press.

- Potter, P.A., and Perry, G.A. 2007. Basic nursing : Essentials for practice. 7th ed. St.Louis : Mosby.
- Rines, A.S., and Montag, M.L. 1976. Nursing concept and nursing care. New York : John Wiley.
- Schmieding, N.J. 1984. Putting Orlando's theory into practice. American Journal of Nursing. 84 : 759-761.
- Sellers, SC., and Haag, BA. 1998. Spiritual nursing interventions. J Holist Nurs 16 (3): 338-354.
- Smith, J., and Clive, L. 2007. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. Journal of Clinical Nursing 16 : 662-671.
- Taylor, C., Lillis, C., and Lamone, P. 2001. Fundamental of nursing : The art and science of nursing care. 4th ed. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Thampreechavai, S., Somerville, K., Jitapunkul, S., Bunnag, S., and Ebrahim, S. 1992. Elderly bed-blockers in a Thai teaching hospital : is it a problem?. J Med Assoc Thai 75 : 418-422.
- Victor, R.C., Judith, H., Anna, T. and John, S. 2000. Older patients and delayed discharge from hospitals. Health and Social Care in the Community 8 (6) : 443-452.
- Yura, H., and Walsh, M.B. 1983. The nursing process : Assessing, planning, implementation, evaluation. 4th ed. Norwalk : Prentice-Hall.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สถานที่ปฏิบัติงาน
รศ.ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางนลินี พสุคันธภาค	สถาบันประสาทดึกวิทยา
นางจินจุฑา รอดพาด	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 0098

วันที่ 11 มกราคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/๐0๕๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศบ 0512.11/ 005 ๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

11 มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 00๑๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|| มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนลินี พสุคันธภัก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางนลินี พสุคันธภัก

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ข้อนี้ นิสิต นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 0098



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|| มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางจินตจุฑา รอดพาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ แผนกอายุรกรรมชาย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางจินตจุฑา รอดพาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 0๓๑๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕) กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 80 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสถิติสัมพัทธ์ของโรคที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายในแผนกอายุรกรรม โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 0393



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปกติที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายในแผนกอายุรกรรม จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 03 93



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปกติที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายในแผนกอายุรกรรม จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อบัณฑิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 0393



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสถิติสัมพัทธ์อยู่ปกติที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายในแผนกอายุรกรรม จำนวน 130 คน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ข้อบิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844

ที่ ศธ 0512.11/ 0393



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

เนื่องด้วย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีสถิติสัมพัชัญญะปกติที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายในแผนกอายุรกรรม จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง โทร. 08-6615-1844



ภาคผนวก ง

เอกสารขอรับพิจารณาจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 027/2554

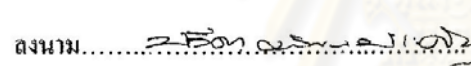
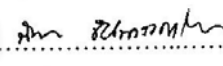
ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 009.1/54 : การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่าย
จากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ลงนาม..... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 23 กุมภาพันธ์ 2554 วันหมดอายุ : 22 กุมภาพันธ์ 2555

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
 - 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - 3) ผู้วิจัย
 - 4) แบบสอบถาม
- โครงการวิจัย 009.1/54
วันที่รับรอง 23 กพ. 2554
วันหมดอายุ 22 กพ. 2555

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



รหัสเอกสารรับรอง 010/2554

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี


ชื่อโครงการ การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข


A STUDY OF NURSING CARE NEEDS OF MEDICAL PATIENTS IN MEDICAL CENTERS, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ผู้วิจัยหลัก นางสาววิรอรอง ชมภูมิ่ง

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


 (ทพญ.ชนิษฐา ดาโรจน์)
 รองประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


 (นายแพทย์มนัส กนกศิลป์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 31 ส.ค. 2554

วันหมดอายุของการรับรอง:

30 ส.ค. 2555

เอกสารรับรองรวมถึง

1. โครงการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล



ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการศึกษาริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงการงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ อนุมัติรับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผนประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อ: ศูนย์วิจัย รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ต.สรรพสิทธิ์ อ.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 045-244973
 โทร 1395

