

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตในระยะหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีผลกระทบต่อโครงสร้างของประชากรและสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพสะท้อนแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยคนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดยาวนานขึ้น จาก 68.9 ปีในปี 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 70.3 ปีในปี 2547 (UNDP, 2006) อายุขัยที่ยืนยาวขึ้นประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก็หมายถึงอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรกลุ่มนี้ก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ การกระจายตัวและการย้ายถิ่นของประชากร การเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ล้วนต่างก็มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนไทยและมีผลทำให้ปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป (เทียนฉาย กิระนันท์, 2536)

ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยคือโรคเรื้อรังที่เป็นโรคไม่ติดต่อชนิดต่างๆ รายงานผู้ป่วยในของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ระบุว่าโรคไม่ติดต่ออันดับต้นที่เป็นสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่โรคหัวใจ หลอดเลือดเล็ดเลือดหัวใจตีบตัน มะเร็ง เบาหวาน ถุงลมโป่งพองและทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังและตับแข็ง โดยอัตราการเกิดและความชุกของโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เช่น โรคหัวใจมีอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 56.5 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2528 และเพิ่มขึ้น เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2549 โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยเพิ่มจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2528 เป็น 586.8 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2549 นอกจากนี้อัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อต่างๆก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เช่น ในปี พ.ศ. 2534 โรคความดันโลหิตสูงมีคามชุกของการเกิดโรคในประชากรไทยทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 5.4 อัตรานี้เพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงที่ร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547 เช่นเดียวกับอัตราความชุกของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547 และได้มีการคาดประมาณว่าความชุกของโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังจะสูงถึง 7,035 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2553 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การเพิ่มขึ้นของอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้สอดคล้องกับแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่สะท้อนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมากกว่าในอดีต เมื่อพิจารณาลักษณะพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรค ซึ่งได้แก่พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคยา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการพักผ่อน ฯลฯ พบว่าคนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและอาจก่อให้เกิดโรคมามากขึ้น (การสาธารณสุขไทย, 2550) โดยพบว่าคนไทยบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับการ

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่มีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งน้ำตาลและไขมันมากขึ้น นอกจากนี้คนไทยบางส่วนยังมีการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่บริโภคเกินความจำเป็นและมีการใช้ยาไม่ครบขนาด มีอัตราการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเพศหญิงที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่าในอดีต ทั้งชายและหญิงไทยมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยเฉพาะเบียร์และไวน์เพิ่มมากขึ้น คนไทยโดยทั่วไปมีแนวโน้มการออกกำลังกายไม่คงที่และมีเพียงสัดส่วนน้อยของประชากรคือเพียงร้อยละ 20-30 (เฉลี่ย 29.1) ของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

แนวโน้มการเกิดปัญหาการเจ็บป่วยเหล่านี้สอดคล้องกับผลของการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุด 5 โรคแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหอผู้ป่วยอายุรกรรม, 2550) โรคเรื้อรังนับว่าเป็นสาเหตุหลักให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุ ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุมีไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วไปถึงร้อยละ 30 (Jitapunkul et al., 1998) การที่ความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้มีลักษณะความเจ็บป่วยที่ยาวนานเกิดขึ้นอย่างถาวร มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องการการรักษาและการดูแลตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ , 2537) ซึ่งเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายเนื่องมาจากโรคย่อมเกิดปัญหาทางจิตอารมณ์ตามมาในที่สุด เมื่อพิจารณาในเชิงผลกระทบ ความล้มเหลวของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาในช่วงเวลาที่ยาวนาน และมีอาการขึ้นลงไม่แน่นอนตลอด ซึ่งได้ก่อผลเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงเป็นหลัก ทั้งความสูญเสีย ความพิการ การใช้ทรัพยากรต่างๆมากขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เลวลง รวมทั้งผลกระทบต่อระบบสังคมทั้งมหภาคและจุลภาค ค่าใช้จ่ายที่จะต้องเสียไปกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสิ่งที่ประมาณค่าได้ยาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นวัยรุ่นจนถึงวัยกลางคนซึ่งเป็นช่วงอายุแห่งการมีกิจกรรม การทำงาน การมีครอบครัว และการสะสมประสบการณ์ต่างๆในชีวิต การเจ็บป่วยเรื้อรังจะรบกวนการทำหน้าที่ต่างๆดังกล่าว ซึ่งในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการพินัยขาด มีความต้องการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ซับซ้อนมากกว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้มาก มีการพินัยภาพหลังการจำหน่ายและอาจต้องกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นๆ ( McAleese & Odling Smill, 1994) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุใช้เวลาสำหรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลค่อนข้างนาน/ บ่อยและมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น และไม่ยากที่จะจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างเร็ววัน

ถึงแม้ว่าโรคเรื้อรังจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจหลงเหลือความทุพพลภาพให้แก่ผู้ป่วย แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นที่จะต้องเข้าอยู่โรงพยาบาลตลอดเวลา ถ้าหากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลตัวเองที่ดีก็สามารถดำเนินการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านในระยะเวลาที่โรคสงบได้เพียง อาจจะต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราวในระยะเวลาที่โรคกำเริบ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆสูง มีความยากลำบากในการจำหน่ายกลับบ้านและการคาดหวังผลจากการจำหน่ายได้น้อย ต้องการการปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนสภาวะทางสังคม เพื่อให้ผ่านระยะเปลี่ยนผ่านของการดำเนินภาวะสุขภาพนี้ไปได้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีความต้องการความช่วยเหลือภายหลังการออกจากโรงพยาบาลอย่างมาก

ในทางตรงกันข้าม นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจขณะนี้ คือกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นให้มีการสอนผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมทั้งการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็ว (Early discharge) พื้นที่ที่อาการเจ็บป่วยดีขึ้น (กฤษดา แสงดี และคณะ , 2539) พร้อมกับเร่งนโยบายของการควบคุมคุณภาพของการบริการให้เป็นอย่างสูงสุดคือ การบริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีสุขภาพดี และปลอดภัย สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เป็นไปอย่างคุ้มค่าและเหมาะสมที่สุด ดังนั้นโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่ให้บริการสุขภาพของรัฐมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงและปรับเปลี่ยนในหลายๆด้าน ตั้งแต่ระบบวิธีการคิดใหม่ การทำงานใหม่ รวมทั้งพฤติกรรมบริการใหม่ เพื่อให้เกิดการผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในลักษณะของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลจึงต้องกำหนดกลไกในการทำงานที่เน้นการทำงานเป็นทีม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ( Client-centered care) มีการบริการที่มีคุณภาพสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมเครื่องมือที่จะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง คือการทำ Discharge planning หรือที่ Brooten และคณะ (1988) ให้ความหมายว่าหมายถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีคุณภาพตั้งแต่ในระยะแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งดูแลต่อยังบ้าน (Continuing care) ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการเปลี่ยนผ่าน ( Transition) ได้อย่างราบรื่นและมีคุณภาพระหว่างการดูแลจากในโรงพยาบาลไปสู่บ้านคือการใช้วิธีการของการวางแผนการจำหน่าย ( Discharge planning) ทันทีที่รับผู้ป่วยเข้าดูแล ( Lowenstein & Hoff, 1994) ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายนี้จะช่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ( Brooten, et al.,1988) ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุได้ (Brooten et al,1996 )

หนึ่งในประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาวิจัยในการหารูปแบบของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ( 2551) คือเครื่องมือที่สามารถใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและปฏิบัติการดูแล ประเมินผล และส่งต่อข้อมูลการดูแลจากการดูแล

ระดับหนึ่งไปสู่การดูแลอีกระดับหนึ่ง (เช่น จากโรงพยาบาลสู่ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือที่บ้าน) ในการที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตสูงสุดของผู้ป่วย และป้องกันการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินการพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการนำความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง และการปฏิบัตินั้นสามารถแก้ไขปัญหาและสนองต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Best practice) และจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลาของการรักษาตัวและการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล อันเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและภาครัฐ ดังนั้นโครงการวิจัยนี้จึงเป็นการต่อยอดของการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาให้การบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพและมาตรฐาน อันนำไปสู่คุณภาพของการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์และขอบเขตการวิจัย

### 1.2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

### 1.2.2 วัตถุประสงค์รอง

- 1) เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพ
- 2) เพื่อทดสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลในสถานการณ์จริง
- 3) เพื่อประเมินและบันทึกความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลและนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

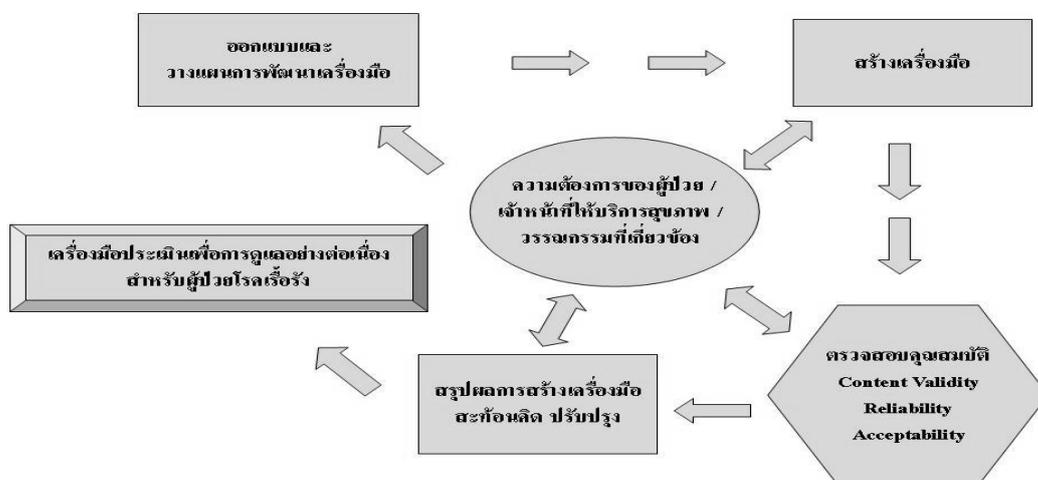
### 1.2.3 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### 1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

ธรรมชาติของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาพยาบาลให้หายขาด หรือมีความเจ็บป่วยอย่างถาวร หลงเหลือความพิการ มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจนไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ ต้องการการฝึกฝนพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีรูปแบบเฉพาะและต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง (Bauwen, Anderson & Buergin, 1983) ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือประเมิน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมนั้นจำเป็นต้องตระหนักถึงสถานะที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ การประเมินและการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงควรมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่เป็นปกติที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และควรมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะอำนวย (Ford & McCormack, 1999) ดังนั้นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่บ่งชี้ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงต้องสะท้อนองค์ประกอบหลัก 2 อย่าง คือ 1) หมวดหมู่ความต้องการการดูแลในด้านต่างๆของผู้ป่วย และ 2) บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพและ/หรือผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการดังกล่าว

ในการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทการดูแลในโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพต้องตระหนักถึงสถานะสุขภาพและสถานการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ปัจจัยด้านชีวภาพต่างๆ แล้วประมวล เป็นความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังต้องประเมินและระบุว่าพยาบาลและผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นด้วย (Ford & McCormack, 1999) การพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของการดูแลจึงต้องใช้กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องซึ่งได้แก่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมผู้ให้บริการสุขภาพ มีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหาการประเมิน ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละด้าน รูปแบบการวิจัยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวนี้ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังกรอบแนวคิดของโครงการวิจัยนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นยุทธวิธีที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ทุกฝ่ายได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายมีความเสมอภาคและมีส่วนร่วมในการดำเนินการศึกษาวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดรูปแบบและวิธีการศึกษาวิจัยไปจนถึงการเผยแพร่ผลการวิจัย (Burns & Grove, 2005) นอกจากนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยังมีข้อได้เปรียบในการทำการศึกษาศึกษาในสถานการณ์ที่อาจมีผู้ที่อยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการเสียประโยชน์ เช่นในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในทุกกระยะของการวิจัยอันจะทำให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาหรือผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการได้ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์บริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ออกแบบและวางแผนการพัฒนาเครื่องมือโดยการสะท้อนคิดและการประชุมกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง จากนั้นร่วมกันนำเครื่องมือที่สร้างไปทดลองใช้ในการประเมินจริง วางแผนและปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ประเมินผลการใช้เครื่องมือเป็นระยะ แล้วนำมาสะท้อนคิดในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง มีการประชุมปรึกษา แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ เพื่อปรับรูปแบบและเนื้อหาของเครื่องมือ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้จริง มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพในการปฏิบัติงาน และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการวิจัย

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจในการคิด ตัดสินใจ และก่อให้เกิดกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับทุกคนที่เกี่ยวข้องบนพื้นฐานของความเสมอภาคเท่าเทียมกันอย่างแท้จริง และที่สำคัญที่สุดคือการนำไปสู่ความสำเร็จของแผนงานวิจัยนี้คือได้เครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง และกับผู้ให้บริการสุขภาพในบริบทที่ศึกษา

#### 1.4 การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) โดยเน้นการพัฒนาความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่สำคัญดังนี้

- 1.4.1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
  - 1.4.1.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
  - 1.4.1.2 ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 1.4.2. แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง
  - 1.4.2.1 ความหมายของการดูแลต่อเนื่อง
  - 1.4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลต่อเนื่องและการเจ็บป่วยเรื้อรัง
  - 1.4.2.3 ประเด็นการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 1.4.3. การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

- 1 .4.3.1 ประเด็นความต้องการการดูแลต่อเนื้อที่ควรประเมินของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 1.4.3.2 แนวทางการพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื้อสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- 1.4.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินฯ
- 1.4.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื้อสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

#### 1.4.1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

##### 1.4.1.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะเรื้อรัง ( Chronically) ตามความหมายพจนานุกรมมีความหมายว่า “ความยืดเยื้อ” เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีความยืดเยื้อยาวนาน ไม่มีทางช่วยเหลือให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (Webster & Gove, 1989) ดังนั้นโรคเรื้อรังจึงมีความหมายถึงโรคที่เป็นนาน รักษาไม่หาย มีอาการของโรคนาน เป็น ๆ หาย ๆ

ได้มีการให้ความหมายที่หลากหลาย แต่โดยรวมแล้วจะสะท้อนลักษณะร่วมของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งในแง่ของลักษณะการเกิดและการดำเนินของความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เกิดโรค การสูญเสียหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้เจ็บป่วย และระดับของความต้องการในการดูแลรักษา ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า **ความเจ็บป่วยเรื้อรัง** หมายถึง การเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเกิดภาวะที่เบี่ยงเบนออกไปจากสภาพปกติที่มีลักษณะตั้งแต่ 1 อย่าง มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

- Bauwens และคณะ ( 1983) ให้ความหมายว่า ภาวะเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือเป็นอย่างถาวร
- Verbrugge (1982; cited in Lubkin, 1990) ให้ความหมายว่า ภาวะเรื้อรังเป็น ภาวะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ จะมีการดำเนินโรคที่เลวลงเรื่อยๆหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่
- Abram (1974 cited in Lubkin, 1990) ให้ความหมายว่า ภาวะเรื้อรัง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่ออยู่กับความเจ็บป่วย
- Feldman (1974), Cluff (1981), Mazzuca, (1982) ให้ความหมายว่า ภาวะเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและฝึกฝนทักษะพิเศษในการดูแลตนเอง
- องค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) ได้ให้ความหมาย โรคเรื้อรัง ว่า ประกอบด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และเลือกออกในสมอง โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค โรคปอด
- สถาบันจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Priority Action Council [NHPAC], 2006, อ้างใน ญัฎฐพร พันแพง 2552 ) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรัง ว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตายมากที่สุดในออสเตรเลีย โรคเรื้อรังเป็นภาระและมีผลกระทบที่ตามมาคือความพิการ โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ หอบหืด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้ออักเสบ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไว้หลายท่าน เช่น
- อุดลย์ บันฑุกุล (2550) ได้ให้ความหมายโรคเรื้อรัง ว่า โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน

โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคข้อเสื่อม เป็นต้น มีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

- วิรัตน์ ทองรอด (2550) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เมื่อเริ่มเป็นแล้วมักไม่หายขาดจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรงได้ เช่น โรคหืด โรคความดันเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไทรอยด์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2546) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างไปจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเฉียบพลัน กล่าวคือ การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับสู่ปกติ หรือ อาจทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องอาศัยการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว เห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนาน เกิดขึ้นอย่างถาวร และอาจก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายได้ ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ยาวนานเกิน 6 เดือน ทำให้ก่อเกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการทิ้งไว้ อาการของโรคมักเสื่อมมีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ต้องการการฟื้นฟูและต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลรักษา รวมทั้งต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง และต้องการการดูแลเอาใจใส่พิเศษ ต้องการการสังเกตเป็นระยะเวลา ยาวนาน ตลอดจนคำแนะนำอย่างใกล้ชิด จึงทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลสำหรับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

#### 1.4.1.2 ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่าง บุคคลมีความต้องการตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด เป็นกระบวนการต่อเนื่องซึ่งบุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาติของความต้องการ ความต้องการพื้นฐานของบุคคลจะเริ่มจากสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการอยู่รอดของร่างกายต้องได้รับการตอบสนองก่อนอย่างเพียงพอก่อน จึงจะเกิดการพัฒนาด้านความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไป (Maslow, 1970 อ้างใน ดุษฎี อาจผดุงกุล, 2547) ความต้องการเป็นสิ่งผลักดันจากภายในของบุคคล ที่ทำให้บุคคลแสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการและปรารถนา ซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัดระดับความพึงพอใจของบุคคล ความต้องการของบุคคลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บป่วยบุคคลจะมีความต้องการมากกว่าบุคคลทั่วไป (จริยาวัตร, อุษาพร, ชุตินา, อุตถากร, ราตรี, อ้างในอนุมาลี แซ่หลี่, 2547)

เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนาน จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการทิ้งไว้ และอาจก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายได้ นอกจากนี้ อาการของโรคมักมีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาจมีอาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ รักษาไม่หายขาด และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมักต้องการการฟื้นฟูและต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลรักษา ธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากภาวะของโรคหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกรู้สึกคิดและสติปัญญา และด้านพฤติกรรม ( Fisk et al., 1994; Kapella et al., 2006; Ream & Richardson, 1997; Small & Lamb, 1999; Threander & Unosson, 2004) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีอาการอ่อนเพลีย หมดเรื้อยวแรง เคลื่อนไหวช้าลง รู้สึกไม่สุขสบาย ต้องการการพักผ่อนมากกว่าปกติ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เกิดปัญหาในการนอนหลับ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด ผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การได้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการและได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ สืบเนื่องจากผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคูคณอื่น รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง ขาดแรงจูงใจ เกิดความวิตกกังวล เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งทำให้เกิดความต้องการมีสิทธิในการเลือกหรือควบคุมตนเอง มีความสำเร็จและมองเห็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นความท้าทายของชีวิต มีความมั่นใจได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมีการสนทนาและเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ๆ ได้รับการยอมรับ เคารพนับถือในตนเอง ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี

3. ผลกระทบด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและสติปัญญา เกิดการสูญเสียของกระบวนการคิด ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาลดลง ไม่มีสมาธิ สมาธิสั้น และทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

4. ผลกระทบด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น อาจไม่อยากไปทำงาน หรือทำแล้วก็มีจะไม่ประสบความสำเร็จ ไม่อยากเข้าสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง จนทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมในที่สุด

ดังนั้นความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังจึงสะท้อนออกมาจากมิติผลกระทบด้านต่างๆ เหล่านี้ของผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีองค์กรหลายแห่งที่กำหนดกรอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นที่การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น The North West London Continuing Care Health Service (2004) ซึ่งได้จำแนกความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็น 11 กลุ่ม ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลเพื่อประคับประคองชีวิต (Palliative care) เป็นความต้องการการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตตามศักยภาพที่ผู้ป่วยจะสามารถบรรลุ พบเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือต้องได้รับการจัดการเรื่องความเจ็บปวดหรือควบคุมอาการต่างๆ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงปัญหาทั้งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วย

2. ความต้องการด้านการสื่อสาร (Communication) เป็นระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด หรือมีความลำบากในการพูด หรือเมื่อผู้ดูแลต้องใช้ทักษะในการสื่อสารหลายอย่างในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ

3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (Challenging behavior) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมผิดปกติรุนแรงจะมีความเสี่ยง ต่างๆ เช่น พฤติกรรมรุนแรง การทำร้ายตนเอง การเพิกเฉยต่อร่างกายตนเอง ซึ่งต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเหมาะสม

4. การเสื่อมของความคิดและการรับรู้ (Cognitive impairment) คือความต้องการเมื่อผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปัญหาในการเรียนรู้ มีความพิการทางร่างกาย สมองได้รับอันตราย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม จนอาจต้องการการ

ช่วยเหลือเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ความบกพร่องด้านการคิดและสติปัญญา หมายถึง การบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ( disorientation) การสูญเสียความทรงจำ ความบกพร่องในความสามารถที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ความบกพร่องในการรับรู้และการเข้าใจในด้านต่างๆ ความบกพร่องของสติปัญญาและการมีกิจกรรมทางสังคม

5. การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Functional mental illness) เป็นความต้องการด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหนงอ้างโดดเดี่ยว กลัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ พลังอำนาจ ความหวัง อคติทัศนคติ การรับรู้บทบาท สัมพันธภาพ และความเชื่อด้านต่างๆ และยังรวมถึงผลกระทบที่ความต้องการนี้มีต่อความต้องการการดูแลโดยรวมด้วย

6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) ในผู้ป่วยเรื้อรังจะพิจารณาเรื่องข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ยังรวมถึงความเสี่ยงในการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วย

7. ความต้องการด้านอาหารและน้ำ (Food and drink) ในแง่ความเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและรวมถึงความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ และ/หรือ การสำลัก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และรวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเหล่านี้ด้วย

8. ความต้องการเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ที่ปกติของผิวหนัง (Tissue viability – wound /ulcer care) รวมถึงการเกิดและการหายของบาดแผล ตลอดจนการจัดการปัจจัยที่มีผลหรืออาจส่งผลกระทบต่อความคงทนของผิวหนัง

9. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา (Drug therapies and medication) สะท้อนความต้องการเมื่อเจ็บป่วยและต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาโดยบุคลากรสุขภาพ ในการจัดและให้ยาโดยวิธีทางต่างๆ และยังครอบคลุมถึงระดับความสามารถของผู้ป่วยในการบริหารยาด้วยตนเองด้วย

10. ความต้องการในการป้องกันภาวะชัก (Seizure)

11. ความต้องการด้านการหายใจ (Breathing) เป็นความต้องการในการจัดการเกี่ยวกับความการหายใจ ระดับความสามารถในการหายใจด้วยตนเอง และระดับการดูแลเกี่ยวกับการช่วยหายใจโดยบุคลากรสุขภาพ

#### 1.4.2. แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง

##### 1.4.2.1 ความหมายของการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่องเป็นกรอบแนวคิดที่มีเจตนาให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ( Continuing Care) และเหมาะสมโดยส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละหน่วยของบริการสุขภาพและที่บ้านหรือที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล (อุซาวตี อัครวิเศษ, 2548 อ้างใน บุญช่วย เคนฐาน , 2550) การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยนั้นจะต้องมีการผสมผสาน ครอบคลุมและสมบูรณ์แบบ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือองค์กรในชุมชน (Gokow et al, 1985) การดูแลต่อเนื่องจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการดูแล และมีการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างทีมสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ระดับปฐมภูมิและบ้านหรือในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้การบริการสุขภาพมีความต่อเนื่องกันไปในทุกๆระยะของโรคโดยไม่ขาดตอน

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการดูแลต่อเนื่องไว้หลายท่านดังนี้

- สำเร็จ แห้งกระทอก (2543) ให้ความหมายว่า การดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยที่บ้าน จนกระทั่งมีการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ทั้งในที่ บ้าน สถานประกอบการ สถานบริการ เมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับจะต้องมีการดูแลต่อเนื่องซึ่งเชื่อมโยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานการจัดบริการ

- สุพัตรา ศรีวินชชาการ และคณะ (2545) ให้ความหมายว่า เป็นบริการที่ครอบคลุมต่อเนื่องตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) การดูแลต่อเนื่องมีความต่อเนื่องเกิดขึ้นสามลักษณะ คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุดซึ่งเรียกว่า Intra Episode และประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่เกิดจนตายซึ่งเรียกว่า Inter Episode ความต่อเนื่องทั้ง 3 ลักษณะจะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

- Challis & Netten (2005) ให้ความหมายว่า เป็นคำที่ใช้อธิบายการให้การดูแลบุคคลที่มีความต้องการดูแลเป็นระยะเวลายาวนานเนื่องจากไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดจาก การไร้ความสามารถ ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย ที่นำไปสู่ความต้องการการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องรับบริการทางด้านสุขภาพหรือสังคม และความสามารถส่งต่อการดูแลจากสถานบริการสุขภาพ ไปยังบ้าน หรือสถานบริการทางการแพทย์บาลอื่นในชุมชนได้

- American Nurse Association (1996) ให้ความหมายการดูแลต่อเนื่องว่าเป็นกระบวนการ การประเมิน วางแผน การประสานงานร่วมมือกันเพื่อสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้ให้บริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากการดูแลระดับหนึ่ง ไปยังอีกระดับหนึ่ง หรือจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง

จึงสรุปได้ว่าการดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่สถานบริการทางสุขภาพ ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานบริการ หลังออกจากสถานบริหารหรือหลังจากการรับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชนโดยอาศัยพื้นฐานของการติดต่อสื่อสาร การประสานงานระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลในสถานบริการและทีมสุขภาพที่ดูแลในชุมชนรวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการที่จะทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจึงประกอบด้วย การวางแผนการดูแลขณะอยู่ในสถานบริการและหลังออกจากสถานบริการซึ่งเป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นการกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

#### 1.4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลต่อเนื่องและการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากผลกระทบของความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทบทวนไปแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถในการควบคุมโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ขาดการตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และจะละเว้นที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติหรือทำกิจกรรมได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ (Wigal, et al., 1991) จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้พลังอำนาจ (Miller, 1992; Yu, et al., 2007) ซึ่งถ้าหากยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพลังอำนาจเพื่อจัดการกับอาการก็จะส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการดูแลตัวเองและจัดการภาวะสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมกับการดำเนินของโรค ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีอาการกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ง่ายและบ่อย

ปรากฏการณ์นี้ส่วนกระแสบกกับสภาวะการณ์ของสถานบริการสุขภาพปัจจุบันที่ต้องผ่านการรับรองคุณภาพโดยระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ให้มีการการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มที่จะไม่รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลนานๆหากไม่จำเป็น มีการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น โดยมุ่งเน้นมาตรการเตรียมความพร้อมและเน้นการสอนให้การสอนให้มีการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ซึ่งการเร่งการจำหน่ายผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดปัญหาภายหลังการจำหน่าย เช่น การกำเริบของโรคจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ความยุ่งยากของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวไม่อยู่ในสภาพที่พร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน

สภาวะการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นที่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยต้องพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม การพัฒนาแบบประเมิณความต้องการเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยขับเคลื่อนกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและส่งผลให้สามารถประเมิณผลการดูแลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การดูแลที่ต่อเนื่องยังเป็นการยกระดับเพิ่มมาตรฐานของการบริการสุขภาพในช่วงของการเปลี่ยนผ่านการดูแลสุขภาพจากในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ

### 1.4.3 การประเมิณความต้องการการดูแลต่อเนื่องเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการประเมิณความต้องการทางสุขภาพคือการรวบรวมข้อมูลที่เป็นเพื่อนำมาวางแผนในการให้บริการอันจะนำไปสู่ผลประโยชน์ของผู้รับบริการ (Stevens & Gillam, 1998) การประเมิณความต้องการการดูแลที่ดีควรครอบคลุมทั้งประเด็นของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการด้วย Bonevski และคณะ (2000) ได้สรุปประโยชน์ของเครื่องมือประเมิณความต้องการดังนี้

1. สามารถนำไปใช้ในการประเมิณความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง ตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการความช่วยเหลือในด้านใด ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการดูแล
2. สามารถระบุขนาดหรือความรุนแรงของความต้องการการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและลำดับของการให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม
3. สามารถระบุตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการการดูแล จึงช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดปัญหาแต่เนิ่นๆได้

#### 1.4.3.1 ประเด็นในการประเมิณความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

Wagner และคณะ (1999) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการประเมิณความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับดูแลอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติการดูแลที่ครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคม ตลอดจนจนระบบในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะดังกล่าว ได้แก่ Chronic Care Model (CCM) CCM เป็นกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นมาจากการผสมผสานผลจากการสำรวจการปฏิบัติขั้นดีเลิศ (Best practice) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และผลการวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้

เป็นอย่างดี ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น CCM ระบุว่าจะต้องมีการปฏิบัติการใน 6 ด้านหลัก (Wagner et al., 1999) ได้แก่

- การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Self-management support)
- การสนับสนุนด้านการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ (Decision support)
- การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพใหม่ (Delivery system redesign)
- การจัดระบบข้อมูลของการดูแลรักษา (Clinical information systems)
- การเชื่อมต่อการดูแลรักษากับทรัพยากรต่างๆในชุมชน ( Linkages to community resources)
- การจัดการ การดูแลรักษาผู้ป่วย (Organization of health care)

แต่เนื่องจาก Chronic care model เป็นกรอบแนวคิดที่กว้างและมีความเป็นนามธรรมสูง ในการนำแนวคิดนี้มาปฏิบัติจริงจึงเป็นเรื่องซับซ้อน จึงได้มีการสร้างแบบประเมินองค์ประกอบต่างๆของ CCM ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น

Bonomi, Wagner, Glasgow, & Vonkorff, (2002) ได้สร้างแบบประเมิน Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) ขึ้นเพื่อวัดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิด CCM แบบประเมินเป็นการประเมินเชิงระบบตามกรอบของ CCM และได้มีการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน (Psychometric properties) จากสถานให้บริการ 4 แห่งในสหรัฐอเมริกาและให้ผลว่าเป็นแบบประเมินที่สามารถนำไปใช้การประเมินการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบ CCM เนื่องจาก ACIC เป็นแบบประเมินเชิงระบบ ไม่มีเนื้อหาในการประเมินเพื่อระบุถึงลักษณะความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วย และขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพ จึงทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ การให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบของ CCM จึงต้องมีการสร้างแบบประเมินย่อย ที่สามารถระบุลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยด้านต่างๆ และสามารถสะท้อนความต้องการในการให้การดูแลเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การดูแลด้วย ซึ่งก็เป็นวัตถุประสงค์หลักในการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินในครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบหลักทั้ง 6 ด้านของ CCM สะท้อนความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเชิงระบบ แต่ขาดรายละเอียดในเรื่องความต้องการเฉพาะด้าน เป้าหมายทางสุขภาพของผู้ป่วย และเป้าหมายในการให้การดูแลผู้ป่วย

North West London Continuing Care Health Service (2004) ได้จำแนกความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็น 11 กลุ่ม ได้แก่

1. ความต้องการด้านการดูแลเพื่อประคับประคองชีวิต (Palliative care)
2. ความต้องการด้านการสื่อสาร (Communication)
3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (Challenging behavior)
4. การเสื่อมของความคิดและการรับรู้ (Cognitive impairment)
5. การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (Functional mental illness)
6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว (Mobility)
7. ความต้องการด้านอาหารและน้ำ (Food and drink)
8. การคงไว้ซึ่งความคงทนของผิวหนัง (Tissue viability – would /ulcer care)
9. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา (Drug therapies and medication)
10. การป้องกันภาวะชัก (Seizure) และ

### 11. ความต้องการด้านการหายใจ (Breathing)

ซึ่ง Webster, Cella, & Yost, (2003) และ Cella & Nowinski (2002) เพิ่มเติมว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเป็นการช่วยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกทางกาย (Physical well-being) เช่นอาการของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา
2. ความผาสุกทางครอบครัวและสังคม (Social/family well-being) เช่นการสนับสนุนการมีกิจกรรมทางสังคม คุณภาพของสัมพันธภาพด้านต่างๆ และ ความผาสุกของครอบครัว
3. ความผาสุกทางอารมณ์ (Emotional well-being) เช่นการเผชิญปัญหา ภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ และ ความสุขด้านต่างๆ และ
4. ความผาสุกทางการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ( Functional well-being) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตามบทบาท เป็นต้น

Ford & McCormack (1999) สนับสนุนเป้าหมายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุในเรื่องของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต และเน้นการดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถบรรลุทางเลือกของสุขภาพตามที่ต้องการเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งหมายความว่าถ้าผู้ป่วยมีสถานะต่างๆที่จะช่วยให้บรรลุถึงศักยภาพที่ต้องการก็หมายความว่าผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม Ford & McCormack เห็นว่าการให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ซับซ้อน จึงควรมีเกณฑ์การประเมินผลที่มีความจำเพาะต่อการปฏิบัติการให้การดูแล และควรมีการสร้างเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและแม่นยำในการวัด และได้เสนอเป้าหมายในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมี 3 หมวดหมู่ดังนี้

1. การคงไว้ซึ่งสถานะสุขภาพ (Maintaining of health status) ซึ่งประกอบด้วยการสร้างเสริมให้มีภาวะสุขภาพสูงสุด การประเมินภาวะสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเสี่ยงด้านต่างๆ การฟื้นฟูสภาพ และการค้นหาและบรรเทาอาการ
2. การป้องกันและการบรรเทาความไม่สุขสบาย ( Prevention and relief pf distress) ประกอบด้วย การให้การดูแลที่จำเป็นและการช่วยประคับประคองชีวิต การค้นหาและช่วยบรรเทาเป้าหมายชีวิต การป้องกันความเจ็บปวด การรักษาความเจ็บปวด และการประเมินทางด้านจิตใจ
3. การสร้างเสริมศักยภาพสูงสุดของชีวิต ( Maximizing life potential) ซึ่งทำได้โดยการส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการตลอดชีวิต การสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่มีความหมายสำคัญต่อผู้ป่วย การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและการใช้ชีวิต การมีการตอบสนองที่เหมาะสม และการเผชิญปัญหาต่างๆ

ในการที่จะให้การดูแลให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความรู้ ซึ่งใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจต่างๆ 2) ทักษะ คือสมรรถนะที่จำเป็นในการให้บริการ และ 3) ประสพการณ์ โดยเฉพาะประสพการณ์ในการปฏิบัติงานซึ่งจะนำไปใช้ประกอบกับความรู้อันการตัดสินใจ

นอกจากนี้ การศึกษาที่มีความสอดคล้องกับ CCM ซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยที่ประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในสถานให้บริการสุขภาพชนิดต่างๆ Davies & Lakers (1997) พบว่าตัวชี้วัดสำคัญของการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้แก่

1. การสร้างและดำเนินการระบบการให้การดูแลที่มีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และมีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. มีความพยายามที่จะส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของผู้ป่วย

3. มีความพยายามที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและพึ่งพาตนเองได้

และ The Royal College of Nursing (อ้างอิงใน Ford & McCormack, 1999) อธิบายกรอบในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมว่า พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่

1. หน้าที่ในการสนับสนุน (Supportive functions) ได้แก่การสนับสนุนด้านจิตสังคม และอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะเปลี่ยนผ่าน การสร้างเสริมวิถีชีวิตและสัมพันธภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด การช่วยเหลือในการแสดงความรู้สึก และมีความระมัดระวังเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม

2. หน้าที่ในการซ่อมและฟื้นฟู (Restorative functions) มีเป้าหมายที่การส่งเสริมการพึ่งตนเองและการทำหน้าที่ด้านต่างๆด้วยตนเอง การป้องกันการเสื่อมของอวัยวะและความพิการ

3. หน้าที่ในการให้ความรู้ (Educative functions) โดยสอนกิจกรรมในการดูแลตนเองด้านต่างๆ (เช่นการรับประทานยา การสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพ) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาความรู้ต่างๆกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. หน้าที่ในการส่งเสริมชีวิต (Life enhancing functions) ซึ่งรวมถึงกิจกรรมทุกอย่างที่มีเป้าหมายเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุด รวมถึงการบรรเทาความเจ็บปวดและการให้สารอาหารที่เพียงพอ

5. หน้าที่ในการจัดการ (Managerial functions) โดยรับผิดชอบในการบริหารและนิเทศกิจกรรมของบุคลากรต่างๆรวมถึงผู้ป่วยและญาติในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีไม่ชัดเจน และในส่วนที่มีใช้นั้นก็มักจะมีประเด็นการประเมินที่ไม่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และเมื่อประเมินแล้วไม่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสังเคราะห์ประเด็นการประเมินสำหรับความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้กรอบการประเมินจาก The British Department of Health (2007) เนื่องจากเป็นกรอบการประเมินที่มีความครอบคลุมประเด็นความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งสามารถสรุปมิติและลักษณะความต้องการของผู้ป่วยได้ 12 ด้าน คือ

**1. ความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สุขสบาย** เป็นการประเมินผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และ/หรือผู้ที่ต้องได้รับยาระงับปวดหรือยาเพื่อควบคุมอาการอื่นๆตลอดเวลา ทั้งนี้ต้องพิจารณารวมถึงปัญหาทางจิตสังคม และจิตวิญญาณด้วย

**2. ความต้องการด้านการสื่อสาร** ประเมินระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด หรือมีความลำบากในการพูด หรือเมื่อผู้ดูแลต้องใช้ทักษะในการสื่อสารหลายอย่างในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ และควรประเมินการสื่อสารในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้เมื่อความผิดปกติดังกล่าวด้วย

**3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย** ตัวอย่างพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เอะอะ โวยวาย หรือกระสับกระส่าย พฤติกรรมที่ต่อต้านการให้การดูแลรักษา ไม่ให้ความร่วมมือ

ในการดูแลรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยา อารมณ์หรือสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง มีความซับซ้อนใจอย่างรุนแรงเนื่องจากการสื่อสารบกพร่อง หรือ สื่อสารลำบาก มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมผิดปกติรุนแรงควรมีคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านร่วมประเมินด้วยเสมอ

**4. ความต้องการด้านการคิด สติปัญญา** ผู้ป่วยอาจเกิดความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปัญหาในการเรียนรู้ มีความพิการทางร่างกาย สมองได้รับอันตราย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม จนอาจต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ความบกพร่องด้านการคิดและสติปัญญาหมายถึง การบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) การสูญเสียความทรงจำ ความบกพร่องในความสามารถที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ความบกพร่องในการรับรู้และการเข้าใจในด้านต่างๆ ความบกพร่องของสติปัญญาและการมีกิจกรรมทางสังคม ผู้ประเมินควรหลีกเลี่ยงที่จะประเมินเพียงแค่ระดับของความบกพร่อง แต่ควรประเมินความต้องการที่เป็นผลมาจากความบกพร่องนั้นๆ และอาจใช้เครื่องมือ เช่น Mini Mental State Examination หรือ Abbreviated Mental Test ช่วยในการวัดระดับของความบกพร่องทางการคิดและสติปัญญาก็ได้

**5. ความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ** ประเมินความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ และประเมินว่าความต้องการเหล่านี้ส่งผลต่อความต้องการการดูแลโดยรวมอย่างไรบ้าง ถ้ามี ควรระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์และจิตใจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง (แม้จะได้รับการช่วยเหลือต่างๆอย่างเต็มที่แล้ว) ผู้ประเมินควรบันทึกไว้ด้วยการประเมินด้านนี้อาจกระทำได้โดยอาศัยการตัดสินใจอย่างเป็นระบบของผู้ประเมินและใช้ข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ของผู้ป่วย

**6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว** การประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนไหวจะพิจารณาเรื่องข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ควรมีการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วย

**7. ความต้องการด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ** ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ และ/หรือ การสำลัก ควรได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเหล่านี้ ตลอดจนถึงประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเหล่านี้ด้วย

**8. ความต้องการด้านการขับถ่าย** คือการประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่ายและความสามารถในการควบคุมการอุจจาระและ/หรือปัสสาวะ ตลอดจนการรักษาที่มีผลต่อแบบแผนการขับถ่ายและความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายด้วย

**9. ความคงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลกดทับ)** ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแผล ควรมีการประเมินบาดแผลตามมาตรฐานการดูแลบาดแผล การประเมินความคงทนของผิวหนังจะให้ความสำคัญที่ปัจจัยที่มีผลหรืออาจส่งผลต่อความคงทนของผิวหนัง

**10. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยาเพื่อควบคุมอาการ**

**11. ความต้องการการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง** ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น Transient Ischemic Attacks (TIAs), epilepsy เป็นต้น

**12. ความต้องการด้านการหายใจ** อาการและความต้องการเกี่ยวกับการหายใจ ผลกระทบที่แบบแผนการหายใจของผู้ป่วยมีต่อการกระทำกิจกรรม ตลอดจนความต้องการในการรับการรักษาเกี่ยวกับการหายใจ

### 1.4.3.2 แนวทางการพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม 71 เรื่องเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการทางสุขภาพด้านต่างๆ Bonevski และคณะ (2000) พบว่ามีเครื่องมือจำนวนเล็กน้อยเท่านั้นที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามลักษณะของเครื่องมือประเมินที่ดี ที่สะท้อนทั้งประเด็นของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการ

เครื่องมือประเมินความต้องการทางสุขภาพที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. วัดความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยครบถ้วนทุกมิติ
2. ประเมินความต้องการการดูแลทางสุขภาพโดยตรงและครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา
3. วัดผลลัพธ์การดูแลภายในกรอบเวลาที่กำหนด
4. เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยง
5. ใช้งานได้ง่ายและสะดวก
6. ใช้งานได้จริงและเหมาะสมกับระบบการบริการสุขภาพ

#### กระบวนการสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแล

ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นประสบการณ์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล กรณีที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลเองไม่ได้ผู้ประเมินจะระบุความต้องการการดูแลได้โดยการสังเกตจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังนั้นเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลจึงเป็นเครื่องมือที่ไม่สามารถใช้วัดข้อมูลได้โดยตรง แต่จะใช้วิธีการสังเกตและ /หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้แสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดออกมา ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงมีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามสภาพการวัด หรือบริบทของการประเมิน และยังสามารถแปรเปลี่ยนไปตามผู้ให้ข้อมูลและผู้ความสามารถของผู้ประเมินได้ และจะต้องมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการประเมินด้วย

Passmore และคณะ (2002) เสนอว่ากระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยนั้นควรกระทำอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดปัญหา เป็นการระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือความต้องการที่ต้องการการตอบสนอง ขั้นนี้จะเป็นการกำหนดตัวแปรที่ต้องการศึกษา หรือพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาวัด พร้อมทั้งให้นิยามและองค์ประกอบต่างๆของตัวแปรดังกล่าวด้วย

ขั้นที่ 2 วางแผนการสร้างเครื่องมือ เป็นการวางแผนขั้นตอนทั้งหมดของโครงการ รวมถึงการจัดตั้งทีมวิจัย กำหนดเวลาดำเนินการ งบประมาณ ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ การบันทึกข้อมูล และแผนการเผยแพร่ผลการดำเนินงาน

ขั้นที่ 3 กำหนดปัญหาการวิจัย ผู้วิจัยต้องระบุปัญหาหรือคำถามการวิจัยที่จะตอบโดยข้อมูลที่เก็บจากเครื่องมือ คำถามการวิจัยที่ดีควรมีความชัดเจน เรียบง่าย มีความสำคัญ น่าสนใจ และสามารถหา

คำตอบได้ นอกจากนี้คำถามการวิจัยต้องสะท้อนตัวแปรที่สำคัญของการวิจัย ซึ่งมีการให้นิยามหรือคำจำกัดความของตัวแปรจากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยต้องทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อทำความเข้าใจกับองค์ความรู้ต่างๆที่ได้รับการเผยแพร่ตามแหล่งต่างๆ ตรวจสอบว่างานวิจัยที่กำลังจะดำเนินการนั้นไม่ซ้ำซ้อนกับงานวิจัยอื่น ค้นหาประเด็นปัญหาในเรื่องที่จะทำที่ยังไม่มีคำตอบชัดเจน และยังเป็นการศึกษาแบบการศึกษาที่เป็นไปได้สำหรับปัญหาการวิจัยด้วย การทบทวนวรรณกรรมอาจช่วยให้ค้นพบเครื่องมือวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่จะศึกษาซึ่งสามารถนำมาใช้หรือประยุกต์ใช้ได้

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเครื่องมือ เมื่อได้รับคำถามการวิจัยและทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้เพียงพอแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการเลือกเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสมกับคำถามการวิจัยหรือปรับเครื่องมือที่มีการสร้างและทดลองใช้มาแล้ว แต่ในกรณีที่ไม่มีเครื่องมือที่เหมาะสม ผู้วิจัยก็ต้องสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ ซึ่งเริ่มจากการให้นิยามข้อมูลของตัวแปรที่ต้องการวัดอย่างชัดเจนและครบถ้วนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีวิธีการต่างๆในการหาข้อมูล รายละเอียดต่างๆเพื่อให้นิยามและองค์ประกอบของตัวแปร เพื่อสร้างเป็นข้อคำถามในเครื่องมือ แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีใดในการสร้างเนื้อหาของคำถามในเครื่องมือ เมื่อสร้างเสร็จแล้วควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้วยวิธีต่างๆ ดังจะกล่าวในรายละเอียดในส่วนต่อไป วิธีหาข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเครื่องมือ ได้แก่

- การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา
- การสนทนากลุ่มของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับตัวแปรนั้นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- การประชุมปรึกษาในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อตัวแปรนั้นๆ เช่น ผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง
- วิธีเดลไฟ (Delphi Technique) โดยการเลือกผู้เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่ง และให้เสนอหัวข้อในการประเมินตัวแปร จากนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะทำการเรียงลำดับความสำคัญหรือความเกี่ยวข้องกับตัวแปรและให้คะแนน ตัดข้อที่มีความเกี่ยวข้องน้อยออกจนกระทั่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกัน

เมื่อได้เนื้อหาที่เหมาะสมแล้ว ก็นำเนื้อหานั้นมาสร้างเป็นข้อคำถามในเครื่องมือ ซึ่งข้อคำถามจะประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ stem (ตัวคำถามหรือประโยคที่ให้แสดงความคิดเห็น) และ response format (ตัวเลือกให้เลือกตอบ ซึ่งอาจเป็นตัวเลือกแบบปลายปิด หรือปลายเปิดก็ได้ และอยู่ในระดับการวัดต่างๆที่ผู้สร้างกำหนด) เมื่อได้ข้อคำถามและรูปแบบการวัดหรือคำตอบในระดับการวัดที่ต้องการแล้ว สิ่งที่ต้องวางแผนต่อไปคือการจัดรูปแบบของเครื่องมือ Passmore และคณะ (2002) แนะนำว่าควรวางข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปไว้ที่ส่วนต้นของเครื่องมือ จัดกลุ่มข้อคำถามที่มีเนื้อหาสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน เพราะจะเอื้อต่อกระบวนการคิดและความจำของผู้ตอบ ควรวางข้อคำถามที่มีรูปแบบตัวเลือกให้ตอบคล้ายกันไว้ด้วยกันเพื่อป้องกันความสับสน วางคำถามเกี่ยวกับประเด็นอ่อนไหว เช่นเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อหรือพฤติกรรมทางเพศไว้ตอนท้ายของเครื่องมือ และพยายามจำกัดจำนวนข้อคำถามให้มีน้อยที่สุดเท่าที่

จะเป็นไปได้ โดย Passmore และคณะแนะนำว่า จำนวนที่เหมาะสมของข้อคำถามของเครื่องมือในการเก็บข้อมูลอย่างครอบคลุมในการตอบคำถามการวิจัยใดๆควรมีจำนวนข้อไม่เกิน 25 ข้อ

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบเครื่องมือ เมื่อได้ข้อคำถามและแนวทางตอบคำถามแล้ว ก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้สร้างเครื่องมือวิจัยจะต้องตรวจสอบว่าข้อคำถามเหล่านั้นสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้ดีเพียงใด มีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงแก้ไขหรือไม่ ซึ่งสามารถหาคำตอบเหล่านั้นได้จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดลองนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในงานวิจัยที่จะทำ (pilot test) การทดสอบคุณภาพเครื่องมือจะช่วยแจกแจงความเข้าใจหรือคุณภาพของข้อคำถาม (ถ้ามี) และจะช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนำไปใช้ได้จริงของเครื่องมือ เช่น ผู้ตอบคำถามเข้าใจคำถามหรือไม่ เครื่องมือที่สร้างมีเนื้อหา และความยาวเหมาะสมหรือไม่ เป็นต้น Passmore และคณะ (2002) แนะนำว่าควรมีการทำ pilot test เครื่องมือที่สร้างใหม่ อย่างน้อย 2 ครั้ง และมีการปรับแก้ไขให้เครื่องมือกระชับและสั้นลงหลังจากการทดสอบแต่ละครั้ง นอกจากนี้ ควรต้องมีการคุณสมบัติเครื่องมือทางสถิติเพื่อหาค่าความเที่ยง (reliability) และ ความตรง (validity) ของเครื่องมือ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในส่วนต่อไป

ขั้นตอนที่ 7 การนำเครื่องมือไปใช้จริง ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูล ควรกำหนดคำแนะนำหรือคู่มือในการใช้เครื่องมือให้ชัดเจน เช่น วิธีการใช้เครื่องมือ วิธีการลงบันทึกข้อมูล เป็นต้น นอกจากนี้ ควรทำจดหมายปะหน้าเครื่องมือ ระบุประเด็นต่างๆต่อไปนี้เป็น การเพิ่มอัตราความร่วมมือในการให้ข้อมูลในเครื่องมือ 1) วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือหรือการสำรวจ 2) เหตุผลที่อาสาสมัครได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ให้ข้อมูล 3) ความสำคัญของอาสาสมัครในการเข้าร่วมให้ข้อมูล Passmore และคณะ (2002) แนะนำว่าอัตราความร่วมมือในการตอบคำถามในเครื่องมือ(response rate) ที่เพียงพอต่อการใช้ในการอธิบายผลกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มประชากรของการวิจัยคือไม่น้อยกว่า 70%

#### 1.4.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมิน

ก่อนที่จะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ หรือเครื่องมือที่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลควรจะมีการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือว่าเครื่องมือต่างๆ สามารถวัดสิ่งที่ต้องการจะวัดได้ตรงหรือไม่ และมีความแม่นยำในการวัดเพียงใด วิกร ตันทวุฑฺโฒ ( 2555) แนะนำว่าคุณภาพของเครื่องมือขึ้นอยู่กับลักษณะสำคัญที่ต้องพิจารณาได้แก่ ความเที่ยงตรง (Validity) ความเชื่อมั่น (Reliability) ความเป็นปรนัย (Objectivity) อำนาจจำแนก (Discrimination) ปฏิบัติจริงได้ (Practical) ความยุติธรรม (Fairness) และประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูล (Efficiency) ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าเครื่องมือทุกชนิดจะต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพทุกประเด็น ลักษณะหรือคุณสมบัติบางประการอาจไม่ตรวจสอบก็ได้ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทของ เครื่องมือ หรือแล้วแต่ความจำเป็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความตรง (Validity) เป็นลักษณะที่บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดในสิ่งที่ประสงค์จะวัดคือสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลหรือวัดค่าตัวแปรได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ( วิกร ตันทวุฑฺโฒ, 2555) หรือเป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้วัดคุณสมบัติต่าง ๆ ของสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ถูกต้อง และ

ครบถ้วน (ภัทรธิรา ผลงาม, 2555) นั่นคือ เครื่องมือที่มีความตรงจะวัดสิ่งที่ต้องการจะวัดได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ดังนั้น ความตรงจึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ดีและมีความคุณภาพจะต้องมีความตรงเป็นเบื้องต้นก่อนแล้วจึงตรวจสอบคุณภาพด้านอื่นๆต่อไป (นิคม ถนอมเสียง (2550) แบ่งประเภทของความตรงตามแบบของสมาคมจิตวิทยาอเมริกา ( American Psychological Association :APA) เป็น 4 ประเภท หรือเรียกที่เรียกว่า "four faces of validity" คือ

1.1 ความตรงตามเนื้อหา ( Content Validity) เป็นตรวจสอบว่าข้อความถามทั้งหมดที่สร้างขึ้น มีเนื้อหาต่างๆครบถ้วนตามวัตถุประสงค์และถูกต้องครบถ้วนตามทฤษฎี หรือมีความครอบคลุม หรือเป็นตัวแทนมวลความรู้หรือประสบการณ์ในประเด็นที่ถามได้ดีเพียงไร ซึ่งสามารถดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ 2 ขั้นตอน 1) จำแนกตัวแปรให้ครอบคลุมตามแนวคิดหรือวัตถุประสงค์โดยการสร้างตารางวิเคราะห์ประเด็น และ 2) ให้ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์นั้น ๆ ซึ่งโดยให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นไม่น้อยกว่า 3 ท่าน (นิคม ถนอมเสียง, 2550) ตรวจสอบความเหมาะสมของนิยาม ขอบเขตของเนื้อหา หรือประสบการณ์ที่มุ่งวัด ตรวจสอบเนื้อหาหรือพฤติกรรมบางส่วนว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหาหรือพฤติกรรมทั้งหมดหรือไม่และ เปรียบเทียบสัดส่วนของข้อความถามว่ามีความสอดคล้องกับน้ำหนักความสำคัญของแต่ละเนื้อเรื่องที่มุ่งวัดมากน้อยเพียงไรโดยการคำนวณหาค่า content validity index (CVI)

1.2 ความตรงตามโครงสร้าง ( Construct Validity) โครงสร้าง (construct) เป็นลักษณะของกรอบรูปร่างของตัวแปรที่ประกอบขึ้นจากลักษณะ (attributes) หรือมิติ (dimensions) ต่างๆ ตามทฤษฎี (Theory) ความตรงตามโครงสร้างจึงเป็นคุณลักษณะของเครื่องมือที่สะท้อนว่าสามารถวัดได้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการวัดตรงตามโครงสร้าง องค์ประกอบของตัวแปรนั้นๆได้ตามทฤษฎีมากน้อยเพียงใด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเภทนี้ ส่วนใหญ่ใช้กับเครื่องมือที่เป็นแบบทดสอบวัดด้านพุทธิปัญญา และวัดความสามารถทางจิตวิทยาประเภทที่เป็นนามธรรม (นิคม ถนอมเสียง, 2550 ; ภัทรธิรา ผลงาม, 2555)

1.3 ความตรงเชิงทำนาย ( Predictive Validity) คือการที่เครื่องมือมีความสามารถวัดและให้ผลออกมาได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงตามที่ควรจะเป็นในอนาคต หรือเป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่สามารถวัดพฤติกรรมหรือคุณสมบัติของบุคคลที่ถูกทดสอบ ได้สอดคล้องกับผลที่คาดการณ์หรือคาดคะเนว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ภายในเวลาที่กำหนดอาจเป็นเดือนหรือปี ตรวจสอบความตรงชนิดนี้ได้โดย การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่วัดได้จากเครื่องมือ นั้นกับคะแนนที่วัดได้จากเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ ที่วัดสิ่งนั้นได้ในอนาคต (นิคม ถนอมเสียง, 2550 ; ภัทรธิรา ผลงาม, 2555)

1.4 ความตรงตามสภาพ ( Concurrent Validity) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลที่ถูกทดสอบได้ตรงกับสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่จริงในปัจจุบัน (นิคม ถนอมเสียง, 2550 ; ภัทรธิรา ผลงาม, 2555)

ทั้งนี้การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือการสร้างเครื่องมือเป็นหลัก และไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงทุกประเภท (นิคม ถนอมเสียง, 2550)

2. ความเชื่อมั่น ( Reliability) หรือความเที่ยง เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่แสดงถึงความคงที่แน่นอนในการวัด (ภัทรธิรา ผลงาม, 2555) เช่น เมื่อใช้เครื่องมือวัดสิ่งเดียวกัน ค่าของการวัดแต่ละครั้งควรคงที่สม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการวัดต่างเวลา หรือใช้วัดโดยผู้ใช้เครื่องมือคนละคน ทั้งนี้

เครื่องมือที่ดีจะต้องให้ผลการวัดในสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วได้ผลคงที่ คงเส้นคงวา จึงจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในค่าที่ได้

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทำได้หลายวิธี (นิคม ถนอมเสียง, 2550 ; ภัทรธิดา ผลงาม, 2555) เช่น

2.1 การหาความเที่ยงจากการวัดสองครั้ง ( Test-retest reliability) เพื่อใช้วัดความคงที่ (stability) และใช้สถิติ Pearson product moment correlation coefficient ในการบอกค่าความเชื่อมั่น

2.2 การหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน ( Internal consistency) วิธีที่ใช้วัดประกอบด้วย KR-20, KR-21, Coefficient alpha (Cronbach) และวิธีแบ่งครึ่ง ( Split-half method) ซึ่งจะใช้สถิติ Spearman-Brown, Guttman ในการบอกค่าความเชื่อมั่น

2.3 การหาความเที่ยงจากความคล้ายกัน ( Equivalent form method) ใช้สถิติ Pearson product moment correlation coefficient

2.4 การวัดความสอดคล้อง ( agreement) ได้แก่สถิติ kappa และ intraclass correlation

3. ความเป็นปรนัย ( Objectivity) หรือความชัดเจนของเครื่องมือ/ข้อคำถาม หมายถึงการที่ข้อคำถามต่าง ๆ มีความชัดเจน ถ้าเป็นแบบสอบถาม เมื่ออ่านคำถามจบแล้วผู้อ่านต้องเข้าใจตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ความเป็นปรนัยของเครื่องมือพิจารณาจากในประเด็นต่อไปนี้ (ภัทรธิดา ผลงาม, 2555)

3.1 คำถามแต่ละข้อต้องชัดเจนวัดประเด็นเดียว ข้อคำถามไม่ควรเป็นคำถามนำ

3.2 คำถามต้องเป็นคำถามที่ชัดเจน รัดกุม ไม่กำกวม ไม่มีความลำเอียง เป็นภาษาที่ผู้ตอบหรือผู้ให้ข้อมูล เข้าใจได้ตรงกันทุกคน เหมาะกับระดับความรู้ภาษาและวัย ไม่ควรใช้ศัพท์เฉพาะหรือศัพท์เทคนิคถ้าไม่จำเป็น

3.3 การตรวจให้คะแนนหรือให้ค่าตัวแปรต้องเป็นระบบมีเกณฑ์ที่ชัดเจนไม่ว่าใครก็ตามมาตรวจหรือวัดตัวแปรย่อมได้ผลคือค่าของตัวแปรที่ไม่แตกต่างกัน

3.4 การแปลความหมายของค่าตัวแปรต้องเป็นระบบที่แน่นอนเป็นทิศทางเดียวผู้ใดจะแปลความหมายของค่าตัวแปรที่วัดได้ย่อมให้ผลการแปลไม่แตกต่างกัน

4. อำนาจจำแนก ( Discrimination) หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือที่จะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างหรือความเหมือนกันของสิ่งที่ต้องการวัดในลักษณะที่เป็นไปตามสภาพจริง หรือสามารถจำแนกกลุ่ม/บุคคล ออกจากกันเป็นกลุ่มตามลักษณะที่ตนเองเป็นอยู่/เกณฑ์ของความรอบรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม มีเครื่องมือหลายประเภทที่ไม่ประสงค์จะจำแนก ก็ไม่จำเป็นต้องหาค่าอำนาจจำแนกหรือทดสอบอำนาจจำแนกของเครื่องมือ (ภัทรธิดา ผลงาม, 2555) การหาค่าอำนาจจำแนกอาจดำเนินการได้หลายวิธี (นิคม ถนอมเสียง, 2550) ได้แก่ การหาอำนาจจำแนกจากดัชนีอำนาจจำแนก ( Discrimination index) การหาอำนาจจำแนกจากการทดสอบสถิติ t-test การพิจารณาจากสัดส่วนการตอบในตัวเลือก เป็นต้น

5. ปฏิบัติได้จริง ( Practical) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตี ควรใช้ได้อย่างสะดวก ไม่ยุ่งยาก เหมาะกับงานวิจัยตามสภาพ มีความคล่องตัวและสามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (ภัทรธิดา ผลงาม, 2555) เครื่องมือบางประเภทอาจจะมีความเที่ยงตรงสูงแต่มีความคล่องตัวน้อย เช่น เครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามมาก ต้องใช้เวลาตอบนาน ก็จะทำให้นำไปใช้ในสภาพจริงไม่ได้ และถือว่าไม่สามารถปฏิบัติได้จริง หลักการสำคัญในการพิจารณาคุณสมบัติของ

การนำไปใช้ได้จริงของเครื่องมือก็คือ เป็นเครื่องมือที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย

6. ยุติธรรม ( Fairness) เครื่องมือที่ดีจะให้โอกาสทุกหน่วยที่ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้กับคน ถ้าวัดตัวแปรได้อย่างยุติธรรม ค่าของตัวแปรควรเป็นอิสระจากศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม เพศ หรือหรือชนชั้นทางสังคม เป็นต้น

7. ประสิทธิภาพ ( Efficiency) เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือที่วัดค่าตัวแปรได้ตามวัตถุประสงค์ ประหยัดแรงงาน เวลา และค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตาม ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไม่ได้หมายความว่าต้องตรวจสอบในทุกประเด็นหลาย ๆ ประเด็นไม่ได้มีผลโดยตรงต่อความถูกต้องในการวัดค่าตัวแปรในการวิจัย แนวทางพิจารณาอย่างง่าย คือ อย่างน้อยที่สุดควรตรวจสอบว่าเครื่องมือนั้นสามารถวัดตัวแปรได้อย่างถูกต้อง เพียงพอที่จะทำให้ผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับและใช้ประโยชน์ได้ เนื่องจากเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเรื้อรังพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ จะมีลักษณะเป็นแบบประเมินที่ไม่ได้วัดความรู้ของผู้ใช้ แต่ต้องการวัดความแม่นยำและความสม่ำเสมอของการตัดสินใจของผู้ใช้ ดังนั้นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ต้องประเมินในการวิจัยนี้ได้แก่ ความตรง ความเชื่อมั่น (ความเที่ยง) การนำไปปฏิบัติได้จริง และความเป็นปรนัย

#### 1.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

Bonomi, Wagner, Glasgow, & Vonkorff, (2002) ได้สร้างแบบประเมิน Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) ขึ้นเพื่อวัดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิด CCM แบบประเมินเป็นการประเมินเชิงระบบตามกรอบของ CCM และได้มีการทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมิน (Psychometric properties) จากสถานให้บริการ 4 แห่งในสหรัฐอเมริกาและให้ผลว่าเป็นแบบประเมินที่สามารถนำไปใช้การประเมินการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบ CCM อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก ACIC เป็นแบบประเมินเชิงระบบ ไม่มีเนื้อหาในการประเมินเพื่อระบุถึงลักษณะความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วย และขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพ จึงทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ การให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบของ CCM จึงต้องมีการสร้างแบบประเมินย่อย ที่สามารถระบุลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยด้านต่างๆ และสามารถสะท้อนความต้องการในการให้การดูแลเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การดูแลด้วย ซึ่งก็เป็นวัตถุประสงค์หลักในการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินในครั้งนี้

Devies & Lakers (1997) ทบทวนงานวิจัยที่ประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในสถานให้บริการสุขภาพชนิดต่างๆ พบว่าตัวชี้วัดสำคัญของการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้แก่ (1) การสร้างและดำเนินการระบบการให้การดูแลที่มีการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และมีการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ, (2) มีความพยายามที่จะส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาของผู้ป่วย และ (3) มีความพยายามที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและพึ่งพาตนเองได้

ดุสิตา ผู้ประกาย และคณะ (2552) ศึกษาการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีประเมินคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตภาคเหนือตอนบน และสร้าง

แบบประเมินคุณภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นมาตรฐาน ฉบับภาษาไทย สำหรับเปรียบเทียบแต่ละหน่วยงานได้ ได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปและรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และส่วนประเมินคุณภาพของการดูแลโดยแบบสอบถามที่แปลจาก Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่า การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ACIC พบว่าโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีนอนามัยต่างมีคะแนนน้อยที่สุดตรงกันในหมวดของการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ( Self Management Support) ในขณะที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมีคะแนนสูงสุดทุกหมวด และสถานีนอนามัยมีคะแนนต่ำสุดเกือบทุกหมวด (ยกเว้นหมวดเชื่อมโยงกับชุมชน) กล่าวคือแบบสอบถาม ACIC ตามแนวคิด MacColl Chronic Care Mode เพื่อประเมินโรคเรื้อรังไม่สามารถทำเป็นสูตรสำเร็จแล้วให้ทุก ๆ ที่นำไปปฏิบัติ หากเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการมองเห็นโอกาส ด้านการเทียบเคียงทางเลือกในการจัดการปัญหา ค้นหาความบกพร่องแล้วใช้วิจารณ์ญาณเลือกเอาบางอย่างที่สอดคล้องเหมาะสมมาทดลองและทดสอบให้เหมาะกับบริบทของตน

ประคอง อินทรสมบัติ (2553). ศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความซับซ้อน ที่เป็นความต้องการซึ่งเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา ความต้องการโดยทั่วไป และความต้องการในระยะพัฒนาการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการดูแลระยะยาว ที่เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการดูแลตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของหน่วยบริการสุขภาพที่ต้องเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในระบบสุขภาพที่มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันและจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เริ่มตั้งแต่ประชาชนที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการรุนแรงและโรคก้าวหน้า รวมทั้งผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต การออกแบบระบบการดูแล แนวคิด การดูแลตนเองต่อเนื่องในการดูแล การดูแลที่มุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แนวคิดหลักเหล่านี้ถูกเตรียมมาในวิชาชีพการพยาบาลซึ่งช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพ

โรงพยาบาลสกลนคร (2549). ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เพื่อประเมินความต้องการของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่าทุกรายได้รับการดูแลจากสถานบริการใกล้บ้าน ระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มาตรวจตามนัดทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย และ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตที่บ้านจำนวน 3 ราย การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วโดยการดำเนินการที่มีกระบวนการครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้ศูนย์ดูแลสุขภาพต่อเนื่องต้องทำการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ต่อเนื่อง

ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ได้ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวร่อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้สัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูง ผู้วิจัยแนะนำให้มีการเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เช่นการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อค้นหาความรู้สึกและความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย หลังจากนั้นช่วยประสานความต้องการและความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายให้สอดคล้องกัน อันจะนำมาซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

โรดเจอร์ และคาร์ย (2007). ศึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด: สนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อค้นหาวิธีการฟื้นฟูและปรับปรุงการช่วยเหลือตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการข้อมูลที่สำคัญคือการทำความเข้าใจเพิ่มเติมของโรคที่จะสร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวของพวกเขาและประชาชนในวงกว้างมาก่อนหน้านี้ในกระบวนการเกิดโรคและการวินิจฉัยควรถูกจุดของ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเขาต้องการที่จะมาถึงข้อตกลงกับเงื่อนไข เพื่อที่จะปรับปรุงการจัดการความรู้สึกตัวเองเป็นโรคของความวิตกกังวลและความยุ่งยากควรถูกที่อยู่กับข้อเสนอแนะว่าการให้คำปรึกษา รายบุคคลอาจจะมีการให้บริการผ่านโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีจุดสำคัญกับกิจกรรมเน้นการสนับสนุนกลุ่ม

การทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีการสร้างแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ กรอบแนวคิดที่ใช้สร้างแบบประเมินเหล่านั้นมีความหลากหลายตามความสนใจของผู้วิจัย แต่ไม่มีแบบประเมินใดที่ถูกออกแบบมาให้สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ยังไม่มีแบบประเมินที่สามารถระบุความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย และเอื้อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขึ้นใหม่พร้อมทั้งทดลองใช้ และทดสอบคุณสมบัติของแบบประเมินดังกล่าวด้วย

## 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาในการดำเนินงานของหน่วยงานที่ทำวิจัย คือ
  - 1.1. ได้เครื่องมือประเมินสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมเหมาะสมสำหรับการใช้ประเมิน 5 โรคเรื้อรังหลักที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว
  - 1.2. ได้ทราบระดับความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและสอดคล้องกับบริบทการดูแลของทีมนสหสาขาวิชาชีพ อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ดีขึ้น เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องอันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี
  - 1.3. ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและภาครัฐ ลดระยะเวลาของการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล
2. เป็นองค์ความรู้สำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป
  - 2.1. ได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (Model of Continuing Care) แบบเป็นองค์รวมในโรงพยาบาล และสามารถศึกษาขยายองค์ความรู้ที่ศึกษาในโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้านต่อไป
  - 2.2. ได้องค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ในสถานบริการสุขภาพอื่นตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมอีสาน และใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้ทันสมัยตามจริง

## บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

### 2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) เป็นลักษณะการวิจัย เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพ และการ ทดสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาลในสถานการณ์จริง พร้อมกับบันทึกความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลและนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การทดสอบและสรุปผลการใช้เครื่องมือจะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Design)

### 2.2 ประชากรและตัวอย่าง

กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย หมายถึง ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มทำวิจัยจนถึงสิ้นสุดการวิจัย ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คือ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และบุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรคหลักที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกโดยวิธีการ purposive sampling โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.2.1. กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรคหลักที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 83 คน

2.2.2. กลุ่มเป้าหมายรอง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา และมีประสบการณ์ในการดูแลและประเมินอาการผู้ป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 5 ปีจำนวน 20 คน

#### ขั้นตอนในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก โดยการติดต่อผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (กรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง) เป็นรายบุคคลตามขั้นตอนดังนี้

1.1. ขออนุมัติการสำรวจข้อมูลและทำวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากผู้บริหารของโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.2. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบโดยการติดต่อรายบุคคลกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่กำลังรับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

1.3. เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักแสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัยตลอดจนข้อมูลต่างๆในแบบชี้แจงและแบบให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทราบ

1.4. ขอให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและอธิบายให้ทราบว่าความยินยอมดังกล่าว ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถเพิกถอนเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ที่โรงพยาบาล

2. กลุ่มเป้าหมายรอง (พยาบาลวิชาชีพ) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายรองจะกระทำตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1. ขออนุมัติการสำรวจข้อมูลและทำวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจากผู้บริหารของโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยและขอคำรับรองจากหัวหน้าหน่วยงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าข้อมูลที่ได้ระหว่างการดำเนินการวิจัยจะนำไปใช้สำหรับการปรับปรุงการให้บริการและการวิจัยเท่านั้นและจะไม่นำไปใช้ในการพิจารณาคุณและโทษของผู้ปฏิบัติงาน

2.2. ประกาศเชิญชวนผู้สนใจผ่านบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหอผู้ป่วยและติดต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพรายบุคคลตามคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายรองที่ได้กำหนดไว้

2.3. เมื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ตลอดจนข้อมูลต่างๆในแบบชี้แจงและแบบให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทราบ

2.4. ขอให้พยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้าร่วมวิจัยลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยและอธิบายให้ทราบว่าความยินยอมดังกล่าว พยาบาลสามารถเพิกถอนเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการพิจารณาความผิดหรือความชอบอันเนื่องมาจากการให้ข้อมูลหรือการถอนตัวจากการให้ข้อมูลวิจัย

## 2.3 พื้นที่ศึกษา

หอผู้ป่วยที่ให้บริการทางอายุรกรรมจำนวน 7 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วย 4ก., 4 ข., 4 ค., 9A., 9B., 9C และตึกสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

## 2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.4.1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ( 1) เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สร้างขึ้น ( 2) แบบประเมิน แบบประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และ (3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL)

2.4.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ( 1) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ( Medical records และ Demographic data) (2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และ (3) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

## 2.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบประยุกต์ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก และรองเข้ามามีส่วนร่วมคิดและร่วมลงมือในการพัฒนาและทดสอบการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญของการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้

2.5.1. ขั้นการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วย เป็นการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจัดการประชุมนักวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย วางแผนการดำเนินงาน ศักยภาพของนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย โดยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มผู้ป่วย และการสังเกตในกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ขั้นตอนนี้จะทำให้ทราบความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลที่ศึกษา จากนั้นผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาและโครงสร้างของเครื่องมือ ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

2.5.2. ขั้นตอนออกแบบและวางแผนการพัฒนาเครื่องมือ นำข้อมูลการสนทนากลุ่มและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากขั้นที่ 2.5.1 มาวิเคราะห์และนำเสนอในกลุ่มนักวิจัยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการระดมสมอง ประชุมปรึกษาหารือ สะท้อนคิด และรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ขั้นตอนนี้จะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพในการปฏิบัติงานและใช้เครื่องมือ และนำไปสู่การวางแผนในการสร้างและทดสอบเครื่องมือต่อไป ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

2.5.3. ขั้นดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดำเนินการในระยะเวลา 3 เดือน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้จากขั้นตอนที่ 2.5.2 โดยนักวิจัยสร้างเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (KKU Continuing Care Assessment Tool: KCAT)

2.5.4. ขั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ชำนาญในสาขาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 ท่าน (Burns & Grove, 1993) และปรับแก้ไขตามความเหมาะสม
2. ตรวจสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity ประเภท divergent validity) โดยใช้ KCAT เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 90 ราย พร้อมกับการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL Index)

3. เชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ประเมิน 3 รูปแบบ ดังนี้

- 3.1 Internal consistency โดยใช้ KCAT เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 90 รายและคำนวณหา Cronbach's alpha
- 3.2 Intra-rater reliability ของเครื่องมือโดยให้พยาบาลวิชาชีพใช้ KCAT เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 90 ราย โดยพยาบาลคนเดิมจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยคนเดิม 2 ครั้งเว้นระยะห่างอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
- 3.3 Inter-rater reliability ของเครื่องมือโดยให้พยาบาลวิชาชีพ 2 คนแยกกันใช้ KCAT เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยคนเดียวกัน ประเมินผู้ป่วย 90 ราย

2.5.5. ขั้นปรับแก้ไขเครื่องมือ ภายหลังจากดำเนินการแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการทดสอบเครื่องมือ แล้วนำมาสะท้อนคิดในกลุ่มที่เกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้บริหาร

มีการประชุมปรึกษา แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงแบบและเนื้อหาของเครื่องมือ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้จริง มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพในการปฏิบัติงาน

## 2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.6.1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ( Content analysis and conclusion) เพื่อนำมาใช้ในการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

2.6.2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในการสรุปข้อมูลทั่วไปและภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

1. ความตรงตามเนื้อหาทดสอบโดยใช้ Content Validity Index (CVI)
2. ความตรงตามสภาพแบบ divergent validity วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง KCAT และ ADL Index โดยใช้ Pearson' correlation coefficients
3. ความเชื่อมั่นแบบ internal consistency ของ CCAT ใช้การทดสอบหาค่า Cronbach's coefficients
4. ความเชื่อมั่นแบบ Intra-rater reliability ใช้การทดสอบแบบ Pearson's correlation coefficients และ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนรวม KCAT จากการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันของพยาบาลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2
5. Inter-rater reliability ใช้การทดสอบแบบ Pearson's correlation coefficients และ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนรวม KCAT จากการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันของพยาบาลคนที่ 1 และคนที่ 2

## 2.7 จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ ( Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย และยึดหลักการที่สำคัญของจริยธรรมการวิจัยบนพื้นฐานของการปกป้องสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล ( Care, 1994) โดยที่บุคคลนั้นไม่ควรได้รับการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจจากการทำวิจัยและมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย (ICN, 1996) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. หลักของการเคารพในความเป็นบุคคล ( Respect for persons) โดยเน้นการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ พิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ไม่มีการข่มขู่ละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ร่วมวิจัยโดยเด็ดขาด ผู้วิจัยชี้แจงอย่างละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการศึกษาระยะเวลาของการดำเนินการ และผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจของผู้ร่วมวิจัยเอง ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิในการให้ข้อมูลตามความคิดเห็นหรือความต้องการของเขาเอง หรือมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลบางอย่างที่ไม่ต้องการเปิดเผยของตัวผู้วิจัยเอง และที่สำคัญคือผู้ร่วมวิจัยทุกคนสามารถยุติการให้ข้อมูลและถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

2. หลักผลประโยชน์ หรือไม่เกิดอันตราย ( Benefit and non maleficent) การวิจัยนี้ได้คำนึงถึงความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้รับผลประโยชน์สูงสุดตระหนักถึงความ

เสียหาย ที่อาจเกิดต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่ถูกเปิดเผย ผู้วิจัยใช้นามแฝงในการเขียนข้อมูล ไม่กล่าวอ้างข้อมูลที่ได้มาให้กับบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ทราบ และมีการตรวจสอบข้อความต่าง ๆ รวมถึงการได้รับอนุญาตก่อนทำการเผยแพร่

3. หลักของความยุติธรรม (Justice) โดยการถือปฏิบัติต่อบุคคลแต่ละคนอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักศีลธรรม ผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ร่วมวิจัยควรได้ ผู้วิจัยต้องพิจารณาด้วยความเหมาะสม วางตัวเป็นกลางไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

4. หลักความจริงใจ (Fidelity) โดยมีความจริงใจต่อผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ทำงานด้วยความจริงใจ และบริสุทธิ์ใจเพื่อผลประโยชน์ที่จะก่อเกิดกับส่วนร่วม สร้างความไว้วางใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และมั่นคงใน การที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างแท้จริง

5. หลักของความมีสัจจะ (Veracity) มีความซื่อสัตย์ทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น บอกความจริงแก่ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยชี้แจงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รักษาความลับอันไม่ควรเปิดเผย ปกป้องสวัสดิภาพและเกียรติของผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน

6. หลักความเชื่อมั่น (Confidentiality) ผู้วิจัยแสดงความเชื่อมั่นให้ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้เชื่อถือได้ว่า ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ถูกสัมภาษณ์ไว้จะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาตและการตรวจสอบมาอย่างดีแล้วจากผู้ที่เป็นคนให้ข้อมูล

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แบบคำชี้แจงสำหรับอาสาสมัครและแบบให้คำยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังที่แนบในภาคผนวก

## บทที่ 3

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### 1. ผลการวิจัย

หลังจากเริ่มดำเนินการในขั้นการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการ การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้จัดการประชุมนักวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ดำเนินการวิจัย วางแผนการดำเนินงาน ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความต้องการของผู้ป่วยโดยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มผู้ป่วย และการสังเกตในกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับการศึกษา

ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 7 หอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการได้ให้ ข้อเสนอแนะว่าต้องการแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั่วไป นั่นคือ ต้องการแบบประเมินที่ไม่เน้นที่ตัวโรค แต่เน้นที่ความต้องการของผู้ป่วยตามหน้าที่การทำงาน ของร่างกาย และเสนอแนะว่า เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว (underlying disease) ในสัดส่วนที่สูงมากและมีโรคเรื้อรังอื่นๆเป็นโรคแทรกซ้อน ดังนั้น จึงขอให้การศึกษา ครั้งนี้พัฒนาแบบประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาเครื่องมือ

ผลการวิจัยจะนำเสนอใน 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง ส่วนที่ 2 การประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ และส่วนที่ 3 ลักษณะของความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

#### 1.1 เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง

##### (KKU Continuing Care Assessment Tool: K-CAT)

เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง สร้างโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว ร่างเครื่องมือประเมิน แล้วส่งเครื่องมือให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการในหอผู้ป่วย 7 หอผู้ป่วยจำนวน 14 คน ทบทวนเนื้อหาและความเหมาะสมของเครื่องมือ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมเพื่อปรับแก้ไข เครื่องมือกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มดังกล่าว 2 ครั้ง เมื่อได้เครื่องมือประเมินฉบับปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยได้ส่ง แบบประเมินให้แก่ผู้เชี่ยวชาญทางการให้พยาบาลต่อเนื่องและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เครื่องมือฉบับ สุดท้ายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย 12 ด้าน โดยมีเนื้อหาการประเมินแต่ละด้านดังนี้

## 1. ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สบาย (pain ,discomfort )

ประเมินผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และ /หรือผู้ที่ต้องได้รับยาระงับปวดหรือยาเพื่อควบคุมอาการอื่นๆ ตลอดเวลา ทั้งนี้ต้องพิจารณารวมถึงปัญหาทางจิตสังคม และจิตวิญญาณด้วย ความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด/ไม่สบายแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่มีความปวดหรือความไม่สบาย</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความปวดหรือไม่สบายในระดับต่ำ (ไม่เกิน 3 จาก10)</li> <li>● สามารถจัดการได้และ<u>ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการนอนหลับพักผ่อน</u></li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับความปวดหรืออาการอื่นๆที่ทำให้ไม่สบาย เช่น หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน <u>คงที่</u> (4-5 / 10)</li> <li>● อาจต้องได้รับการประเมินอาการ<u>นานๆครั้ง</u> <u>หรือ</u></li> <li>● มีอาการที่ทำให้รู้สึกไม่สบายจนต้องจำกัดกิจกรรมในบางวัน</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับความปวดหรืออาการอื่นๆที่ทำให้ไม่สบาย <u>มากขึ้น</u> (6-7 จาก 10)</li> <li>● ต้องได้รับการประเมินระดับอาการ<u>อย่างสม่ำเสมอ</u> เช่น วันละ 3-4 ครั้ง (หรือเวรละครั้ง) <u>หรือ</u></li> <li>● มีอาการที่ทำให้กระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและสมาธิ <u>จนเกิดภาวะพึ่งพา</u> เช่น ผู้ป่วยที่ต้อง bed rest และได้รับ partial care</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับความปวดหรืออาการอื่นๆที่ทำให้ไม่สบาย <u>สูง</u> (มากกว่า 7 จาก 10)</li> <li>● ต้องได้รับการประเมินระดับอาการ<u>วันละหลายๆ ครั้ง</u> (หรือ มากกว่า 1 ครั้ง/เวร) <u>หรือ</u></li> <li>● อาการทรุดลงอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้ <u>ภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น</u> เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับ total care</li> </ul>

หมายเหตุ : 0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

## 2. ด้านการสื่อสาร (communication)

ประเมินระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด หรือมีความลำบากในการพูด หรือเมื่อผู้ดูแลต้องใช้ทักษะในการสื่อสารหลายอย่างในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจ และควรประเมินการสื่อสารในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้ด้วย ความต้องการด้านการสื่อสารแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สื่อสารความต้องการด้วยคำพูดหรือท่าทางได้ตามที่ต้องการ</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องใช้ความพยายามในการสื่อสารความต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจ เช่น พูดไม่ได้/พูดลำบากแต่พยายามเขียนสื่อสารได้ <u>หรือ</u></li> </ul>

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ดูแลอาจต้องใช้ทักษะและพยายามเพื่อทำความเข้าใจ เช่น ต้องใช้ประโยคสั้นๆ ต้องพูดซ้ำๆ หรือซ้ำ ๆ</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการสื่อสาร ทำให้สื่อสารอย่างลำบาก ผู้อื่นเข้าใจความหมายได้ยาก เช่น พูดหรือเขียนได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค สับสน แต่สื่อสารได้ในบางครั้ง <b>หรือ</b></li> <li>● ผู้ดูแลต้องใช้ทักษะพิเศษเพื่อทำความเข้าใจ</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ แม้ผู้ดูแลจะใช้ทักษะใดๆ เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจ</li> <li>● มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองที่รุนแรง เช่น coma, dysphasic stroke, severe dementia</li> </ul>

หมายเหตุ : 0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง

### 3. ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (ใส่ความเสี่ยงในการเกิดอันตรายในแต่ละข้อ)

ตัวอย่างพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้
- เอะอะ โวยวาย หรือกระสับกระส่าย
- พฤติกรรมที่ต่อต้านการให้การดูแลรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยา
- อารมณ์หรือสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง
- มีความคับข้องใจอย่างรุนแรงเนื่องจากการสื่อสารบกพร่อง หรือ สื่อสารลำบาก
- มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย

ความต้องการด้านการ จัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย แบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้ความร่วมมือในการดูแลดี ไม่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตรายเกิดขึ้น <u>นานๆครั้ง</u> (น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)</li> <li>● พฤติกรรมมีแนวโน้มก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น <u>น้อย</u></li> <li>● ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายแต่สามารถคาดการณ์แบบแผนได้ เกิดขึ้น <u>หลายครั้งต่อสัปดาห์</u></li> <li>● ถ้าไม่ได้รับการดูแลพฤติกรรมโดยผู้ดูแลที่มีความชำนาญอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่นได้</li> <li>● ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นส่วนใหญ่</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเกิดขึ้นมากกว่า <u>5 วัน /สัปดาห์</u></li> </ul>

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
3	<p><b>หรือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● พดติกรรมเกิดไม่บ่อยแต่รุนแรงจนต้องได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย</li> <li>● ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาไม่แน่นอนแต่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแลรักษาเฉพาะพอสมควร</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีพดติกรรมที่เป็นอันตรายอย่างมากจนทำให้เกิดความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น เกิดขึ้นมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์ <b>หรือ</b></li> <li>● พดติกรรมเกิดไม่บ่อยแต่รุนแรงจนต้องได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญตลอดเวลาเพื่อควบคุมอาการให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีพดติกรรมที่เป็นอันตรายอย่างมาก ที่เกิดโดยมี <u>แบบแผนไม่แน่นอนและเกิดขึ้นบ่อยๆ หรือตลอดเวลา</u> และเป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น</li> <li>● ต้องได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญตลอดเวลาเพื่อควบคุมอาการให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย</li> <li>● ผู้ป่วย unconscious</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง, 5 = เร่งด่วน

**หมายเหตุ:** ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพดติกรรมผิดปกติรุนแรงควรมีคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านร่วมประเมินด้วยเสมอ

#### 4. ด้านการคิด สติปัญญา ( cognitive perception )

ผู้ป่วยอาจเกิดความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปัญหาในการเรียนรู้ มีความพิการทางร่างกาย สมองได้รับอันตราย โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม จนอาจต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ความบกพร่องด้านการคิดและสติปัญญาหมายถึง การบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) การสูญเสียความทรงจำ ความบกพร่องในความสามารถที่จะ **คิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ** ความบกพร่องในการรับรู้และการเข้าใจในด้านต่างๆ ความบกพร่องของสติปัญญาและการมีกิจกรรมทางสังคม ผู้ประเมินควรหลีกเลี่ยงที่จะประเมินเพียงแค่ระดับของความบกพร่อง แต่ควรประเมินความต้องการที่เป็นผลมาจากความบกพร่องนั้นๆด้วย ความต้องการด้านการคิดและสติปัญญา แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระดับการรู้สึกตัวดี รู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาในระดับที่<u>ยังสามารถบอกความต้องการด้านต่างๆได้</u></li> <li>● อาจต้องพึ่งพาการช่วยเหลือด้านการคิดและสติปัญญาจากผู้ดูแลในบางเรื่อง</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาจน<u>ไม่สามารถบอกความต้องการ</u></li> </ul>

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
	ด้านต่างๆ <u>ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือและแนะนำ</u>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาจน<u>ไม่สามารถบอกความต้องการ</u> ด้านต่างๆ <u>แม้จะได้รับการช่วยเหลือและแนะนำแล้วก็ตาม</u></li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาหรือ <u>ไม่รับรู้</u> วัน เวลา สถานที่หรือบุคคล จน <u>ไม่สามารถบอกความต้องการ</u>ด้านต่างๆ และ <u>ต้องพึ่งพาผู้อื่น</u>เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน การป้องกันอุบัติเหตุ ภัยอันตราย หรือการดูแลสุขภาพตนเอง</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

**หมายเหตุ** อาจใช้เครื่องมือ เช่น Mini Mental State Examination หรือ Chula mental test ช่วยในการวัดระดับของ ความบกพร่องทางการคิดและสติปัญญาได้

#### 5. ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ (emotional ,psychological and spiritual need)

ประเมินความต้องการด้านอารมณ์ / จิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหนงอ้างโดดเดี่ยว กลัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ พลังอำนาจ ความหวัง อัตมโนทัศน์ การรับรู้บทบาท สัมพันธภาพ และความเชื่อด้านต่างๆ ประเมินว่าความต้องการเหล่านี้ส่งผลต่อความต้องการการดูแลโดยรวมอย่างไรบ้าง ถ้ามีความต้องการควรระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจและ จิตวิญญาณ เนื่องจาก การเจ็บป่วยที่รุนแรง (แม้จะได้รับการช่วยเหลือต่างๆอย่างเต็มที่แล้ว) ผู้ประเมินควรบันทึกไว้ด้วย และการประเมินด้านนี้อาจกระทำได้โดยอาศัยการตัดสินใจอย่างเป็นระบบของผู้ประเมิน และใช้ข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ของผู้ป่วย ความต้องการด้านการคิดและสติปัญญา แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จัดการกับความต้องการด้านอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม <b>หรือ</b></li> <li>● ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณ</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณ เช่น มีอาการเครียด วิตกกังวล <b>หรือ</b></li> <li>● อยู่ในสถานการณ์ที่บีบคั้นทางอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย <b>หรือ</b></li> <li>● มีความสนใจในการทำกิจกรรมดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน <u>ลดลง</u> แต่ยังคงตอบสนองในการดูแล</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณ <u>มากขึ้น</u> <u>ตอบสนอง</u>ในการดูแลบ้างเมื่อได้รับการกระตุ้น</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์/จิตใจและจิตวิญญาณอย่าง <u>รุนแรง</u> <u>ไม่</u>ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง

## 6. ด้านการเคลื่อนไหว

การประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนไหวจะพิจารณาเรื่องข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ควรมีการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วย ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เคลื่อนไหวได้เต็มที่ ไม่มีข้อจำกัด</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ยืนและรับน้ำหนักตนเองได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวบางครั้ง</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ยืนและรับน้ำหนักตนเองได้บางครั้ง <b>หรือ</b></li> <li>● ยืนและรับน้ำหนักตนเองไม่ได้เลย แต่สามารถช่วยเหลือหรือให้ความร่วมมือในการเคลื่อนย้ายหรือจัดทำได้</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ยืนไม่ได้และไม่สามารถออกแรงช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายหรือจัดทำได้ <b>หรือ</b></li> <li>● ต้องใช้ความระมัดระวังในการจัดทำเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย และ/หรือ</li> <li>● มีความจำเป็นต้องจัดให้อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเท่านั้น</li> <li>● เสี่ยงต่ออันตรายจากการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่า</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

## 7. ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ และ /หรือ การสำลัก ควรได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเหล่านี้ ตลอดจนถึงประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเหล่านี้ด้วย ความต้องการด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้แต่ต้องได้รับการ<u>เฝ้าระวังขณะรับประทาน</u> เช่น ช่วยตักหรือป้อนอาหาร <b>หรือ</b></li> <li>● รับประทานอาหารได้เองแต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ อาจต้องได้รับอาหารเสริม</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้เวลานานในการรับประทานอาหารทำให้ต้องป้อนเพื่อให้ได้รับปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย <b>หรือ</b></li> </ul>

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เลย แต่ <u>สามารถรับสารอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการโดยวิธีอื่น</u> เช่นทางสายยาง (NG-tube) หรือท่อให้อาหารทางหน้าท้อง(Gastric feeding-tube)</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีภาวะกลืนลำบากและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น อาหารติดคอหรือสำลัก <b>หรือ</b></li> <li>● มีน้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก <b>หรือ</b></li> <li>● มีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างมาก อันเป็นผลมาจากภาวะ eating disorder <b>หรือ</b></li> <li>● เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการให้อาหาร ต้องได้รับการ <b>ดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ</b></li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ และ <u>ต้องได้รับสารอาหารและสารน้ำทางอื่น</u> เช่น ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง <b>และ</b></li> <li>● มีภาวะขาดสารอาหารและน้ำรุนแรงจนต้องประเมินทุก 24 ชั่วโมง <b>หรือ</b></li> <li>● มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารอาหารวิธีต่างๆจนทำให้เกิดความเสี่ยงในการให้อาหาร</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

## 8. ด้านการขับถ่าย

ความต้องการด้านการขับถ่ายแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถขับถ่ายและกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ตามปกติ</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องได้รับการดูแลด้านการขับถ่ายอย่างต่อเนื่อง เช่น</li> <li>● อาจต้องช่วยในการขับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยครั้ง ขึ้น <b>หรือ</b></li> <li>● ต้องช่วยพาไปห้องน้ำ หรือ มีปัสสาวะเล็ดต้องใช้แผ่นรองปัสสาวะที่เตียงหรือ ใส่ถุงยางอนามัยรองรับปัสสาวะ <b>และ</b></li> <li>● สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ อาจมีอุจจาระราดนานๆครั้ง <b>หรือ</b> ถ้ามี stoma ก็สามารถใช้ขับถ่ายได้</li> </ul>
2	<p>ต้องได้รับการดูแลด้านการขับถ่ายอย่างต่อเนื่อง <b>และ</b> <u>ต้องมีการประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากการขับถ่ายด้วย</u> เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● คาท่อสวนปัสสาวะ <b>หรือ</b></li> <li>● ไม่สามารถกลั้นทั้งปัสสาวะและอุจจาระ <b>หรือ</b></li> <li>● มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง <b>หรือ</b></li> <li>● ได้รับการรักษาภาวะท้องผูก</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีปัญหาในการขับถ่ายหรือกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ และต้องได้รับการดูแล</li> </ul>

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
3	ด้านการขับถ่ายเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่อง เช่น CAPD, peritoneal dialysis, hemodialysis หรือ colostomy/ conduit ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง

### 9. ความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย)

ถ้าผู้ป่วยมีแผล ควรมีการประเมินบาดแผลตามมาตรฐานการดูแลบาดแผล การประเมินด้านการดูแลผิวหนังหรือบาดแผลจะให้ความสำคัญที่ปัจจัยที่มีผลหรืออาจส่งผลกระทบต่อสภาพผิวหนังหรือบาดแผล ความต้องการด้านการดูแลความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย) แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผิวหนังปกติ ไม่มีความเสี่ยงที่จะถูกทำลายโดยแรงกดทับหรือรอยโรค</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลาย เช่น ผิวบาง แห้ง หรือบวม ที่ต้องได้รับการจัดการเพื่อป้องกันไม่เกินวันละครั้ง <b>หรือ</b></li> <li>มีแผลกดทับระยะแรกคือผิวหนังเปลี่ยนสีเป็นรอยแดง หรือมีแผลขนาดเล็ก เช่นแผล cut down, tracheostomy <b>หรือ</b></li> <li>มีรอยโรคที่ผิวหนัง เช่น รอยข้ำ ตุ่มพอง ที่ต้องได้รับการจัดการเพื่อป้องกันไม่เกินวันละครั้ง</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลาย เช่น ผิวบาง แห้ง หรือบวม ที่ต้องได้รับการจัดการเพื่อป้องกันอย่างน้อยเวยละครั้ง <b>หรือ</b></li> <li>มีแผลเปิด หรือ มีแผลกดทับ ระยะที่สอง แผลไม่มีการติดเชื้อหรือเนื้อตาย <b>หรือ</b></li> <li>แผลผ่าตัดที่สะอาด/แผลปิด <b>หรือ</b></li> <li>มีรอยโรคที่ผิวหนัง เช่น รอยข้ำ ตุ่มพอง ที่ต้องได้รับการจัดการเพื่อป้องกันอย่างน้อยเวยละครั้ง</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผลเปิดที่ติดเชื้อ หรือแผลกดทับระยะที่สองที่มีการติดเชื้อหรือเกิดเนื้อตาย <b>หรือ</b></li> <li>มีแผลกดทับระยะที่สาม แผลไม่มีการติดเชื้อหรือเนื้อตาย <b>หรือ</b></li> <li>มีแผลหรือรอยโรคชนิดอื่นที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะโดยผู้เชี่ยวชาญ แผลตอบสนองต่อการรักษา</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผลกดทับระยะที่สามขึ้นไป แผลมีการติดเชื้อหรือเนื้อตาย <b>หรือ</b></li> <li>มีแผลหลายแห่งที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น แผลติดเชื้อ มีเนื้อเน่าตาย</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

## 10. ด้านการดูแลรักษาด้วยยา

ความต้องการด้านการดูแลรักษาด้วยยา แบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ยาจัดการอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือถ้ามีก็สามารถจัดการแก้ไขได้</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีข้อจำกัดด้านร่างกาย ด้านอารมณ์หรือการคิด /สติปัญญาซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการได้รับยา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ยาดี</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการให้ยา <i>หรือ</i></li> <li>ยาที่ให้ <i>หรือ</i> วิธีให้มีความซับซ้อน ทำให้มีโอกาสเกิดความเสียหายจากการให้ยา <u>อยู่บ้าง</u> ต้องอาศัยบุคลากรในการให้ยา <i>หรือ</i></li> <li>มีความไม่สบายจากอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อย หอบ อันเป็นอุปสรรคในการให้การดูแลรักษา<u>อยู่บ้าง</u></li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้มีความเสี่ยงจากการให้ยาสูงต้องอาศัยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนเป็นพิเศษในการให้ยา <i>หรือ</i></li> <li>เกิดอาการข้างเคียงจากยาแต่ก็ยังสามารถจัดการแก้ไขได้ <i>หรือ</i></li> <li>มีความไม่สบายจากอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อย หอบ อันเป็นอุปสรรคในการให้การดูแลรักษา<u>มากขึ้น</u></li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีโอกาสสูงในการเกิดอาการข้างเคียงที่ซับซ้อนและแก้ไขได้ยาก <i>หรือ</i></li> <li>มีอาการเจ็บป่วยระดับรุนแรง ที่เกิดขึ้น <u>เป็นระยะหรือเกิดตลอดเวลา</u> และ <u>ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</u> <i>หรือ</i></li> <li>ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการให้ยา</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง<u>ตลอดเวลา</u>ต้องได้รับการจัดการโดยพยาบาลวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ <i>หรือ</i></li> <li>มีอาการเจ็บป่วย<u>ระดับรุนแรงไม่ลดลงตลอดเวลา</u> และ <u>ไม่ตอบสนองต่อการรักษา</u></li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง , 5 = เร่งด่วน

## 11. การดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง

ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น Transient Ischemic Attacks (TIAs), epilepsy เป็นต้น ความต้องการการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระดับความรู้สติปกติ</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีประวัติการรู้สติเปลี่ยนแปลงแต่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว</li> <li>มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดอันตราย</li> </ul>

2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงเป็น<u>บางครั้ง</u> ต้องได้รับการเฝ้าระวังเพื่อ <u>ป้องกันความเสี่ยง</u>ในการเกิดอันตราย</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง<u>บ่อยๆ</u> ต้องได้รับการเฝ้าระวังเพื่อ <u>ป้องกันความเสี่ยง</u>ในการเกิดอันตราย <u>หรือ</u></li> <li>● มีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงเป็น<u>ระยะ</u> ต้องได้รับการดูแลเพื่อ <u>ลดความเสี่ยง</u>ในการเกิดอันตราย</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>หมดสติ(coma) หรือ</u></li> <li>● มีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง<u>ตลอดเวลา</u> และ <u>ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการป้องกันต่างๆ</u> ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตราย</li> </ul>

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง

## 12. ความต้องการด้านการหายใจ

ความต้องการการดูแลด้านการหายใจแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับความต้องการ	ลักษณะผู้ป่วย
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>● หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบหรือเหนื่อย</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ต้องสูดพ่นยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการ แต่อาการ <u>ไม่เป็นอุปสรรค</u>ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน <u>หรือ</u></li> <li>● มีอาการหายใจผิดปกติที่<u>ตอบสนองต่อการดูแลรักษา</u> อาการ <u>ไม่เป็นอุปสรรค</u>ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีอาการหายใจผิดปกติที่<u>ตอบสนองต่อการดูแลรักษา</u>น้อยลง มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน<u>บางอย่าง หรือ</u></li> <li>● ต้องได้รับการดูแลรักษาเกี่ยวกับการหายใจ เช่น การบำบัดด้วยออกซิเจน ความเข้มข้นต่ำ (ไม่เกิน 40%) เช่น ทาง cannula</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยหายใจได้เองผ่าน tracheostomy tube / ET-tube <u>หรือ</u></li> <li>● มีอาการหายใจผิดปกติที่<u>ไม่ตอบสนองต่อการดูแลรักษา</u> มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน<u>ทั้งหมด</u></li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีอาการหายใจผิดปกติแม้จะมี tracheostomy tube / ET-tube with oxygen ต้องได้รับการดูแล<u>หะบ่อยๆ หรือ</u></li> <li>● หายใจลำบากขณะพัก แม้จะได้รับการรักษาอาการก็ไม่ดีขึ้น</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>ไม่สามารถหายใจได้เอง</u> ต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ</li> </ul>

การใช้ K-CAT ประเมินความต้องการการดูแลและได้คะแนนระดับความต้องการของผู้ถูกประเมินในแต่ละด้าน และสามารถนำคะแนนระดับความต้องการนี้มาประกอบกับข้อมูลอื่นๆของผู้ป่วยและนำไปสู่การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่องได้ ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและประชุมปรึกษา

เกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการที่อาจพบในแต่ละหมวดความต้องการการดูแล และได้กำหนดรายชื่อปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามหมวดความต้องการการดูแลไว้ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 รายชื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามหมวดความต้องการการดูแล

หมวดความต้องการการดูแล	รหัส	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
1.ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สุขสบาย	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5	ปวดเนื่องจาก..... ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก.... ไม่สุขสบายเนื่องจาก.... แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก..... นอนไม่หลับเนื่องจาก....
2.ด้านการสื่อสาร	2.1 2.2	การสื่อสารด้วยคำพูด / การสื่อสารทั้งหมดบกพร่องเนื่องจาก เสียงต่อ (การได้รับอันตราย [ระบุ] / เครียด / วิตกกังวล / สูญเสียพลังอำนาจ / ภาวะอ้วงโดดเดี่ยว / สิ้นหวัง / กลัว / เหนงา / การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ฯลฯ) เนื่องจากการสื่อสารบกพร่อง มีภาวะสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจาก.....
3.ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย	3.1 3.2	เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย / อุบัติเหตุ เนื่องจาก ...(ระบุสาเหตุ เช่น ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน-ถาวร / มีของเสียดังในร่างกาย / มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หรือสุขภาพจิตอย่างรุนแรง มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย
4.ด้านการคิด สติปัญญา	4.1 4.2 4.3 4.4	การคิดและการตัดสินใจบกพร่อง กระบวนการคิดผิดปกติ เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย (ระบุ เช่น การติดเชื่อ / อุบัติเหตุ / หกล้ม / ได้รับสารพิษ / ได้รับการรักษาไม่ครบ / ปนเปื้อนเชื้อโรค เนื่องจาก มีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น / ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ / ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การจัดการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ / บกพร่อง เนื่องจาก....
5. ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์จิตใจ	5.1 5.2 5.3 5.4	มีความวิตกกังวลเนื่องจาก..... มีความเครียดเนื่องจาก..... สูญเสียพลังอำนาจเนื่อง.... การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ....

หมวดความต้องการการดูแล	รหัส	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
	5.5 5.6 5.7 5.8	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง บทบาทเปลี่ยนแปลง / ซัดแย้ง มีภาวะเศร้าโศก / เสียใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง
6.ด้านการเคลื่อนไหว	6.1 6.2 6.3	มีความบกพร่องในการ (เคลื่อนไหวร่างกาย / เดิน / เคลื่อนไหวบนเตียง / เคลื่อนย้ายตำแหน่ง) เนื่องจาก..... เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย (ระบุง เช่น อุบัติเหตุ หกล้ม เกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อยึด ฯลฯ) เนื่องจาก สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ / กล้ามเนื้ออ่อนแรง / ขาดพลังงาน ฯลฯ การดูแลตนเอง <b>บกพร่อง</b> (ระบุงด้าน เช่น ทั้งหมด / ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล / ด้านโภชนาการ / ด้านการขับถ่าย) เนื่องจาก สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ / กล้ามเนื้ออ่อนแรง / ขาดพลังงาน ฯลฯ
7.ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ	7.1 7.2 7.3 7.4 7.5 7.6 7.7 7.8 7.9 7.10	(เสี่ยงต่อภาวะ) ขาดน้ำ เสี่ยงต่อการเสียน้ำของเหลว Cardiac output ลดลง / เสี่ยงต่อการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ น้ำเกิน (เสี่ยงต่อ) การเสียน้ำของระดับน้ำตาลในเลือด คลื่นไส้ (เสี่ยงต่อ) เสียน้ำทางโภชนาการ, ได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจาก (ระบุงสาเหตุ เช่น กลืนลำบาก / คลื่นไส้ อาเจียน / เยื่อช่องปากเสียหายที่เป็นแผล / การเคี้ยวไม่มีประสิทธิภาพ) (เสี่ยงต่อ) เสียน้ำทางโภชนาการ, ได้รับสารอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการ หรือเสี่ยงต่อภาวะอ้วน เนื่องจาก (ระบุงสาเหตุ) เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจาก เสี่ยงต่อการสำลัก
8.ด้านการขับถ่าย	8.1 8.2	(เสี่ยงต่อภาวะ) ท้องผูก เนื่องจาก ... ท้องเสีย

หมวดความต้องการการดูแล	รหัส	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล
	8.3 8.4 8.5	<p>กลืนอาหารไม่ได้ เนื่องจาก</p> <p>กลืนปัสสาวะไม่ได้ (ระบุความรุนแรง เช่น ปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราดบางครั้ง/ทุกครั้ง) เนื่องจาก (ระบุสาเหตุ เช่น มีภาวะเครียด สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะ ฯลฯ)</p> <p>มีภาวะปัสสาวะคั่ง เนื่องจาก ...</p>
9.ความแข็งแรง / คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย)	9.1 9.2 9.3 9.4 9.5	<p>(เสี่ยงต่อ) ผิวหนังเสียหาย / การเกิดแผลกดทับ เนื่องจาก (ระบุสาเหตุ เช่น ของเสียดสีที่ผิวหนัง / การไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลงจากแรงกดทับ / มีการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงเฉือนหรือแรงเสียดทาน)</p> <p>ไม่สุขสบาย / มีแผลกดทับ</p> <p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากผิวหนังเสียหาย</p> <p>เสี่ยงต่อการเสียสมดุลของอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจาก ....</p> <p>การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ</p>
10.ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา	10.1 10.2	<p>ขาดประสิทธิภาพในการจัดการการรักษาด้วยตนเองเนื่องจาก...</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยยาเนื่องจาก ....</p>
11.ด้านการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง	11.1 11.2	<p>เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก.....</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (เช่น สำลัก ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อฝ่อ ฯลฯ) เนื่องจากระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง</p>
12.ด้านการหายใจ	12.1 12.2 12.3 12.4 12.5 12.6 12.7	<p>การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง</p> <p>การระบายอากาศบกพร่อง</p> <p>ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง</p> <p>แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>Cardiac output ลดลง เนื่องจาก ...</p> <p>การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>ขาดประสิทธิภาพในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ / การหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว</p>

แบบบันทึกการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง  
(KKU Continuing Care Assessment Tool: KCAT)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ ..... ปี  
HN..... วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล.....  
การวินิจฉัยโรค.....  
แพทย์ผู้ดูแล.....พยาบาลผู้ดูแล.....

**คำชี้แจง**

1. ประเมินความต้องการการดูแลตามหัวข้อต่อไปนี้ทุกข้ออย่างน้อยแหวละ 1 ครั้ง กรอกค่าคะแนนระดับความต้องการของแต่ละหมวด ( 0 - 5) หมวดที่ประเมินไม่ได้ให้บันทึกว่า “ประเมินไม่ได้ (U/A) หรือ “ไม่เกี่ยวข้อง (N/A)”
2. ถ้ามีความต้องการการดูแลเกิดขึ้น ให้เลือกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับความต้องการแต่ละด้านจากรายชื่อข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามหมวดความต้องการการดูแล โดยระบุเป็นรหัสลงใน KCAT Form B

ความต้องการการดูแล	วันที่ .....			วันที่ .....			วันที่ .....		
	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
1.ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด/ไม่สุขสบาย (0 - 4)									
2.ด้านการสื่อสาร (0 - 3)									
3.ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (0 - 5)									
4.ด้านการคิด สติปัญญา (0 - 4)									
5.ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ (0 - 3)									
6.ด้านการเคลื่อนไหว (0 - 4)									
7.ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ (0 - 4)									
8.ด้านการขับถ่าย (0 - 3)									
9.ความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย) (0 - 4)									
10.ด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา (0 - 5)									
11.ด้านการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง (0 - 5)									
12. ด้านการหายใจ (0 - 5)									

0 = ไม่มี, 1 = ต่ำ, 2 = ปานกลาง, 3 = สูง, 4 = รุนแรง, 5 = เร่งด่วน

<b>KCAT Form B</b>
--------------------

**สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

ความต้องการการดูแล	วันที่ .....		
	เช้า	บ่าย	ดึก
1. ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สุขสบาย			
2. ด้านการสื่อสาร			
3. ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย			
4. ด้านการคิด สติปัญญา			
5. ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ			
6. ด้านการเคลื่อนไหว)			
7. ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ			
8. ด้านการขับถ่าย)			
9. ความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผล เปื่อย)			
10. ด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา)			
11. ด้านการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง			
12. ด้านการหายใจ			

(ระบุหมายเลขหน้าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบจากแต่ละด้าน อาจมีหลายข้อใน 1 ด้านได้)

## 1.2 คุณสมบัติของเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง (Psychometric properties of KKU Continuing Care Assessment Tool)

การตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือจะกระทำใน 3 ประเด็นคือ ความตรง ( validity) ความเชื่อมั่น หรือความเที่ยง (reliability) และการนำเครื่องมือไปใช้ (practicality)

### 1.2.1 ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ จะประเมินโดยใช้การตรวจวัด 2 ประเภทคือ ความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง

#### ก. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เป็นการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาว่าเครื่องมือมีความเป็นตัวแทน หรือครอบคลุมประเด็นต่างๆ ในการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่ และคำถามครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดทั้งหมดหรือไม่ วิธีการตรวจสอบทำโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน (Burns & Grove, 1993) ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการสอนและวิจัยเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 3 ท่าน การศึกษาครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 2 วิธีคือ

#### 1. การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน พิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

- 1 = แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 0 = ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 1 = แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ตามสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = \sum R / N$$

เมื่อ  $\sum R$  = ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และ  $N$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดยที่ข้อคำถามที่ IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หมายถึง สามารถนำข้อคำถามนั้นไปใช้ได้ Rovinelli & Hambleton (1977)

ตารางที่ 2 การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC)

ความต้องการการดูแล	IOC	ผลการวิเคราะห์
1.ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด/ไม่สุขสบาย	1	นำไปใช้ได้
2.ด้านการสื่อสาร	0.75	นำไปใช้ได้
3.ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย	1	นำไปใช้ได้
4.ด้านการคิด สติปัญญา	0.5	นำไปใช้ได้
5.ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ	0.75	นำไปใช้ได้
6.ด้านการเคลื่อนไหว	1	นำไปใช้ได้
7.ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ	1	นำไปใช้ได้
8.ด้านการขับถ่าย	1	นำไปใช้ได้
9.ความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย)	1	นำไปใช้ได้
10. ด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา	1	นำไปใช้ได้
11. ด้านการดูแลเมื่อมีระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง	1	นำไปใช้ได้
12. ด้านการหายใจ	1	นำไปใช้ได้

จะเห็นว่าข้อคำถามของ K-CAT ทั้ง 12 ข้อ มีค่า IOC  $\geq 0.5$  ทำให้สามารถสรุปได้ว่า ข้อคำถามของ K-CAT ทุกข้อมีความสอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## 2. การหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI)

ประเมินโดยการนำ K-CAT และเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ โดยมีเกณฑ์เพื่อแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- 1 = ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลด้านนั้นๆ
- 2 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก
- 3 = ข้อคำถามจะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- 4 = ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับความต้องการการดูแลด้านนั้นๆ

จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาแจกแจงเป็นตาราง และรวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 และหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \sum R_{3,4} / N$$

เมื่อ  $\sum R_{3,4}$  = จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ระดับความคิดเห็นเป็น 3 และ 4

N = จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่ใช้ได้ คือตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992, p 104)

ตารางที่ 3      ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ

KCAT Item																	Rating 3-4
	ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1				ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2				ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3				ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1				/				/				/				/	yes
2				/				/				/				/	yes
3				/			/				/				/		yes
4				/				/				/			/		yes
5			/				/					/				/	yes
6				/				/				/				/	yes
7				/				/				/				/	yes
8				/				/				/				/	yes
9				/				/				/				/	yes
10				/				/				/				/	yes
11			/					/				/				/	yes
12				/				/				/				/	yes

$$CVI = 12/12 = 1.0$$

จากการลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 4 นั้น พบว่า K-CAT มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 1.0 จึงสามารถสรุปได้ว่า ข้อคำถามใน K-CAT มีความตรงตามเนื้อหา

### ข ความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity)

ตรวจสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity ประเภท divergent validity) เป็นการตรวจสอบว่าเครื่องมือประเมินสามารถวัดความต้องการการดูแลได้ตรงตามสภาพความต้องการของผู้ป่วยอย่างน้อยเพียงใด ในการศึกษาครั้งนี้ วัดความตรงตามสภาพแบบ Divergent validity

Divergent validity คือการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยพิสูจน์ว่า เครื่องมือนั้นๆ ให้ผลการประเมินที่มีความสัมพันธ์ (แปรผันตามหรือแปรผกผัน) อย่างมีนัยสำคัญกับผลการประเมินที่ได้จากเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ ที่ออกแบบมาเพื่อวัดสิ่งเดียวกันหรือคล้ายกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living Index: ADL) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

ในทางทฤษฎีระดับความต้องการการดูแลของบุคคล หมายถึง ระดับของการพึ่งพาที่บุคคลต้องได้รับจากผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมแต่ละด้าน ซึ่งจะแปรผกผันกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และวัด โดยใช้ K-CAT เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 90 ราย พร้อมกับการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL Index) และคำนวณหาระดับความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ

Pearson's Correlation Coefficient และตั้งข้อสมมติฐานว่าคะแนนรวมของ K-CAT จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนรวมของ ADL ผลการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวม K-CAT กับ ADL มีดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวม K-CAT กับ ADL

Variables	Pearson's correlation coefficient	p
Total K-CAT Score	- 0.711	< 0.01
Total ADL Score	(n = 83)	

ผลการตรวจสอบพบว่าคะแนนรวมของเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง (KKU Continuing Care Assessment Tool: K-CAT) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนรวม ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.711, p < 0.00$ ) จึงสามารถสรุปได้ว่า K-CAT มีความตรงตามสภาพในแบบ divergent validity เมื่อใช้ประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

### 1.2.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือสามารถประเมินได้หลายวิธี การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 3 รูปแบบ คือ internal consistency, test-retest reliability (หรือ intra-rater reliability) และ inter-rater reliability

#### ก. ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)

ทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) ดังนี้

ตารางที่ 5 ความสอดคล้องภายใน (Reliability Analysis – Scale)

N of Cases = 90.0				
Statistics for Scale	Mean	Variance	Standard Deviation	Number of Variables
	13.4880	117.4756	10.8386	12
Reliability Coefficients 12 items				
Alpha = .9209 Standardized item alpha = .9258				

พบว่า K-CAT มีความสอดคล้องภายในอยู่ที่ระดับสูงมาก โดยมี Cronbach's alpha coefficients = 0.921

### ข. Test-retest Reliability (intra-rater reliability or stability)

เป็นการตรวจความเที่ยงภายในผู้ใช้เครื่องมือคนเดียวกันว่า หากใช้เครื่องมือประเมินความต้องการของผู้ป่วยคนเดียวกันสองครั้ง จะได้ค่าที่แตกต่างกันหรือไม่

จากการทดลองให้ผู้ประเมินใช้เครื่องมือประเมินความต้องการจากผู้ป่วยคนเดียวกัน สองครั้งโดยเว้นระยะเวลาระหว่างการประเมินอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมงพบว่า K-CAT ทั้ง total scale และ K-CAT รายด้านมีค่าความเที่ยง test-retest (intra-rater) reliability ในระดับที่สูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ระหว่าง 0.85 – 0.98 ( $p < 0.00$  ทุกค่า) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 Test-retest Reliability

ความต้องการการดูแล	Pearson's Correlation Coefficients (N = 90)*	p
1. ความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สุขสบาย	0.906	0.000
2. ความต้องการด้านการสื่อสาร	0.939	0.000
3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย	0.965	0.000
4. ความต้องการด้านการคิด สติปัญญา	0.961	0.000
5. ความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ	0.848	0.000
6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว	0.976	0.000
7. ความต้องการด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ	0.907	0.000
8. ความต้องการด้านการขับถ่าย	0.935	0.000
9. ความคงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย)	0.929	0.000
10. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา	0.859	0.000
11. ความต้องการการดูแลเมื่อมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง	0.932	0.000
12. ความต้องการด้านการหายใจ	0.977	0.000
<b>Total K-CAT score</b>	<b>0.977</b>	<b>0.000</b>

\*All correlations are significant at the 0.01 level (2-tailed)

### ค. Inter-rater reliability

เป็นการตรวจความเที่ยงระหว่างผู้ใช้เครื่องมือว่า หากผู้ประเมินต่างคนใช้เครื่องมือประเมินความต้องการของผู้ป่วยคนเดียวกัน จะได้ค่าที่แตกต่างกันหรือไม่

จากการทดลองให้ผู้ประเมินสองคนใช้เครื่องมือประเมินความต้องการจากผู้ป่วยคนเดียวกัน ในระยะเวลาใกล้เคียงกันพบว่า K-CAT ทั้ง total scale และรายด้านมีค่าความเที่ยง inter-rater reliability ในระดับปานกลางถึงสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson

ระหว่าง 0.66 – 0.94 ( $p < 0.00$  ทุกค่า) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 Inter-rater reliability

ความต้องการการดูแล	Pearson's Correlation Coefficients (N = 90)*	p
1. ความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด / ไม่สุขสบาย	0.658	0.000
2. ความต้องการด้านการสื่อสาร	0.925	0.000
3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย	0.774	0.000
4. ความต้องการด้านการคิด สติปัญญา	0.902	0.000
5. ความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ	0.815	0.000
6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว	0.947	0.000
7. ความต้องการด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ	0.701	0.000
8. ความต้องการด้านการขับถ่าย	0.849	0.000
9. ความคงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย)	0.792	0.000
10. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา	0.612	0.000
11. ความต้องการการดูแลเมื่อมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง	0.849	0.000
12. ความต้องการด้านการหายใจ	0.964	0.000
<b>Total K-CAT score</b>		0.000

\*All correlations are significant at the 0.01 level (2-tailed)

สรุป เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง (KCAT) เป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือในการใช้ประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

### 1.2.3 การนำเครื่องมือไปใช้

หลังจากที่สิ้นสุดการพัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือ K-CAT ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำเครื่องมือไปใช้และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการนำเครื่องมือไปใช้ มีดังนี้

#### ก. ความสะดวกในการนำไปใช้

พยาบาลวิชาชีพที่ได้ทดลองนำ K-CAT ไปใช้ประเมินผู้ป่วยเห็นว่า K-CAT (KKU Continuing Care Assessment Tool) เป็นเครื่องมือประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สามารถใช้ได้ง่าย แม้ว่า

ในระยะแรกของการใช้เครื่องมือต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและฝึกใช้นานพอควร (30 นาทีต่อการประเมินผู้ป่วย 1 ราย) แต่เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เกิดความคุ้นเคยแล้ว ล้วนมีความเห็นว่า K-CAT เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมเป็นส่วนมาก ใช้ง่าย ใช้เวลาประเมินไม่นาน (10-15 นาที) ไม่ต้องมีการฝึกการใช้เป็นพิเศษ ดังนั้นการนำเครื่องมือนี้ไปใช้นั้นพยาบาลผู้ใช้ต้องศึกษาเนื้อหาของเครื่องมือและวิธีใช้อย่างดีก่อนการนำไปใช้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ (อัมพรพรรณ อธิรานูตร และคณะ 2553)

“เคลแรกที่ยังไม่คุ้นในการตัดสินใจเลือกระดับความรุนแรง... ก็ใช้เวลาเกือบครึ่งชั่วโมง .... แต่ต่อมาทำหลายเคส เริ่มคุ้น คล่องขึ้นก็ใช้เวลา... สิบไม่เกินสิบห้านาทีต่อเคส” ( ID. nu1)

“หนูคิดว่าไม่ยาก ใช้ง่ายไปนานๆเริ่มคล่องก็จะใช้ได้เร็ว..นั่งคิดข้อวินิจฉัยเองยังยากกว่า”( ID. nu5)

“ใช้ง่ายมาก ได้แผนการพยาบาลเฉพาะโรคได้ลึกมากกว่าแบบประเมินเดิม ได้รายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยกว่าเดิม....ดี..ชอบ...เป็นองค์รวมดี...สามารถดึงเนิร์สซิง ไดแอ็ค ไปใช้ได้เลย เช่น น้ำตาลสูงควบคุมไม่ได้ ก็ให้ความรู้ ... ยิ่งคนที่ทำบ่อยๆก็สามารถถอดออกมาได้เลย” (ID. nu8,15 )

#### ข. การดูแลต่อเนื่อง

นอกจาก K-CAT จะเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายแล้ว ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือประเมินผู้ป่วยชุดนี้สามารถนำไปสู่การกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้โดยง่าย และพยาบาลสามารถส่งต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการดูแลรหนึ่งไปสู่อีกกรณีหนึ่งได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนั้นสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่สนับสนุนจุดเด่นของแบบประเมินในด้านการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง/ รวดเร็วประหยัดเวลา ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ (อัมพรพรรณ อธิรานูตร และคณะ 2553)

“ปัจจุบันก็มีเครื่องมือแอสเซส(assess)อยู่..11 แบบแผน..แต่ประเมินเสร็จแล้วก็ต้องมานั่งคิดต่อ...ต้องเสียเวลาไปนั่งคิดต่อว่าจะได้ข้อวินิจฉัยพยาบาลเรื่องอะไร.....เหมือนถามแล้วก็ไม่ได้คำตอบตรงนั้น.....บางทีก็ได้แต่ก็ไม่ชัดเจนเหมือนเครื่องมือนี้ ที่เมื่อประเมินเสร็จแล้วก็เห็นข้อวินิจฉัยเลย.....วางแผนการพยาบาลต่อได้..ยิ่งถ้าเป็นเคสที่ได้แอสซาย(assign) ก็โชคดี..ตามต่อได้เลยว่าเปลี่ยนแปลงคะแนนขึ้นหรือไม่”( ID.nu3. FU 1)

“เครื่องมือนี้ส่งต่อปัญหาได้เลย...โดยเอาการวินิจฉัยไปไว้ที่เนิร์สโน้ตได้สะดวก..เร็ว..เราก็ส่งเวรต่อ..ดูแลปัญหาได้ต่อเนื่อง...น้องๆโดยเฉพาะน้องใหม่ไม่ต้องเริ่มต้นไปคิดไดแอ็ค(nursing diagnosis)..แต่การแคร์(care)ด้านจิตใจ..ก็ไม่สามารถทำได้ทุกคน”.( ID..nu5 ,FG..2)

“สามารถเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับที่เปลี่ยนแปลงได้”( ID..nu1)

### 1.3 ความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Continuing care needs of patients with chronic illness)

#### 1.3.1 ลักษณะทั่วไป

ในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพของแบบประเมิน K-CAT ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครได้ทดลองใช้ K-CAT ในการประเมินผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 83 คน จาก 7 หอผู้ป่วย (ตารางที่ 1) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินส่วนมากเป็นเพศชาย ( 62.7%) และเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ( 69.9%,  $X = 65.61$  ปี,  $S.D. = 11.83$  ปี) จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 83 ราย มีผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้นที่ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วม กลุ่มโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด พบในผู้ป่วย 38 ราย (45.78%) และโรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง โรคร่วมกลุ่มอื่นๆที่พบบ่อยได้แก่ โรคของระบบขับถ่ายปัสสาวะ (17 ราย, 20.48%) โรคของระบบอื่นๆ (17 ราย, 20.48%) เช่นโรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคระบบหายใจและการติดเชื้อ และโรคของระบบย่อยอาหาร (16 ราย, 19.27%)

#### ตารางที่ 8 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน

		จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
เพศ	ชาย	52	62.7		
	หญิง	31	37.3		
อายุ				65.61	11.83
	15 - 49	7	8.4		
	50 - 59	18	21.7		
	60 - 69	26	31.3		
	70 - 79	19	22.9		
	80 ขึ้นไป	13	15.7		
หอผู้ป่วย	4ก	15	18.1		
	4ข	15	18.1		
	4ค	15	18.1		
	9A	2	2.4		
	9B	13	15.7		
	9C	8	9.6		
	สงฆ์	15	18.1		
โรคร่วมที่พบ*					
ระบบหัวใจและหลอดเลือด		38	45.78		

	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ระบบขับถ่ายปัสสาวะ	17	20.48		
ระบบย่อยอาหาร	16	19.27		
อื่นๆ (มะเร็ง ระบบหายใจ ติดเชื้อ stroke)	17	20.48		

\*ผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคและอาจมีโรคของหลายระบบ ทำให้จำนวนนับโรคร่วมเกินจำนวนผู้ป่วย

### 1.3.2 ความต้องการการดูแลด้านต่างๆ

#### 1. ความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาส่วนมากระบุว่า ณ เวลาที่ประเมินผู้ป่วยไม่มีความปวดหรือมีความปวดในระดับต่ำ (31.3% และ 32.5% ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 5 ระบุว่ามีความปวดมากขึ้นหรือมีความปวดในระดับสูง (7.2% และ 13.3% ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

#### ตารางที่ 9

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความปวด	26	31.3
มีความปวดในระดับต่ำ	27	32.5
ระดับความปวดหรืออาการคงที่	13	15.7
ระดับความปวดมากขึ้น	6	7.2
ระดับความปวดสูง	11	13.3
รวม	83	100.0

#### 2. ความต้องการด้านการสื่อสาร

ผู้ป่วยส่วนมากสามารถสื่อสารได้ตามปกติ (62.7%) ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 5 สามารถสื่อสารได้บ้าง เพราะมีความลำบากในการสื่อสาร ในขณะที่ผู้ป่วย 14.5% ไม่สามารถสื่อสารได้เลย ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

#### ตารางที่ 10

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
สื่อสารได้ตามปกติ	52	62.7
ต้องใช้ความพยายามในการสื่อสาร	14	16.9
ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการสื่อสาร	5	6.0
ไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้	12	14.5
รวม	83	100.0

### 3. ความต้องการด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีและไม่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมอันตราย (71.1%) หรือถ้ามีพฤติกรรมดังกล่าว ก็เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (14.5%) อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยประมาณ 15% ที่มีความต้องการการดูแลเพื่อจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ให้ความร่วมมือดี ไม่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมอันตราย	59	71.1
พฤติกรรมอันตรายเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	12	14.5
มีพฤติกรรมอันตรายเกิดขึ้นหลายครั้ง/สัปดาห์	3	3.6
พฤติกรรมอันตรายต่อตนเองและคนอื่นเกิดขึ้น 5 วัน/สัปดาห์	5	6.0
พฤติกรรมที่อันตรายอย่างมากเกิด 5 ครั้ง/สัปดาห์	3	3.6
พฤติกรรมอันตรายอย่างมากเกิดไม่แน่นอนเกิดบ่อย ๆ	1	1.2
รวม	83	100.0

### 4. ความต้องการด้านการคิด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (77.1%) มีระดับการรู้สึกตัวดีหรือแม้จะมีระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงบ้างแต่ก็ยังสามารถสื่อสารความต้องการต่างๆ ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยประมาณ 10% มีความบกพร่องทางการคิดหรือสติปัญญาในระดับต่างๆ จนทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ นอกจากนี้ ผู้ป่วย 13.3% ไม่สามารถรับรู้และไม่สามารถบอกความต้องการต่างๆ ได้เลย ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรู้สึกตัวดี	47	56.6
ยังสามารถบอกความต้องการได้	17	20.5
ไม่สามารถบอกความต้องการได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ	5	6.0
ไม่สามารถบอกความต้องการได้แม้จะได้รับการช่วยเหลือ	3	3.6
ไม่สามารถรับรู้ได้	11	13.3
รวม	83	100.0

## 5. ความต้องการด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์

ผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยส่วนมากมีความต้องการการดูแลด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ในระดับต่างๆ โดยเฉพาะการมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวล (44.6%) และแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มากขึ้นกว่าปกติ (15.7%) มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรุนแรงจนไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ (4.8%) ดังรายละเอียดตารางที่ 13

ตารางที่ 13

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์	29	34.9
มีการเปลี่ยนแปลง เช่น เครียด วิตกกังวล	37	44.6
มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มากขึ้น ตอบสนองเมื่อมีการกระตุ้น	13	15.7
มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรุนแรง ไม่ตอบสนองสิ่งกระตุ้น	4	4.8
รวม	83	100.0

## 6. ความต้องการด้านการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 5 (27.7%) เท่านั้นที่ไม่มีอุปสรรคในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยส่วนมากมีความต้องการการดูแลด้านการเคลื่อนไหวในระดับต่างๆ เช่น ต้องได้รับความช่วยเหลือในการยืนและรับน้ำหนักตัวเอง (32.5%) ในขณะที่ผู้ป่วยเกือบ 40% ไม่สามารถยืนและออกแรงช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง โดยผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ต้องได้รับการดูแลด้านการเคลื่อนไหวทั้งหมดจากพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
เคลื่อนไหวได้เต็มที่	23	27.7
ยืนและรับน้ำหนักตัวเองได้แต่ต้องการความช่วยเหลือ	19	22.9
ยืนและรับน้ำหนักตัวเองได้บางครั้ง	8	9.6
ยืนไม่ได้และไม่สามารถออกแรงช่วยเหลือในการจัดท่าได้	19	22.9
เคลื่อนไหวไม่ได้เลยต้องจัดให้อยู่ท่าเดียว	14	16.9
รวม	83	100.0

## 7. ความต้องการด้านการได้รับอาหาร

ผู้ป่วยส่วนมากสามารถรับประทานอาหารได้เอง แม้บางส่วนอาจจะต้องได้รับอาหารเสริม (65%) มีผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 ที่สามารถรับประทานอาหารได้แต่ต้องได้รับการป้อน (24.1%) ในขณะที่ผู้ป่วย 4.8% มีอาการกลืนลำบาก และต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะกลืน ผู้ป่วย 6% ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เลยและต้องได้รับสารอาหารและน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	29	34.9
รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องได้รับอาหารเสริม	25	30.1
ต้องป้อนอาหาร แต่รับสารอาหารได้	20	24.1
กลืนลำบาก มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	4	4.8
ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ต้องรับสารอาหารจากหลอดเลือดดำ	5	6.0
รวม	83	100.0

## 8. ความต้องการด้านการขับถ่าย

ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งสามารถขับถ่ายได้ตามปกติ (45.8%) แต่ผู้ป่วยส่วนมากมีความต้องการการดูแลด้านการขับถ่ายในระดับต่างๆ โดยผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 4 ต้องได้รับการช่วยเหลือในการพาไปขับถ่าย (24.1%) และอีกเกือบ 1 ใน 4 ที่นอกจากต้องการความช่วยเหลือในการขับถ่ายแล้วยังมีความเสี่ยงที่เกิดจากการขับถ่ายด้วย (24.1%) เพราะไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีปัญหาในการขับถ่ายหรือต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยให้เกิดการขับถ่าย (6%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ	38	45.8
ต้องได้รับการดูแลการขับถ่ายอย่างต่อเนื่อง	20	24.1
ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และประเมินความเสี่ยง	20	24.1
มีปัญหาในการขับถ่ายหรือกลั้นปัสสาวะต้องดูแลพิเศษ	5	6.0
รวม	83	100.0

## 9. ความต้องการด้านการดูแลผิวหนัง/บาดแผล

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมีความต้องการการดูแลด้านผิวหนังหรือมีบาดแผล โดยผู้ป่วย 67.5% มีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลายและต้องได้รับการดูแลจากพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ป่วย 9.6% มีแผลติดเชื้อหรือแผลกดทับเกิดขึ้นแล้ว มีผู้ป่วยเพียง 22.9% เท่านั้นที่มีผิวหนังปกติและไม่ต้องการการดูแลด้านนี้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ผิวหนังปกติ	19	22.9
มีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลายต้องดูแลวันละครั้ง	38	45.8
มีความเสี่ยงต่อผิวหนังถูกทำลายที่ต้องดูแลแหวะครั้ง	18	21.7
มีแผลเปิดที่ติดเชื้อหรือกดทับ	2	2.4
มีแผลกดทับระยะที่สามขึ้นไป แผลติดเชื้อหรือเนื้อตาย	6	7.2
รวม	83	100.0

## 10. ความต้องการด้านการรักษาด้วยยา

ผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้น (14.5%) ที่สามารถรับยาและใช้ยารักษาความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยส่วนมากมีความต้องการการดูแลด้านการได้รับยาจากพยาบาลในระดับที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วย 25.3% มีข้อจำกัดด้านร่างกายแต่ให้ความร่วมมือในการรับยาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับยาหรือเกิดความไม่สุขสบายอันเป็นผลจากการได้รับยา ผู้ป่วย 27.7% มีความเสี่ยงสูงจากการรับยาเพราะมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย เกิดผลข้างเคียงจากการรับยาแล้วหรืออาการไม่ตอบสนองต่อยาที่รักษาเลย ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	12	14.5
มีข้อจำกัดด้านร่างกาย/ให้ความร่วมมือดี	21	25.3
มีปัญหาความร่วมมือ/มีความไม่สุขสบาย	27	32.5
มีอาการเปลี่ยนแปลงทำให้มีความเสี่ยงจากการให้ยาสูง	13	15.7
มีโอกาสสูงในการเกิดผลข้างเคียง	6	7.2
มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา	4	4.8

รวม 83 100.0

### 11. ความต้องการเมื่อการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยน้อยกว่าครึ่ง (49.4%) ที่มีระดับการรับรู้สติปกติ ผู้ป่วย 1 ใน 5 มีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถจัดการดูแลให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วย 25.3% มีการรับรู้สติเปลี่ยนแปลงในระดับที่อาจเกิดอันตรายและต้องมีการเฝ้าระวัง และมีผู้ป่วย 3.6% ที่อยู่ในภาวะหมดสติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สติปกติ	41	49.4
เปลี่ยนแปลงแต่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ	18	21.7
เปลี่ยนแปลงบางครั้ง ต้องได้รับการเฝ้าระวัง	12	14.5
เปลี่ยนแปลงบ่อยต้องได้รับการเฝ้าระวัง	9	10.8
หมดสติ	3	3.6
รวม	83	100.0

### 12. ความต้องการด้านการหายใจ

ผู้ป่วยส่วนมาก (61.4%) สามารถหายใจได้เองตามปกติ ผู้ป่วยส่วนที่เหลือมีความต้องการการดูแลด้านการหายใจในลักษณะต่างๆ เช่น ต้องช่วยให้สอดพ่นยาเพื่อขยายหลอดลม (10.8%) ต้องได้รับการดูแลการหายใจเพราะมีอาการหายใจผิดปกติ (12%) ต้องดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพราะหายใจผ่านท่อเจาะคอ (tracheostomy tube, 4.8%) และต้องช่วยหายใจด้วยเครื่องเพราะผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ (10.8%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 20

ตารางที่ 20

ระดับความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
หายใจปกติ	51	61.4
ต้องสอดพ่นยาขยายหลอดลม	9	10.8
มีอาการหายใจผิดปกติ ต้องได้รับการดูแลการหายใจ	10	12.0
ผู้ป่วยหายใจได้เองผ่าน tracheostomy tube	4	4.8
ไม่สามารถหายใจได้เองต้องรับการช่วยหายใจ	9	10.8
รวม	83	100.0

## 2. อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าการพัฒนาแบบประเมินความต้องการเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น แบบประเมินจะต้องมีคุณลักษณะเด่น 2 ประการ คือ 1) ต้องครอบคลุมประเด็นความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ และ 2) ต้องส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2.1 การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ

การศึกษาค้นคว้า อาสาสมัครผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 7 หอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมโครงการได้ให้ข้อเสนอแนะว่าต้องการแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป นั่นคือ ต้องการแบบประเมินที่ไม่เน้นที่ตัวโรค แต่เน้นที่ความต้องการของผู้ป่วยตามหน้าที่การทำงานของร่างกายและมีความเห็นว่าควรใช้กรอบความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดย North West London Continuing Care Health Service (NHS, 2004) ซึ่งจำแนกความต้องการของผู้ป่วยเป็น 11 กลุ่ม ได้แก่ ความต้องการด้านการประคับประคองชีวิต การสื่อสาร การจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ความบกพร่องทางการคิดและสติปัญญา ความเจ็บป่วยด้านจิตใจ การเคลื่อนไหว อาหาร และน้ำ ความคงทนของผิวหนังและการดูแลบาดแผล การรักษาด้วยยา การป้องกันภาวะช้ำ และการหายใจ แต่กรอบความต้องการของ NHS นั้นใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในการปรับมิติความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วยที่รับการดูแลในสถานบริการระดับตติยภูมิ และได้มีการประเมิน 12 ด้านสำหรับแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (KKU-Continuing care assessment tool: K-CAT) คือ 1) ด้านการดูแลเพื่อจัดการความปวด/ไม่สุขสบาย 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านการจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย 4) ด้านการคิด สติปัญญา 5) ด้านการทำหน้าที่ทางอารมณ์ / จิตใจ 6) ด้านการเคลื่อนไหว 7) ด้านการได้รับอาหารและสารน้ำ 8) ด้านการขับถ่าย 9) ความแข็งแรง / คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย) 10) ด้านการรักษาด้วยยาและการให้ยา 11) ด้านการดูแลเมื่อมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง และ 12) ด้านการหายใจ โดยได้ตัดความต้องการบางด้าน เช่น การป้องกันภาวะช้ำและการดูแลระยะสุดท้ายออกเนื่องจากไม่สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยในสถานบริการและเพิ่มความต้องการการดูแลเมื่อมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง

มิติด้านความต้องการที่ปรับปรุงขึ้นนี้มีความสอดคล้องบางส่วนกับผลการวิจัยโดย Webster, Cella, & Yost, (2003) และ Cella & Nowinski (2002) ซึ่งระบุว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรเป็นการช่วยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 4 ด้าน คือ ความผาสุกทางกาย (Physical well-being) ความผาสุกทางครอบครัวและสังคม (Social/family well-being) ความผาสุกทางอารมณ์ (Emotional well-being) และ ความผาสุกทางการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Functional well-being) โดยความต้องการด้านการดูแลเพื่อจัดการความ

ความปวด/ไม่สุขสบาย การจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตราย การเคลื่อนไหว การได้รับอาหารและสารน้ำ การขับถ่าย ความแข็งแรง /คงทนของผิวหนัง (แผล / การดูแลแผลเปื่อย) การรักษาด้วยยาและการให้ยา การดูแลเมื่อมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง และการหายใจที่ประเมินโดย K-CAT จะสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางกาย ส่วนความต้องการด้านการสื่อสารและการคิด สติปัญญา และการทำหน้าที่ทางอารมณ์/ จิตใจสอดคล้องกับด้านความผาสุกทางอารมณ์และความผาสุกด้านการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทั้งนี้เห็นได้ว่า มิติการประเมินของ K-CAT ยังไม่มีหัวข้อประเมินที่เกี่ยวกับความผาสุก ทางครอบครัวและสังคมที่ชัดเจน มีเพียงความต้องการด้านการสื่อสารที่คาบเกี่ยวกับการบรรลุถึงความผาสุกด้านนี้ สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการนี้มักจะมีระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง ทำให้การสื่อสารบกพร่อง และส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความต้องการเกี่ยวกับความผาสุกทางครอบครัวและสังคมและความต้องการทางจิตวิญญาณจากตัวผู้ป่วยได้ มิตินี้จึงเป็นข้อจำกัดใน K-CAT ที่ต้องมีการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อหาแนวทางในการประเมินความต้องการด้านนี้จากทั้งตัวผู้ป่วยเอง และจากครอบครัว/ญาติของผู้ป่วย

นอกจากนี้ K-CAT ยังมีเนื้อหาการประเมินที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับความต้องการด้านต่างๆ ได้สอดคล้องเป็นส่วนมากกับเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Patient needs assessment tool (PNAT: Coyle, et al., 1996) แบบประเมิน PNAT ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรสุขภาพใช้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง โดย PNAT มี 3 มิติ 1) คือ มิติด้านร่างกาย ครอบคลุมปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน การขับถ่าย ความไม่สุขสบาย และระดับการรู้สึกตัวและการคิด 2) มิติด้านจิตใจ ได้แก่ปัญหาด้านการปรับตัว ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ทศนคติต่อโรค และทัศนคติต่อการรักษา และ 3) มิติด้านสังคม ได้แก่ความต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ การสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆ ในสังคม และและ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเงิน

อย่างไรก็ตาม มีหัวข้อการประเมิน โดยเฉพาะมิติด้านสังคมและด้านจิตใจบางส่วน และด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง ที่ K-CAT ไม่ได้ประเมินโดยจำเพาะเจาะจง เช่น เรื่องทัศนคติ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมแบบต่างๆ ด้านสถานะทางเศรษฐกิจ การเงิน ด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยตามมิติการปฏิบัติการของ Chronic care model (Wagner et al., 1999) และด้านบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะและให้การสนับสนุนด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย (Royal College of Nursing, in Ford & McCormack, 1999) ซึ่งอาจอธิบายได้หลายประการคือ K-CAT เป็นเครื่องมือที่เน้นการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะที่มีอาการกำเริบและรับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงมีข้อจำกัดด้านผู้ป่วยในการเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะด้านจิตใจ สังคม ความต้องการในการได้รับความรู้ และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง และแม้ว่าบางมิติของ K-CAT จะยังมีรายละเอียดการประเมินที่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นความต้องการของผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นไปตามสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล กล่าวคือ การพัฒนา K-CAT ได้กระทำร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบ

ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือประเมินนี้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขณะที่มีอาการกำเริบของโรค หรือโรคแทรกซ้อน ทำให้แบบประเมินสะท้อนภาพความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในระยะที่ต้องพึ่งพาบุคลากรสุขภาพ อีกทั้ง K-CAT เป็นแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วยขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทำให้มีข้อจำกัดในด้านความยาวของแบบประเมิน และเวลาที่ใช้ในการประเมิน เพราะต้องหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ประเมิน จึงเป็นเหตุให้การพัฒนา K-CAT ต้องนำปัจจัยเหล่านี้มาพิจารณาด้วย ดังนั้น ประเด็นเหล่านี้จึงอาจจะเป็นข้อจำกัดใน K-CAT ที่ต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อหาแนวทางในการประเมินความต้องการด้านนี้จากทั้งตัวผู้ป่วยเอง และจากครอบครัว/ญาติของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในลักษณะที่ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นแต่ไม่ใช้ระยะเวลาในการประเมินเพิ่มมากขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ

## 2.2 การดูแลอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ตามลำดับคือ การประเมินผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การสร้างแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การพัฒนาแบบประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล และผลลัพธ์ที่ต้องการจากการใช้แบบประเมิน ก็คือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในขั้นตอนที่สองของกระบวนการพยาบาลนั่นเอง

แบบประเมิน K-CAT (KKU Continuing Care Assessment Tool) เป็นเครื่องมือประเมินความต้องการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมใช้ในการประเมิน/บันทึกเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อเนื่อง ทำการประเมินฯและบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา ในการพัฒนา K-CAT ทีมผู้วิจัย อันประกอบด้วยผู้วิจัย อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล ได้เลือกผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากมีอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยดังกล่าวสูงสุดในโรงพยาบาลที่ศึกษา และเมื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยังได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากรายการข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดโดย NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA, Herdman, 2012) เพื่อบรรจุเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลแต่ละด้าน ดังนั้นเมื่อพยาบาลใช้แบบประเมิน K-CAT และพบความต้องการการดูแลในด้านใด ก็จะสามารถเลือกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้

จากการประเมินผลการทดลองใช้ K-CAT ในการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าแบบประเมินนี้ช่วยให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง/รวดเร็ว ประหยัดเวลาของพยาบาลในการทำงาน เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือนี้มีความชัดเจนสามารถกำหนดปัญหาทางการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้

พยาบาลยังสามารถส่งต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการดูแลเวรหนึ่งไปสู่อีกเวรหนึ่งได้อย่างชัดเจนต่อเนื่องทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนั้นสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่สนับสนุนจุดเด่นของแบบประเมินในด้านการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง/ รวดเร็วประหยัดเวลาสามารถใช้ประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้การดูแล เพราะผลจากการประเมินความต้องการแต่ละด้านพยาบาลผู้ดูแลจะได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สามารถใช้ส่งต่อปัญหาผู้ป่วยได้ทันที และสามารถบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้ไว้ในแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ดูแล ใช้ในการส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่พยาบาลในเวรต่อไป และที่สำคัญ สามารถสะท้อนให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงความต้องการของผู้ป่วยด้านต่างๆตามระดับต่างๆที่เปลี่ยนแปลงได้เมื่อบันทึกผลการประเมินความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มที่กำหนด จะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งต่อความรับผิดชอบในการดูแลได้ถูกต้อง และครบถ้วน ทำให้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการเป็นไปอย่างต่อเนื่องได้

อย่างไรก็ตาม การวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีคุณภาพและยังมิได้ตรวจสอบผลของการใช้เครื่องมือที่มีต่อการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยตรง จึงควรมีการศึกษาวิจัยผลของการใช้เครื่องมือประเมิน K-CAT ที่มีต่อการให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยว่ามีความต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร และควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อการใช้ K-CAT ในการดูแลต่อเนื่องด้วย

### 2.3 คุณสมบัติของเครื่องมือ

ผลการวิจัยสนับสนุนว่าแบบประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (KKU-Continuing care assessment tool: K-CAT) เป็นเครื่องมือประเมินที่มีคุณสมบัติพื้นฐานของเครื่องมือประเมินครบถ้วนเป็นส่วนมาก เพราะ K-CAT สามารถใช้ประเมินมิติต่างๆของความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมในการประเมินแต่ละครั้ง โดยใช้เวลาไม่มาก ได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้เครื่องมือและให้ผลการประเมินที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ดังนี้

#### 2.3.1 ความตรง (Validity) เครื่องมือประเมินที่ดีจะต้องสามารถประเมินสิ่งที่ถูก

ออกแบบมาให้ประเมินได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด จากผลการศึกษารั้งนี้ แบบประเมิน K-CAT มีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการประเมินความต้องการของผู้ป่วย โดยผลการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า K-CAT มีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) อยู่ในระดับสูงมาก นอกจากนี้ K-CAT ยังมีความตรงตามสภาพชนิด Divergent validity จากการผลการทดสอบการใช้ K-CAT ร่วมกับการประเมินความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Activity of Daily Living index: ADL) ที่พบความสัมพันธ์เชิงลบที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสภาพความเป็นจริงคือ ผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลสูง จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นข้อจำกัดในการประเมินที่ยังไม่ได้บรรจุรวมอยู่ใน K-CAT เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยในการที่จะให้ข้อมูลตามประเด็นดังกล่าวดังที่ได้อภิปรายในส่วนที่แล้ว จึงเป็นส่วนที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความตรงของ K-CAT ในโอกาสต่อไป

2.3.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือประเมินที่คืนนอกจากจะต้องให้ผลการประเมินได้ตรงกับปรากฏการณ์ที่จะวัดแล้ว ผลของการประเมินที่ได้จะต้องมีความน่าเชื่อถือในรูปแบบต่างๆ ด้วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า K-CAT มีคุณสมบัติของเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ คือมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (internal consistency) ในระดับที่สูงมาก (Cronbach's alpha = 0.921) ซึ่งแสดงว่า K-CAT มีความเป็นเอกพันธ์เนื้อหา (Homogeneity) ทำให้เมื่อใช้ K-CAT ไปวัดเนื้อหาสาระเดียวกันซ้ำก็จะได้ผลการวัดที่สอดคล้องกันกับครั้งแรก นอกจากนี้ K-CAT ยังมีคุณสมบัติของความน่าเชื่อถือในด้านความคงที่ของผลการวัดเมื่อผู้ใช้คนเดิมใช้เครื่องมือวัดสิ่งเดิมแล้วได้ผลคงที่ (Test-retest reliability or stability, Pearson's  $r = 0.85 - 0.98$ ) และมีความน่าเชื่อถือแม้ผู้ใช้ต่างคนนำ K-CAT ไปวัดสิ่งเดียวกันก็จะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน (Inter-rater reliability, Pearson's  $r = 0.66 - 0.94$ )

2.3.3 การนำเครื่องมือไปใช้ ผลการประเมินการนำ K-CAT ไปใช้พบว่า แม้ในตอนแรกต้องใช้เวลาทำความเข้าใจและฝึกการใช้แบบประเมินพอสมควร (30 นาทีต่อการประเมินผู้ป่วย 1 ราย) แต่เมื่อคุ้นเคยแล้วพยาบาลวิชาชีพเห็นว่า K-CAT เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมเป็นส่วนมาก ใช้งานง่าย ใช้เวลาประเมินไม่นาน (10-15 นาที) ไม่ต้องมีการฝึกการใช้เป็นพิเศษ และที่สำคัญที่สุดคือ เมื่อประเมินแล้วสามารถกำหนดปัญหาความต้องการของผู้ป่วย หรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อนำไปใช้วางแผนการพยาบาล ประเมินความก้าวหน้าในการดูแล หรือส่งต่ออาการผู้ป่วยได้ทันทีทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้

### 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

2.3. เครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (K-CAT) สามารถนำไปใช้ประเมินความต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวมของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมิน

2.4. ผลที่ได้จากการประเมินโดยใช้ K-CAT แต่ละด้าน สามารถนำไปใช้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อวินิจฉัยเหล่านี้ไปสร้างแผนการพยาบาล สำหรับดูแลผู้ป่วย

2.5. การประเมินโดยใช้ K-CAT สามารถใช้ได้ทั้งในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย และใช้สำหรับสื่อสารระหว่างผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### 4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยได้เสนอข้อเสนอแนะสำหรับนักวิจัยที่สนใจในเรื่องการพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. พัฒนาเนื้อหาเครื่องมือประเมินเพิ่มเติม โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีระดับการรู้สึกตัวดีขึ้นและสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลเองได้ โดยศึกษาวิจัยหาแนวทางการประเมินความต้องการการดูแลทางสังคมและครอบครัว และความต้องการทางจิตวิญญาณ
2. ศึกษาเนื้อหาและแนวทางการประเมินความต้องการด้านการดูแลตนเองและการจัดการอาการ ทั้งในรูปแบบของความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองและการจัดการอาการ

### บรรณานุกรม

- คณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2005-2006. (2551). รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2548-2550. Retrieved August 20, 2008 from [http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=1&id=1&Itemid=2](http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=1&id=1&Itemid=2)
- คณะกรรมการจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- ภัทรธิดา ผลงาม. 2555. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย Retrieved from <http://www.rds.phd.lru.ac.th/Puttira%20Home/vijei-b8.pdf> on June 30, 2011
- นิคม ถนอมเสียง. 2550. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง “การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม” Retrieved from [http://home.kku.ac.th/nikom/item\\_relia\\_validity\\_2007\\_u1.pdf](http://home.kku.ac.th/nikom/item_relia_validity_2007_u1.pdf) on June 30 2011
- วิกิร ตันทวาทโดม. 2555. เครื่องมือในการวิจัย. Retrieved from [http://www.bpcd.net/new\\_subject/library/research/document/sopida/research/ku/develop/05.pdf](http://www.bpcd.net/new_subject/library/research/document/sopida/research/ku/develop/05.pdf)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550) ใ สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Bonomi, A.E., Wagner, E.H., Glasgow, R.E., & VonKorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research* 37:3 (June 2002).
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P., & Boyes, A. 2000. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1): 217-224.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). Elsevier Saunders: St. Louis, MO.
- Davies, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 26, 408-417.
- Ford, P., & McCormack, B. (1999). Determining older people's need for registered nursing in continuing healthcare: The contribution of the Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool. *Journal of clinical nursing*, 8: 731-742.

- Herdman, T. H. (2012). *NANDA International nursing diagnoses : definitions & classification 2012-2014*. Wiley-Blackwell: Chichester, UK.
- Lubkin, I. M. (1990). *Chronic Illness: Impact and intervention*. (2nd ed.). Jones and Bartlett Publishers: Boston.
- MacColl Institute for Healthcare Innovation. (2000). *Assessment of chronic Illness Care*. Retrieve August 13, 2008 from <http://www.ghc.org>
- North West London Continuing Care Assessment Agreement and Guideline for Assessment. (2004). *North West London Continuing Care Assessment Tool*. Retrieved August 16, 2008 from [http://www2.harrow.gov.uk/Published/C00000249/M00002288/AI00010206/\\$CriteriaforContinuingCareAppendix3AssessmentToolc.docA.ps.pdf](http://www2.harrow.gov.uk/Published/C00000249/M00002288/AI00010206/$CriteriaforContinuingCareAppendix3AssessmentToolc.docA.ps.pdf)
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. 1977. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau. (2006). *Self-Management and the Chronic Care Model*. Retrieved August 15, 2008 from <http://hab.hrsa.gov/publications/march2006/images/figure1.gif>
- Verbrugge, L. (1982). Sex differential in health. *Public health reports*, 97, 5: 417-437.
- Webster, K., Della, D., & Yost, K. (2003). *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system: properties, applications, and interpretation*. *Health and quality of life outcomes* 2003, 1:79.
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report, 2006. Working together for health*.

ภาคผนวก

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