25/54



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ชื่อโครงการ	การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจาก โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาววิรงรอง ชนภูมิ้ง
เลขที่โครงการ/รหัส	-
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ 10 ธ.ค. 2554

ลงนาม

(นายแพทย์ธีระ ศิริอาชาวัฒนา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โทร ๒๒๕๐

ที่ รย ๐๐๒๗.๑๐๒/๐๕๙

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

ความเป็นมา

ด้วยคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยในโรงพยาบาลระยอง ได้กำหนดแนวทางให้ผู้ที่จะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลระยอง ต้องเสนอแบบขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้คณะกรรมการเพื่อ เสนอความคิดเห็นประกอบการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ในกรณีนี้ มีผู้ส่งแบบพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มาเพื่อพิจารณา จำนวน ๑ เรื่อง ดังนี้

๑. “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” โดย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง

ข้อพิจารณา

ในกรณีนี้ คณะกรรมการได้พิจารณาแล้ว เห็นสมควรผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โดยได้เสนอผลการพิจารณาพร้อมหนังสือนี้

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและลงนามด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นายแพทย์สุนทร เทรียนุภูมิการกิจ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง

อนันต์

(นายอนันต์ อัยเทวีกรม)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง

28 มี.ค. 2554



ภาคผนวก จ

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุครรภ์ที่แพทย์จำหน่ายจาก
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง

ที่อยู่ติดต่อ 222/45 คอนโดลาดพร้าวการ์เด็น ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ
กรุงเทพมหานคร 10240 โทรศัพท์ติดต่อ 086-6151844

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จน
เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถาม
ความต้องการการพยาบาล เป็นเวลานาน 10-20 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในการรักษา และการรับบริการ
พยาบาลใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสาขา

บ้าน ซุคที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
 เขตปทุมวันกรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147
 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ศูนย์วิทยพัชการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจาก

โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 222/45 คอนโดลาดพร้าววาร์เดิน ถนนลาดพร้าว แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ

กรุงเทพมหานคร 10240 โทรศัพท์มือถือ 086-6151844 E-mail: komoil@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะต้องการศึกษาว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจากที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังมีความต้องการการพยาบาลอะไรเพิ่มเติม หรือพร้อมที่จะกลับบ้านหรือไม่ เนื่องจากอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจากที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้จากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยเริ่มจากการสำรวจจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย แบ่งตามภาคได้ 5 ภาค แล้วสุ่มเลือกภาคละ 1 โรงพยาบาล จากนั้นสำรวจจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 โรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ปี พ.ศ. 2552 เพื่อนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของ Yamane กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ .05 ได้จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งหมด 387 ราย จากนั้นคำนวณหาจำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการคำนวณตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยอายุรกรรมที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต้องผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายเป็นลายลักษณ์อักษรในวันที่เก็บข้อมูล และต้องมีคุณสมบัติ คือ

3.1 เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังรอกลับบ้าน

3.2 เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับฟังและตอบคำถามภาษาไทยได้

4. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการโดยอธิบายและให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามความต้องการการพยาบาล เป็นเวลานาน 10-15 นาที ซึ่งข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และไม่มีข้อมูลใดในการรายงานการวิจัยที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ซึ่งการวิจัยนี้ไม่มีผลต่อการรับการรักษา และการรับบริการทางการแพทย์จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หากจะมี**ประโยชน์**ในการเข้าร่วมวิจัย โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อปรับปรุงระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

7. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่			
--------	--	--	--

แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล
ศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย
จากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

เรียนผู้ตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้จะมีคุณค่าต่อการนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพระบบการบริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหลังจากที่จำหน่ายกลับบ้าน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยช่วยให้คำแนะนำ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลนี้ไว้เป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่ประการใด ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามและขอให้ท่านโปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

4. แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมที่จำหน่าย

จากโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ดังนี้ คือ

ด้านที่ 1 แบบสอบถามความต้องการด้านข้อมูลจำนวน 11 ข้อ

ด้านที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ

ด้านที่ 3 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ดังนี้ คือ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษา
 - ได้รับการศึกษา ระดับ ประถม
 - มัธยม
 - อนุปริญญา
 - ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. สถานภาพสมรส
 - โสด
 - สมรส
 - หม้าย
 - หย่า
 - แยกกันอยู่
5. ลักษณะการอยู่อาศัย
 - พักอาศัยอยู่คนเดียว
 - พักอาศัยอยู่กับครอบครัว
 - พักอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น โปรดระบุ _____
 - อื่นๆ โปรดระบุ _____
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวท่านด้วย) จำนวน _____ คน
7. รายได้ของครัวเรือน _____ บาท/เดือน

8. สิทธิในการรักษาพยาบาล

ซ้ำระเอง

ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ไปรตระนะบุ

ประกันสังคคค

ซ้ำราชการ

รัฐวิสาหกิจ

บั้ตรประกันสุขภาพ

บริษัทประกัน

อื่นๆ ไปรตระนะบุ _____

9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน 1 ปี (รวมครั้งนี้) _____ ครั้ง

ศูนย์วิทยพััทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

แบบสอบถามภาวะสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ดังนี้

1. ชนิดของการเจ็บป่วย

[] เจ็บป่วยเฉียบพลัน โปรดระบุโรค _____

[] เจ็บป่วยเรื้อรัง โปรดระบุโรค _____

2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living : ADL) ได้ _____ คะแนน (การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำการประเมินโดยผู้วิจัย)

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานดัชนีจุฬา เอ ดี แอล (Chula Activity Daily Living Index : CAI) โดยมีข้อการประเมินดังนี้ คือ

1. การเคลื่อนที่
2. การทำอาหาร
3. การทำความสะอาดบ้าน
4. การทอนเงิน
5. การเดินทาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬา เอ ดี แอล

(Chula Activity Daily Living Index : CAI)

1. การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน
 - 0 เดินไม่ได้
 - 1 ใช้รถเข็น และช่วยตนเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
 - 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
 - 3 เดินได้เอง (รวมทั้งใช้เครื่องช่วยเดิน Walker)
2. การปรุงหรือการเตรียมอาหาร/หุงข้าว
 - 0 ทำไม่ได้
 - 1 ต้องการคนช่วยทำหรือเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงทำได้
 - 2 ทำได้เอง
3. ทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง
4. การทอนเงิน/แลกเงิน
 - 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
 - 1 ทำได้เอง
5. การเดินทางโดยขนส่งสาธารณะ เช่น รถสองแถว รถเมล์
 - 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
 - 2 ไปมาได้เอง

เกณฑ์คะแนน

- | | | |
|-----|-------|--|
| 0 | คะแนน | ผู้ป่วยหมดสติ/ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น |
| 1-4 | คะแนน | ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ต้องมีคนคอยดูแล/เฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ |
| 5-9 | คะแนน | พึ่งพาตนเองได้ดี |

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยอายุรกรรมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้ คือ

ด้านที่ 1 แบบสอบถามความต้องการด้านข้อมูล จำนวน 11 ข้อ

ด้านที่ 2 แบบสอบถามความต้องการดูแลด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ

ด้านที่ 3 แบบสอบถามความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยสามารถเลือกตอบ “ไม่มีความต้องการการพยาบาล” หรือ “มีความต้องการการพยาบาลในระดับ” และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบเมื่อท่านมีความต้องการการพยาบาล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความต้องการการพยาบาลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

- 3 หมายถึง ข้อความในรายการนั้นมีความต้องการการพยาบาลระดับมาก
- 2 หมายถึง ข้อความในรายการนั้นมีความต้องการการพยาบาลระดับปานกลาง
- 1 หมายถึง ข้อความในรายการนั้นมีความต้องการการพยาบาลระดับน้อย

ข้อความ	ไม่มี ความ ต้องการ การ พยาบาล	มีความต้องการการ พยาบาลในระดับ			สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	
ด้านที่ 1 ความต้องการด้านข้อมูล จำนวน 11 ข้อ ดังนี้					
1.1 ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการที่ท่านเป็นอยู่					
1.2 ท่านต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการจัดการอาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่					
1.3 ท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรคที่ท่านเป็น					
1.4 ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา					

ข้อความ	ไม่มี ความ ต้องการ การ พยาบาล	มีความต้องการการ พยาบาลในระดับ			สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	
ของท่าน					
1.5 ท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการควบคุม และการป้องกันการเกิดโรคที่ท่านเป็น					
1.6 ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับยาและวิธีการ สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น					
1.7 ท่านต้องการคำแนะนำและเรียนรู้เกี่ยวกับ วิธีการใช้ยา (ในกรณีที่มี ยาฉีด ยาพ่น ยาอม ใต้ลิ้น ยาเหน็บ)					
1.8 ท่านต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ ท่านควรรับประทาน หรือเรียนรู้วิธีการทำอาหารที่ให้ ทางสายยาง					
1.9 ท่านต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ ท่านไม่ควรรับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง					
1.10 ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสำหรับ ซื้ออุปกรณ์ และของใช้จำเป็น					
1.11 ท่านต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ ท่านสามารถทำได้ให้เหมาะสมกับโรคและภาวะ สุขภาพของท่าน					
ด้านที่ 2 ความต้องการดูแลด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ดังนี้					
2.1 ท่านต้องการเรียนรู้วิธีดูแลกิจวัตร ประจำวันให้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพของ ท่าน					
2.2 ท่านต้องการการช่วยเหลือในการจัดการ เกี่ยวกับอาการปวดต่างๆ					

ข้อความ	ไม่มี ความ ต้องการ การ พยาบาล	มีความต้องการการ พยาบาลในระดับ			สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	
2.3 ท่านต้องการการช่วยเหลือในการป้องกัน และการดูแลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ					
2.4 ท่านต้องการการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพยุงตัว เป็นต้น					
2.5 ท่านต้องการการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการ ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพ ของท่าน					
2.6 ท่านต้องการการดูแลเกี่ยวกับการทำ กายภาพบำบัด					
2.7 ท่านต้องการการจัดให้มีการดูแลต่อเรื่องที่ บ้าน เพื่อช่วยเหลือในการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การทำแผล วัดความดัน เป็นต้น					
2.8 ท่านต้องการได้รับการเตรียมความพร้อมใน การดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้าน					
ด้านที่ 3 ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 11 ข้อ ดังนี้					
3.1 ท่านต้องการการปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการ จัดการความเครียด และความวิตกกังวล					
3.2 ท่านต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือการทำ ศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือ					
3.3 ท่านต้องการการสนับสนุนในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยกับผู้ที่มีปัญหา การเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับท่าน					

ข้อความ	ไม่มี ความ ต้องการ การ พยาบาล	มีความต้องการการ พยาบาลในระดับ			สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	
3.4 ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของท่าน					
3.5 ท่านต้องการการเคารพในสิทธิ และควมมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของท่าน					
3.6 ท่านต้องการความอบอุ่นใจ การปลอบใจ และการให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ท่านผ่อนคลายความวิตกกังวล					
3.7 ท่านต้องการสิ่งที่จะช่วยให้ท่านเกิดความเข้มแข็งภายในอันจะนำพาให้ท่านฝ่าฟันอุปสรรคในชีวิตได้					
3.8 ท่านต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน					
3.9 ท่านต้องการทราบช่องทางการติดต่อในกรณีที่ท่านเกิดเหตุฉุกเฉิน					
3.10 ท่านต้องการโอกาสในการระบายความรู้สึก ทั้งทางบวกและทางลบ ต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้					
3.11 ท่านต้องการได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต					

ภาคผนวก ช

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุด ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550 : 236)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

α	คือ	ค่าความสอดคล้องภายใน
n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
$\sum Si^2$	คือ	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
St^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ชนิดของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550 : 351)

2.1 หาค่าเฉลี่ย

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	คือ	จำนวนข้อมูล

2.2 หาร้อยละ

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ค่าของตัวเลขที่ต้องการคำนวณค่าร้อยละ} \times 100}{\text{ค่าตัวเลขทั้งหมด}}$$

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

SD	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
X	คือ	ค่าแต่ละจำนวน
\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
n	คือ	จำนวนข้อมูลของชุดนั้น

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิรงรอง ชมภูมิ่ง เกิดเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2523 จังหวัดแพร่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในปี พ.ศ. 2546 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย