

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับบริการ แผนกประกันสังคมของโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมมาเป็นแนวทางในการศึกษารอบคอบหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวความคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ
3. วิวัฒนาการ แนวคิด และหลักการเกี่ยวกับการประกันสังคม
4. การจัดบริการหอผู้ป่วยประกันสังคม
5. การให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม เคมีบำบัดและรังสีรักษา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวความคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

สมิต สัจฉกร (2542: 216-218) กล่าวถึง ความคาดหวังของผู้รับบริการว่า ผู้รับบริการทุกคน ต้องการบริการชั้นหนึ่ง คือความสะดวก รวดเร็ว ทันใจ ถูกต้อง สมบูรณ์ ได้รับประโยชน์สูงสุด ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่น ถูกใจ ที่สำคัญคือ รวดเร็วตั้งใจ ไม่ต้องรอคอย การให้บริการเพื่อสร้างความพอใจ จะต้องสนองความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งความคาดหวังเป็นเรื่องของจิตใจ อาจแสดงออกทางคำพูด คำบอกกล่าวของผู้รับบริการ หรือตั้งสมมติฐานว่าผู้ให้บริการจะต้องรู้เองซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากที่จะพิจารณาจากสิ่งใด ซึ่งอาจจะจำแนกความคาดหวังของผู้รับบริการในแต่ละด้านดังนี้

1. สิ่งที่เห็นได้ ผู้รับบริการคาดหวังว่าจะได้เห็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดเตรียมไว้ ว่ามีเพียงพอหรือไม่เพียงใด รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ มีความทันสมัยหรือไม่ จัดเตรียมบุคลากรไว้อย่างไร มากเพียงพอแก่การที่จะให้บริการหรือไม่ มีเครื่องมือสื่อสารที่พร้อมจะให้ความสะดวกหรือไม่

2. ความรู้สึกร่วม ผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าจะได้รับการต้อนรับอย่างถูกต้อง การคำนึงถึงความรู้สึกที่ขยอ การแสดงกริยาอ่อนน้อม คำพูดไพเราะ ให้ความเอาใจใส่และมีความเป็นกันเอง เมื่อมีข้อสงสัยจะต้องได้รับคำตอบชี้แจง หรือจัดทำให้ตามความต้องการ ผู้รับบริการทุกคนคาดหวังที่จะได้รับความสนใจให้ความสำคัญและให้เกียรติ

3. การสนองตอบ ผู้รับบริการคาดหวังว่า ผู้ให้บริการจะมีความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ และจริงจัง เมื่อต้องการความสะดวกอย่างใดก็จะได้รับการที่ทันท่วงที มีความสะดวกรวดเร็วทันใจ และรับประโยชน์สูงสุด

4. การให้หลักประกัน ผู้รับบริการคาดหวังว่าผู้ให้บริการที่มีความรู้ในเรื่องที่จะบริการอย่างแท้จริง เป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์ที่จะรับเรื่องอันเป็นปัญหาของเขาไว้ เป็นผู้ที่เขาจะสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยด้วยความไว้วางใจ และช่วยแก้ปัญหาให้แก่เขาได้ รวมทั้งสามารถสร้างความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการที่มีคุณภาพ คุ่มค่า ถูกต้อง สมบูรณ์

5. ความเชื่อถือได้ ผู้รับบริการคาดหวังว่า ผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติตามที่สัญญาด้วยการให้บริการที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ด้วยการยึดมั่นในคำสัญญาที่จะให้บริการในเรื่องต่างๆ อย่างแท้จริง

ผู้รับบริการนอกจากจะคาดหวังในสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังต้องการอรรถศาสตร์ไม่ตรีจาก ผู้ให้บริการ ต้องการได้รับสิ่งที่ถูกใจ ได้เห็นใบหน้าที่ยิ้มแย้ม พูดจาไพเราะ สุภาพ ความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำชี้แจงที่เข้าใจง่าย มีเหตุผล และถ้าจะให้เกิดความชื่นชมประทับใจเป็นพิเศษก็จะต้องได้รับสิ่งดีๆเหนือความคาดหวังขึ้นไปอีก

จากแนวความคิดนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการของแผนกผู้ป่วยใน ย่อมต้องการที่จะได้รับการตามที่ตนเองคาดหวังไว้ คือเมื่อมาติดต่อขอรับบริการแล้ว งานนั้นต้องสำเร็จอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง และมองเห็นความตั้งใจที่จะทำงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งอรรถศาสตร์ไม่ตรี และมีมนุษยสัมพันธ์ของตัวผู้ให้บริการด้วย จึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ เพราะได้รับการตามที่คาดหวัง

จากการศึกษาวิจัยของออสแตรนเดอร์และเรนนิน (Ostrander & Renin, 1986 อ้างใน พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2533) กล่าวถึง ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ดังนี้

ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคงปลอดภัยและความเอาใจใส่ผู้รับบริการได้สม่ำเสมอ มีคุณสมบัติส่วนตัวเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการยอมรับผู้รับบริการในฐานะเป็นบุคคล และตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการอยู่เสมอ ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาลของตนเอง ได้รับความ

ช่วยเหลือเมื่อต้องการ และบางโอกาสก็ต้องการที่จะสงวนและดำรงความเป็นอิสระแก่ตนเอง จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ตามความเหมาะสม

ทวิวิธน์ ต่ายใหญ่เที่ยง (2543:หน้า12) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะทำได้ในระดับที่บุคคลปรารถนา เพราะประชาชนมีความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่ดีจากหน่วยงานของรัฐเป็นอย่างมาก หากการบริการนั้นได้รับการตอบสนองด้วยดีและสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ควรจะได้รับ ประชาชนจะมีความพึงพอใจสูงและก่อให้เกิดความสุขสมหวังที่ได้รับในสิ่งที่พึงปรารถนา

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ

#### ความหมาย

ความต้องการ นั้นมีผู้สนใจศึกษา และได้ให้ความหมายต่าง ๆ กันไว้ ดังนี้

ความต้องการ หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์มีอยู่ตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลบรรลุถึงความต้องการตามวัตถุประสงค์ของตนก็จะเกิดความนิยมชมชอบ เกิดความมั่นใจในตนเองและมีความพยายามที่จะทำประโยชน์ต่อไปเพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง (อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532หน้า 12)

ความต้องการ หมายถึง สิ่งที่เป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่ได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน กล่าวคือ ความต้องการเป็นผลรวมของปัจจัยต่าง ๆ โดยผ่านจิตใจ หรือใจเป็นผู้บัญชาการ ให้ตัดสินใจและสั่งการออกมา ( หลุย จำปาเทศ, 2533หน้า21)

ความต้องการ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการเพื่อให้ชีวิตคืนสู่สภาพเดิม (สุชา จันทร์เอม, 2538หน้า 32)

ความต้องการ หมายถึง ความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต หรือเพื่อรักษาสมดุลของการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegel, Mousseau, Goldsmith, & Arora, 1974; Kron, 1971; Rines & Montag, 1967; Toole, 1992 อ้างใน พวงเพชร ย์วัฒนพันธ์, 2540หน้า64)

โดยสรุป ความต้องการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต หรือเพื่อรักษาสมดุล ซึ่งอาจเกิดขึ้นตามปกติ และในภาวะที่เจ็บป่วยซึ่งหากความต้องการ

ดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้

### มิติของความต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ศึกษาได้แบ่งความต้องการ ได้ 3 ประเด็น คือ 1) ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทั่วไป 2) ความต้องการของผู้ป่วย และ 3) ความต้องการสนับสนุนการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง

#### 1. ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทั่วไป

ไรน์ และมอนแทก(Rines & Montag, 1967) ได้กล่าวไว้ว่า ความต้องการหมายถึงสิ่งที่เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1.1) ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย ความสะอาดของร่างกายทั่วไป สิ่งแวดล้อม และความต้องการทางเพศ

1.2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความปลอดภัย ความเป็นอิสระ การพึ่งพาผู้อื่น ความสำเร็จ และความสมหวังในชีวิต

1.3) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความต้องการความหวัง การมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และการได้รับการปลอบใจ

มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของความต้องการ ความต้องการในระดับต่ำต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไปได้ และแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย (physiologic needs) เป็นความต้องการที่จัดลำดับอยู่ในขั้นพื้นฐานขั้นแรกเป็นความต้องการเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของสรีระวิทยาและการคงอยู่ของชีวิต เช่น ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย เพศสัมพันธ์ การเคลื่อนไหว การพักผ่อน

2) ความต้องการด้านความปลอดภัย (safety and security needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการปกป้องบุคคลให้พ้นจากอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความหวาดหวั่นใจ ผู้รับบริการรู้สึกต้องการความปลอดภัยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

3) ความต้องการความรักและรู้สึกร่วม (love and belonging needs) เป็นความต้องการความเข้าใจ การยอมรับ และความรักจากบุคคลอื่น และมีความต้องการว่าตนมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น การที่บุคคลรับรู้ว่ามีไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับความรักและรู้สึกร่วมจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง เปล่า เปลี่ยว แยกตนเอง อาจมีอาการมากจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้

4) ความต้องการเป็นที่ยกย่องนับถือ (self-esteem needs) เป็นความต้องการความภาคภูมิใจในตนเอง และเป็นที่ยกย่องนับถือจากสิ่งแวดล้อม เป็นความต้องการเมื่อบุคคลเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพที่เปลี่ยนไป การได้รับการตอบสนองด้านนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าและยอมรับตนเอง

5) ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความต้องการที่พัฒนา ขั้นสูงสุดของความต้องการของมนุษย์ บุคคลจะรู้สึกมีความสุขที่จะทำเพื่อคนอื่น แสวงหาสิ่งที่ดีและถูกต้องในการกระทำ ไม่คำนึงถึงผลตอบแทน

จอห์นสันและจอห์นสัน (Johnson & Johnson, 1976) ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 2 มิติ คือ

1) มิติ ความต้องการเพื่อการดำรงชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ความต้องการทางด้านร่างกายและชีวภาพ คือ ความต้องการอากาศ น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการพักผ่อนนอนหลับ

2) มิติความต้องการในชีวิตประจำวัน ซึ่งนอกเหนือไปจากความต้องการทางในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สันทนาการ การติดต่อสื่อสาร ความรัก ความปลอดภัย ความมีคุณค่า ความภูมิใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

เทลเลอร์ ลิลลิส และเลเมอร์ (Taylor, Lillis & LeMore, 1993) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งเป็น 6 มิติ ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านร่างกาย (physical needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับขบวนการทางสรีระวิทยา เช่น อาหาร น้ำ อากาศหายใจ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การไหลเวียนโลหิต และ อุณหภูมิ เป็นต้น

2) ความต้องการทางด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล เช่น มีความสุข

3) ความต้องการทางด้านสติปัญญา (intellectual needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ความจำ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการตัดสินใจ

4) ความต้องการทางด้านสิ่งแวดล้อม (environment needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อความปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัย เพื่อนบ้าน ฤดูกาล และบรรยากาศ

5) ความต้องการทางด้านสังคม และวัฒนธรรม (sociocultural needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น การมีเพื่อน ความรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือชุมชน และการได้รับความรักจากบุคคลใกล้ชิด

6) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับค่านิยม และความเชื่อของบุคคล

จากแนวคิดความต้องการขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่กล่าวมานั้น มีความแตกต่างในการแบ่งมิติของความต้องการ แต่จะเห็นได้ว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลนั้นประกอบไปด้วยมิติของความต้องการหลัก ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม แต่มีแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1970) ที่ได้กล่าวถึงความต้องการที่ต้องเป็นไปตามลำดับขั้นโดยบุคคลได้รับการตอบสนองในความต้องการระดับต่ำก่อน จึงจะเกิดความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไปได้

## 2. ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย

คลีเกล มูซโซ โกลด์สมิท และอารารา (Kraegel, Mousseau, Goldsmith, & Arara, 1974) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1) ความต้องการด้านสรีระวิทยา หรือ ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะดวกของร่างกาย การได้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ และได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

2) ความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการในการเลือกตามสิทธิ การได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับ เคารพนับถือในตนเองและได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3) ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน การควบคุมและจัดการค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

บาร์รีตี (Barrette, et al., 1975) ได้กล่าวถึงความต้องการของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ประการ ได้แก่

1) ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความภาคภูมิใจและการควบคุมเกี่ยวกับหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินธุรกิจส่วนตัว และความต้องการทางอารมณ์

2) ความต้องการบูรณาการทางสังคม คือ การปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในทุกๆ ด้าน เช่นการจัดเตียงให้เหมาะสม การจัดให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน เป็นต้น

3) ความต้องการทางด้านการรักษาพลังงาน ได้แก่ ได้รับการพักผ่อนทางด้านจิตใจและร่างกาย เพื่อรักษาพลังงาน

4) ความต้องการด้านการรักษาและการฟื้นฟูวัยต่างๆ ของร่างกาย ให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ได้แก่ การไหลเวียนโลหิต การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อ มีโภชนาการที่ดี และการจับถ่ายของเสีย

นอกจากนี้เฮนเดอร์สัน (Handerson, 1966 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543หน้า44 ) ได้กล่าวถึงหลักการพยาบาลพื้นฐาน คือการช่วยบุคคลในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการดังกล่าวมี 14 ประการดังนี้

1) การช่วยเหลือในเรื่องการหายใจ โดยการส่งเสริมให้ปอดทำหน้าที่ได้พอเหมาะ และรักษาทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งอยู่เสมอ

2) การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่พอเพียง

3) การช่วยเหลือในการจับถ่าย โดยการส่งเสริมให้ลำไส้ทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในการจับถ่ายของเสีย ซึ่งเป็นผลจากการเผาผลาญของร่างกาย ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลมักจะเกิดท้องผูกได้ง่าย และมีผลให้เกิดความไม่สุขสบาย

4) การช่วยเหลือในการรักษาทรุดตรงที่ถูกต้องในการเดิน หรือในท่านอน เพื่อป้องกันความพิการและช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย

5) การช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนพอเพียงโดยการจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลความสุขสบาย หรือการนวดหลังให้ผู้ป่วย เป็นต้น

6) การช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้า และการแต่งกายให้เหมาะสมและสะอาด ช่วยรักษาภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ปรากฏในสายตาของบุคคลอื่น

7) การช่วยเหลือในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยหนาวสั่น หรือถ้าผู้ป่วยมีไข้ต้องพยายามลดไข้โดยการเช็ดตัว ใช้เครื่องลดความร้อน และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์

8) การช่วยเหลือในการรักษาความสะอาดของร่างกาย ตลอดจนดูแลปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลหรือแผลกดทับ

9) การช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น การติดเชื้อ การเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

10) การช่วยเหลือในการติดต่อกับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยได้คงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย โดยเพิ่มความสนใจของผู้ป่วยให้กว้างขึ้น ให้คงบทบาทของตนเองในครอบครัวหรือสมาชิกของชุมชน ให้ผู้ป่วยมีโอกาสทราบความเป็นไปภายนอกโดยการอ่านหนังสือพิมพ์หรือฟังวิทยุบ้าง นอกจากนี้พยาบาลจะต้องป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไป ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ช่วยปรับปรุงสภาพจิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องโรค การรักษาของแพทย์และการดูแลตนเอง ตลอดจนทำความคุ้นเคยกับกิจวัตรต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การรับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึก แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ความห่วงใยและเอาใจใส่ของพยาบาลต่อเขา การนับถือผู้ป่วยในฐานะบุคคลจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้มาก

11) การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วย เป็นการสนองต่อความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะมีผลให้จิตใจของผู้ป่วยสงบและสบายขึ้น

12) การช่วยเหลือในเรื่องการทำงาน เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้น พยาบาลอาจจะช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการทำงานต่อไปในอนาคต

13) การช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

14) การช่วยเหลือในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตที่ปกติและมีภาวะสุขภาพที่ดี รวมทั้งรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ทางด้านบริการสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยนั้น จะประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคล และทำให้เกิดความสมดุล

จากทฤษฎีของ Maslow สามารถนำมาเป็นแนวทางเพื่อบ่งชี้ให้เห็นถึงความต้องการในประเภทของการประกันสังคมได้ อย่างไรก็ตามการแปลลำดับความต้องการของ Maslow ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านกายภาพ และความมั่นคงปลอดภัยจะเกี่ยวข้องกับประเภทของการประกันสังคมอย่างเด่นชัดที่สุด กล่าวคือ มนุษย์นั้นต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งในด้านร่างกายและความมั่นคงทางเศรษฐกิจด้วย คือ ต้องการให้ตนปราศจากภัยอันตราย ความเจ็บป่วยหรือความเจ็บไข้ได้ป่วย มนุษย์ต้องการความมั่นคงของชีวิต โดยมีหลักประกันว่า การตอบสนองทางกายจะคงอยู่ตลอดไป มนุษย์จึงต้องหาทางป้องกันตนเองให้พ้นจากอันตรายที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะมีความรู้หรืออะไรที่จะมากระทบกับชีวิตก็ขอให้ตนเองได้ปลอดภัยไว้ก่อน



การประกันสังคม ถือเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านกายภาพและด้านความมั่นคงปลอดภัยในแง่ของการสร้างหลักประกันว่า ปีถัดๆ จะยังคงอยู่แม้ว่าตนเองจะเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือทำงานไม่ได้ไม่ว่ากรณีใดๆก็ตาม

ความต้องการของแต่ละบุคคลแม้จะจำแนกประเภทแตกต่างกันออกไป แต่จะพบว่าบุคคลมีความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต และความต้องการทางด้านจิตสังคม ความต้องการของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่มากระทบกับความ เป็นอยู่และการดำรงชีวิต ความต้องการทั้ง 5 ชั้น อาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันในเวลาเดียวกัน อาจมีความต้องการเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการนั้นได้ และเกิดความต้องการขั้นที่สูงกว่าต่อไป จนในที่สุดบรรลุถึงขั้นสุดท้าย ก็คือความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต แต่ความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด แม้ว่าจะบรรลุความต้องการในขั้นสุดท้ายแล้ว(Maslow 1970 อ้างใน จุฑารัตน์ สว่างชัย, 2542 หน้า 21) เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มนุษย์เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็เพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงต่อไปได้ ความต้องการในระดับต้นๆ โดยเฉพาะความต้องการทางด้านร่างกาย ( Physical need ) และความต้องการความปลอดภัย ( Safety need ) จึงมีความสำคัญในขณะเจ็บป่วยซึ่งมนุษย์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้ความต้องการได้รับการตอบสนอง (ชงชัย สันติวงศ์, 2531, หน้า113) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อความต้องการของบุคคล ถ้าความต้องการของบุคคลนั้นไม่ได้รับการสนองตอบจะเกิดความรู้สึกสูญเสีย และนำไปสู่พฤติกรรมการรุกรานหรือพฤติกรรมการถดถอยและไม่มีความสุข(Lederer,1980 อ้างใน Yura and Walsh,1983 )

### วิวัฒนาการ แนวคิด และหลักการเกี่ยวกับการประกันสังคม

หลักของการประกันสังคมได้เริ่มแรกเกิดขึ้นในประเทศเยอรมันนี เมื่อปี ค.ศ. 1883 ในสมัยของเจ้าชายบิสมาร์ค เป็นนายกรัฐมนตรี ทรงเป็นคนแรกของโลกที่สามารถคิดค้นหลักการประกันสังคมเกิดขึ้นได้ ในช่วงเวลาก่อนหน้านี้อาจเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมทั่วยุโรป ตั้งแต่สมัยกรีกเจริญรุ่งเรืองทางการค้า ได้มีกลุ่มคนรวยกลุ่มเล็กๆร่วมมือกันสงเคราะห์กลุ่มคนจน เพราะเกรงว่าพวกเขาจะก่อปฏิกริยาทางการเมืองการปกครองขึ้นในวันใดวันหนึ่งได้ จึงต้องการขจัดปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น และมีการประกันเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือโรคอันเกิดจากการทำงานในปี

ค.ศ.1884 แต่เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐสภาทางการเงิน การประกันสังคมในระยะแรก จึงสามารถทำกันได้ในเฉพาะลูกจ้างที่ทำงานกันในโรงงานอุตสาหกรรมเท่านั้น (สุเทพ, 2527หน้า226) ต่อมาสหรัฐอเมริกาได้นำเอากฎหมายประกันสังคมของประเทศเยอรมันนี้ไปดำเนินการในประเทศของตน ในปีค.ศ. 1935 ในสมัยของนายกรัฐมนตรีนายแฟรงกลิน ดี รูสเวลต์ เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วประเทศมีคนว่างงานเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องจัดหางานให้คนงานทำ หรือมิฉะนั้นก็ต้องช่วยเหลือในการจ่ายเงินให้แก่คนตกงานเหล่านั้น เพื่อให้กฎหมายประกันสังคมสามารถครอบคลุมสวัสดิการทางสังคมได้ทั่วประเทศ (จงจิตต์, 2528หน้า218)

สำหรับในประเทศไทยเคยตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเนื่องจากเกิดการยึดอำนาจเกิดการปฏิวัติรัฐประหาร โดยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2501 และต่อมาได้ยุบกรมประกันสังคม คงเหลือแต่กองความมั่นคงทางสังคมในสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ การประกันสังคมของประเทศไทยได้เริ่มมีผลอย่างจริงจังเมื่อสภาผู้แทนราษฎรได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 และมีผลใช้เป็นกฎหมาย โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 การประกันสังคมเป็นเป็นมาตรการความมั่นคงทางสังคม เป็นการดำเนินการในด้านการป้องกันความขาดแคลนมีจุดมุ่งหมายสำคัญอยู่ที่เงินรายได้ประจำของแต่ละบุคคล โดยต้องพยายามให้ทุกคนมีรายได้ประจำอยู่เสมอ และเพียงพอแก่การใช้จ่ายในการดำรงชีพโดยปกติ หากมีเหตุการณ์อย่างหนึ่งอย่างใดมากระทบทำให้ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้เงินรายได้ประจำต้องขาดตอนหรือสูญเสียไปทั้งหมดหรือบางส่วนก็ตาม จะมีมาตรการอันเหมาะสมมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนและรัดกุมและรอบคอบ เพื่อให้ความคุ้มครองและทดแทนเงินรายได้ประจำโดยทันทีทันใดอันเป็นวิธีสร้างหลักประกันอันมั่นคงในการดำรงชีวิตของประชาชนโดยตรง

**เหตุผล และความจำเป็นที่ต้องจัดให้มีการประกันสังคม** (กรมประชาสงเคราะห์, 2516 หน้า28)

1.การประกันสังคมเป็นวิธีการที่จะสร้างหลักประกันอันมั่นคง ในการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชนทั้งในด้านการคุ้มครองเงินรายได้ประจำไม่ให้ขาดตอนหรือต้องสูญเสียไป และในด้านการขจัดปิดเป่าความเดือดร้อนทุกข์ยากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย การคลอดบุตร การอุบัติเหตุ หรือโรคอันเกิดจากทำงาน การพิการทุพพลภาพ การชราภาพ การว่างงาน การมรณกรรมของหัวหน้าครอบครัว

2. การประกันสังคมเป็นโครงการบริการทางสังคมในระยะยาวที่จะช่วยแบ่งเบาภาระในการจัดสวัสดิการ การจัดการทางการแพทย์ และการช่วยเหลือสงเคราะห์อื่น ๆ ที่รัฐบาลมีหน้าที่จะต้องจัดให้แก่ประชาชนเองได้เป็นอย่างมาก

3. ในปัจจุบันนี้รัฐบาลมีภาระที่จะต้องจัดบริการทางสังคมให้แก่ประชาชนอยู่โดยรอบด้าน และไม่สามารถที่จะจัดให้ได้ทั่วถึงกัน เพราะประชาชนมีความสำคัญผิดคิดว่าเมื่อได้เสียภาษีอากรให้แก่รัฐไปแล้วรัฐบาลจะต้องมีหน้าที่จัดบริการต่าง ๆ ให้ทุกอย่างทุกประการโดย ไม่มีขอบเขตอันจำกัด โดยเฉพาะการจัดการด้านการบริการทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนทั้งที่ยากดีมีเงินต่างก็พยายามจะใช้บริการทางการแพทย์ของรัฐบาลโดยทั่วกัน บริการในด้านนี้ย่อมจะไม่เพียงพอ และเป็นภาระอันหนักของรัฐบาลตลอดมา จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่รัฐบาลจะต้องใช้มาตรการตามระบบประกันสังคมเข้ามาปรับสภาพดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนที่สามารถจะช่วยตัวเองได้หรือสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเองได้ช่วยเหลือตัวเองเสียบ้าง อันจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม

4. การประหยัดหรือการออมทรัพย์ตามระบบประกันสังคมนั้น จะก่อให้เกิดผลดีในด้านส่วนตัวของสมาชิกผู้ประกันแต่ละคน และส่วนรวมของสมาชิกผู้ประกันตน ยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประเทศชาติในด้านการระดมทุนอีกด้วย

5. การประกันสังคมเป็นโครงการช่วยเหลือปลดเปลื้องความเดือดร้อนในทางการเงิน และขจัดปัญหาความยุ่งยากอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย คลอดบุตร ประสพอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากโรคอันเกิดจากการทำงาน ตายและอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนหมดกังวลต่อสภาพความเดือดร้อนและความยุ่งยากในเรื่องดังกล่าว

6. การประกันสังคมมีส่วนช่วยป้องกันมิให้ประชาชนก่ออาชญากรรมได้เป็นอย่างดี

7. ระบบประกันสังคมเป็นมาตรการอย่างหนึ่งที่รัฐบาลพึงใช้ในการรักษา และป้องกันความมั่นคงของประเทศชาติ ให้พ้นจากการบ่อนทำลายของลัทธิการเมืองฝ่ายตรงกันข้ามกับระบอบประชาธิปไตย เพราะระบบประกันสังคมมีเป้าหมายในการที่จะสร้างหลักประกันอันมั่นคงในการดำรงชีวิตของประชาชน ให้มีความสุขและมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ ของแต่ละบุคคลตามควรแก่อัตราโดยทั่วกัน

### เป้าหมายของการประกันสังคมประกอบด้วย 3 ประการคือ

1. ให้ความคุ้มครองประชาชนกล่าวคือผู้ที่ได้รับการคุ้มครองจากโครงการนี้คือ สมาชิกของกองทุนประกันสังคมหรือผู้ประกันตน โดยจะให้ความคุ้มครองบุคคลที่มีรายได้พอเลี้ยงตัวและครอบครัวอยู่แล้วไม่ให้แปรสภาพกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เมื่อประสบ

ปัญหาความเดือดร้อนต่าง ๆ อันเป็นเหตุต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือหมดรายได้ลงอย่างกะทันหันและนอกจากนี้ยังสามารถช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของรัฐ เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการในด้านต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนได้อีกเป็นอย่างมาก

2. ให้ประชาชนได้ช่วยเหลือตัวเองด้วยการออม และรู้จักการเสียดสละเพื่อส่วนรวมด้วย จึงได้กำหนดให้ลูกจ้างและผู้สมัครใจประกันตนแต่ละคนออกเงินสมทบทุน เพื่อให้เกิดสิทธิในกองทุนกลางอย่างเต็มภาคภูมิและมีศักดิ์ศรี ขณะเดียวกันก็เป็นการช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมโดยใช้เงินกองทุนกลางช่วยบำบัดความเดือดร้อน อันเป็นการเสียดสละเพื่อประโยชน์สุขส่วนรวมอยู่ด้วยในตัว และเป็นการช่วยผู้มีรายได้น้อยที่ไม่สามารถประกันภัยกับเอกชน ให้ได้รับหลักประกันทางสังคมบ้างตามสมควร

3. เป็นการวางรากฐานความมั่นคงทางสังคม เป็นโครงการที่มีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งคนยากจน คนมั่งมี นายจ้าง ลูกจ้างต่างก็ต้องเสียดสละทุนทรัพย์เข้าร่วมกองทุน จึงเป็นวิธีการที่สามารถสร้างความสมัครสมานสามัคคีระหว่างบุคคลที่มีสถานะต่าง ๆ กัน ให้หันหน้าเข้าหากันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นการก่อให้เกิดความมั่นคงให้แก่สังคมเป็นอย่างดี

### **การจัดประเภทการประกันสังคม (Forms of Social Insurance)**

การประกันสังคมโดยทั่วไปที่ถือเป็นหลักสากลและนิยมจัดกันอยู่ในประเทศต่างๆ มี 8 ประเภทด้วยกันดังนี้

#### **1. การประกันความเจ็บป่วยหรือสุขภาพ (Sickness Insurance)**

กรณีแรกให้ความคุ้มครองในเรื่องเงินรายได้ที่จะต้องสะดุดหยุดลง เพราะการว่างงานในระหว่างการเจ็บป่วย โดยจ่ายให้เป็นเงินทดแทนการขาดรายได้ (Cash Compensation for Wage) และกรณีที่สอง เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ (Medical-care Service) โดยให้ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาตามความจำเป็น ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมในด้านสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรคภัยต่างๆ ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะให้ผู้ประกันตนหายจากการเจ็บป่วย และกลับเข้าทำงานมีรายได้ตามปกติ

#### **2. การประกันการคลอดบุตร (Maternity Insurance)**

เป็นการคุ้มครองมารดา โดยให้การคุ้มครองเป็นพิเศษเพราะถือว่าการให้ความคุ้มครองตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเป็นพื้นฐานสำคัญในกรพัฒนาคุณภาพทรัพยากรบุคคลด้วย มีการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและบริบาลทารกแรกคลอด

### 3. การประกันอุบัติเหตุและโรครันอานมาจากการทำงาน (Employment Injury

#### Insurance)

มีหลักการคุ้มครองคือ

- 1.1 ได้รับบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์เพื่อการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ
- 1.2 ได้รับเงินทดแทนค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา
- 1.3 ได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานและการเสียชีวิต
- 1.4 ได้รับเงินบำนาญหรือการเลี้ยงดูผู้อยู่ในอุปการะ (Service's Pension )
- 1.5 ลูกจ้างไม่ต้องมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายสำหรับความคุ้มครองในกรณีดังกล่าว

#### 4.การประกันการพิการหรืออุบัติเหตุ (Invalidity Insurance)

ในหลักของการพิจารณาความพิการทุพพลภาพของบุคคล ย่อมถือเอาสมรรถภาพในการทำงานของแต่ละบุคคลเป็นเกณฑ์ และความพิการทุพพลภาพนั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กรณี ดังนี้

4.1 ความพิการทุพพลภาพชั่วคราว (Temporary Incapability ) หมายถึง ความพิการทุพพลภาพที่เป็นแล้วอาจมีอาการกลับคืนดีขึ้นมาได้ ซึ่งจะเป็นปกติเหมือนเดิมหรือไม่ก็ตาม เช่น คนที่เส้นโลหิตฝอยในสมองแตก ทำให้เป็นอัมพาตต่ออวัยวะบางส่วนของร่างกาย เมื่อเลือดที่มากคั่งประสาทซึ่มหายเข้าไปในร่างกายอวัยวะบางส่วนนั้นอาจหายจากอัมพาต หรืออาจเคลื่อนไหวใช้การได้แต่อาจไม่ดีเท่าเดิม เป็นต้น

4.2 ความพิการทุพพลภาพถาวร (Permanent Incapability) หมายถึง ความพิการทุพพลภาพที่เป็นแล้วจะไม่มีทางกลับฟื้นคืนดีมาได้เหมือนเดิม เช่น เครื่องจักรตัดแขน นิ้ว หรืออวัยวะส่วนอื่นๆขาดออกจากร่างกาย เป็นต้น

#### 5.การประกันการชราภาพ (Old-age Insurance)

บุคคลที่อายุเข้าสู่วัยชราภาพ อายุ 60 ปีขึ้นไปย่อมมีสภาพร่างกายและความสามารถในการทำงานลดถอยลงเป็นธรรมดา ถ้าบุคคลนั้นประสงค์เลิกประกอบอาชีพ หรือนายจ้างให้ออกจากงาน ก็สมควรจะมีบำนาญสำหรับเลี้ยงชีพให้มีความสุขตามควรแก่สภาพในบั้นปลายของชีวิต การประกันสังคมจึงมีหลักการที่จะให้บุคคลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวและประกอบอาชีพมีเงินเลี้ยงตนเองอยู่ร่วมกันสะสมเงินรายได้บางส่วนไว้ มีกำหนดระยะเวลา 10-15 ปี เพื่อให้มีเงินมากพอที่จะจ่ายกลับคืนให้เป็นเงินบำนาญชราภาพในภายหลัง

#### 6.การประกันการเสียชีวิต (Death Insurance)

การตายในที่นี้หมายถึง การตายของหัวหน้าครอบครัว หรือผู้รับผิดชอบในครอบครัว (Death of the Bread-winner) ซึ่งต้องประกอบอาชีพเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัวเมื่อบุคคลดังกล่าว ต้องตายลง บุคคลย่อมได้รับความเดือดร้อน ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการจัดการศพ และในด้านการดำรงชีพของบุคคลในครอบครัว ฉะนั้นความมุ่งหมายของการประกันประเภทนี้ จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องค่าจัดการศพและจัดบำนาญให้กับหญิงหม้าย หรือชายหม้ายที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยรวมถึงบุตรกำพร้า และผู้อยู่ในความอุปการะด้วย เรียกว่า เงินทดแทนการตาย (Survivor's Pension)

#### 7.การประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance)

บุคคลที่ว่างงาน คือบุคคลที่ทำงานแล้วต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้สำหรับเลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเดือดร้อนทุกข์ยากแก่บุคคลเหล่านั้น จึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลเหล่านั้น การช่วยเหลือโดยวิธีการประกันสังคมนั้นต้องมีเงื่อนไขอยู่ว่า จะต้องเกิดขึ้นจากกรณีที่ นายจ้าง เลิกกิจการ หรือให้ออกจากงานโดยผู้ประกันตนไม่มีความผิด ส่วนการว่างงานในลักษณะอื่นไม่อยู่ในข่ายของการประกันประเภทนี้

#### 8.การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (Family allowances Insurance)

การประกันประเภทนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดภาระให้แก่ครอบครัวเป็นประการสำคัญ เพื่อให้ครอบครัวที่มีปัญหาสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น ครอบครัวที่มีรายได้น้อยก็ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเงิน ครอบครัวที่มีบุตรมากก็จัดการให้การสงเคราะห์แก่บุตรเป็นรายบุคคลจนกว่าจะสามารถช่วยตนเองได้

#### การจัดบริการหอผู้ป่วยประกันสังคมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หอผู้ป่วย เป็นหน่วยงานที่สำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเพราะเป็นสถานที่ที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การค้นคว้าวิจัยทางคลินิกเป็นสถานศึกษาแก่บุคลากรทางสุขภาพอนามัย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2539,หน้า29) ในหอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกแบ่งกลุ่มตามเพศและการรักษาที่ให้ โดยมีวัตถุประสงค์ คือความสะดวกในการให้การรักษของแพทย์ ความสามารถและทักษะในการให้พยาบาลของพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย (Grant ,1973,p.123) จะมีบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยนี้มากที่สุด และเป็นหน่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง คือ เป็นสถานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นคุณภาพของการพยาบาลและการให้บริการต่างๆ แก่ผู้ป่วยจะสำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหอผู้ป่วยต่าง ๆ

หน่วยประกันสังคม จัดตั้งขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกในการบริการด้านการรักษาพยาบาล แก่ผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เป็นสถานพยาบาลหลักโดยเริ่มดำเนินการในวันที่ 25 เมษายน 2544 และเปิดบริการหออผู้ป่วยในเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ 2546 มีพันธกิจคือให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยประกันสังคมอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย โดยคำนึงสิทธิผู้ป่วยและความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก สำหรับเกณฑ์การรับผู้ป่วยนั้น จะรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเท่านั้น มีขอบเขตของการให้บริการคือ ให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยประกันสังคมในสาขาอายุกรรม ศัลยกรรม เคมีบำบัดและรังสีรักษาที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือกึ่งวิกฤติ ไม่ต้องมีการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด และไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์พิเศษ ไม่เป็นผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือผู้ป่วยที่เอะอะโวยวายที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ( HIV positive ) ทั้งนี้ต้องเป็นผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควรให้รับไว้ที่หออผู้ป่วยประกันสังคมได้

การให้บริการผู้ป่วยในเป็นการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดให้มีช่วงเวลาในการปฏิบัติงานวันละ 3 ผลัด คือเวรเช้า 08.00-16.00 น. เวรบ่าย 16.00-24.00น. เวรดึก 24.00-08.00 น. ในแต่ละเวรมีช่วงเวลาปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง ลักษณะการให้บริการแบ่งตามประเภทผู้ป่วย ลักษณะอาการ และการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันได้รับการดูแลเฉพาะทางอย่างมีคุณภาพตามทักษะความสามารถของบุคลากรที่มีความชำนาญในสาขานั้น ๆ และเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ ให้ตอบสนองตรงความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์,2539,หน้า 11-12) ซึ่งทางฝ่ายการพยาบาลจะต้องจัดจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานที่ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยให้สอดคล้องกับลักษณะของการพยาบาล(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2539,หน้า 230)

#### การบริการทางการแพทย์ ที่ผู้ประกันตนจะได้รับเมื่อไปโรงพยาบาล

1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค และการบำบัดทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา
2. ได้รับการบริการการกินอยู่ และ การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
3. ได้รับยา และ เวชภัณฑ์ ที่มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
4. ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
5. ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค โดยมีการให้สุขศึกษา และ ภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ

### กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยได้แก่

การเตรียมรับผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เอกสาร มีการจัดเตรียมกำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการรักษา

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่การซักประวัติ การประเมินอาการและอาการแสดงแล้วบันทึกลงในแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วย มีการติดตาม ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. การวางแผนให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานอื่น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ
3. การให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล การแก้ปัญหาฉุกเฉิน การให้อาหาร สารน้ำ การช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
4. การประเมินซ้ำ มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และมีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ
5. กิจกรรมชุมชน มีการบันทึกทางการพยาบาล และการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการวางแผนการจำหน่าย การจัดการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
6. การจำหน่ายผู้ป่วย การสอนดูแลสุขภาพก่อนกลับบ้าน การนัดหมายผู้ป่วยเป็นต้น

### มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม

#### 1. พื้นที่และจำนวนเตียง

มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยรวมไม่มากกว่า 35 เตียง ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร สามารถนำเปลเงินเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้สะดวก

#### 2. การจัดโครงสร้างภายใน

มีห้องรักษาพยาบาล ( treatment room ) และมีสถานที่สำหรับผู้ป่วย ญาติ ได้ติดต่อกับบุคลากรทางพยาบาล ( nurse station ) ซึ่งสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง ( สำหรับหอผู้ป่วยสามัญ ) และสามารถให้ผู้ป่วย ญาติติดต่อดีสะดวก มีพื้นที่เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้า ยา สารน้ำเป็นหมวดหมู่ มีห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงคือ อย่างน้อยห้องส้วม : เตียง = 1 : 6 มีพื้นที่สำหรับล้างเครื่องมือ เตรียมเครื่องมือ และเตรียมยาเป็นสัดส่วน มีพื้นที่ และภาชนะเก็บผ้าเป็นสัดส่วน



### 3.รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะใช้งาน มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน นอกจากนี้ควรมีหลักฐานแสดงว่ามีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ทุกวัน

### 4.เครื่องมือและอุปกรณ์อื่น ๆ

มีชุดทำแผล ชุดสวนปัสสาวะ ชุดทำแผล ซึ่งผ่านการทำลายเชื้อมาไม่เกิน 7 วัน

### 5.โครงสร้างอื่น ๆ

มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ทุกเตียงมีอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือจากพยาบาล อย่างน้อยมีกริ่งกดเรียก มีม่านกั้นเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง มีการถ่ายเทอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ

### 6.แพทย์เวรใน

มีแพทย์เวรในแยกสำหรับแต่ละสาขาโดยเฉพาะศัลยกรรม อายุรกรรม และมีแพทย์เวรในรับผิดชอบให้คำปรึกษาเฉพาะทาง

7.จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลทั้งหมดในแต่ละเวรมีพยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อผู้ป่วย 8 เตียง

### 8.พยาบาลวิชาชีพ

ทุกหอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 คน ในแต่ละเวร และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 30 เตียงในแต่ละเวร

### 9.การอำนวยความสะดวก

มีจุดสอบถามข้อมูลผู้ป่วยใน เมื่อนำชื่อผู้ป่วยที่พบในหอผู้ป่วยมาสอบถาม สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอยู่ที่หอผู้ป่วยใดในเวลา 2 นาที นอกจากนี้ควรมีหน่วยงานและอุปกรณ์ที่จะอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยติดต่อกับครอบครัว

### 10.การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็น เช่น สิทธิการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาข้อกำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัยต่าง ๆ สถานที่ เพื่อนร่วมห้อง กฎระเบียบในการเยี่ยม บริการที่มี เป็นต้น

### 11.การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ และตรวจร่างกายจากแพทย์ มีการวินิจฉัยขั้นต้น และแผนการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงที่รับไว้ และมีการประเมินปัญหา ความต้องการ ความสามารถ และข้อจำกัดของผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ

### 12.การดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลในแต่ละเวร และจากแพทย์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมรับรู้หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา ได้รับการเอาใจใส่ใน สุขวิทยาพื้นฐานครบถ้วน ได้แก่ มีเสื้อผ้าเปลี่ยนทุกวัน และได้นอนพักผ่อนเต็มที่ รับประทานอาหารได้ดี ขับถ่ายได้สะดวก ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เมื่อต้องการความช่วยเหลือ และได้รับการช่วยเหลือแก้ไขภาวะฉุกเฉินในเวลาที่เหมาะสม

### 13. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

มีการประเมินสภาพ และความต้องการซ้ำก่อนจำหน่ายพร้อมทั้งบันทึกแผนการดูแล ต่อเนื่องไว้ และมีกระบวนการ กิจกรรม คำแนะนำแสดงถึงการประสานงานกับบริการในชุมชน หรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่จำเป็น (กองประสานการแพทย์ และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2539, หน้า 31-35)

### การให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม เคมีบำบัดและรังสีรักษา

#### การให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม

ผู้ป่วยอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยประกันสังคมที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน และแพทย์ ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาด้วยยา

ยา หมายถึง สารที่มีผลต่อสุขภาพหรือร่างกายของสิ่งมีชีวิต สามารถใช้ในการวิเคราะห์โรค ป้องกัน บรรเทา อาการเจ็บปวด และรักษาโรคในคนและสัตว์ได้

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติยา 2510 ได้ให้คำจำกัดความคำว่า ยา ดังต่อไปนี้ ยาหมายความว่า

1. วัตถุที่รองรับไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ
2. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค
3. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแห่งสุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์ หรือสัตว์ที่รัฐมนตรีประกาศ

วัตถุดตาม 1 หรือ 2 ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการนั้น

#### ประเภทของยา

ได้มีการกำหนดประเภทของยาตามกฎหมาย กำหนดเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. ยาสามัญประจำบ้าน เป็นยาที่มีอันตรายน้อยที่สุด เหมาะสำหรับเลือกใช้เป็นตัวแรก เมื่อมีอาการเจ็บปวด องค์กรเภสัชกรรม ได้ผลิตยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันไว้จำหน่าย โดยให้

เชื่อว่า ยาตำราหลวง ส่วนยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณที่มีขายในท้องตลาดทั่วไป เช่น ยานัตถุ ยาหอม ยาเขียวหอม ยาธาตุบรรจบ เป็นต้น

**2.ยาอันตราย** เป็นยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาโรคแผนปัจจุบัน ที่ขวดหรือกล่องใส่ยาจะเขียนคำว่า “ยาอันตราย” เป็นยาที่อาจทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้รุนแรง ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง จึงควรใช้ภายใต้การแนะนำของแพทย์ หรือเภสัชกร

**3.ยาควบคุมพิเศษ** เป็นยาที่มีอันตรายสูง แพทย์จะใช้กับคนไข้ที่จำเป็นจริง ๆ ไม่สามารถใช้อื่นแทนได้เท่านั้น ฉลากติดขวดยา หรือกล่องจะเขียนคำว่า “ยาควบคุมพิเศษ” ไว้ด้วย เช่น ยารักษาโรคมะเร็ง ยาคุมกำเนิด

**4.ยาบรรจุเสร็จ** เป็นยาแผนปัจจุบันที่ผลิตขึ้นในลักษณะต่าง ๆ เช่นยาเม็ด ยาน้ำ ژی๊ฟ และอื่น ๆ แล้วบรรจุในภาชนะที่ปิดผนึกไว้ มีฉลากแจ้งชื่อยา ปริมาณของตัวยาเป็นสำคัญ สถานที่ผลิต ยา เดือน ปีที่ขายนั้นหมดอายุ

**5.ยาสมุนไพร** เป็นยาที่ได้จากพืช สัตว์ หรือแร่ธาตุ ซึ่งมีได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ ได้จากพืช เช่น ใบมะขาม แก้งิง ได้จากสัตว์ เช่น ดินหมี กระดุกเสื่อ ได้จากแร่ธาตุ เช่น ดินประสิว กำมะถัน เป็นต้น

**6.ยาเสพติดให้โทษ** เป็นยาที่ทำให้ผู้ใช้เสพติดซึ่งกฎหมายจะควบคุมมิให้มีการซื้อขายกันได้เหมือนยาทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอิน

**7.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** เป็นยาที่มีผลโดยตรงต่อระบบประสาท อาจทำให้มีอาการติดยาได้ กฎหมายจะควบคุมการซื้อขายอย่างเคร่งครัด (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2536, หน้า11-12)

#### กฎการให้ยา

เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากยา พยาบาลผู้ให้ยาปฏิบัติตามกฎ “ความถูกต้อง 5 ประการ” (Five Rights) ดังนี้(เกษสุดา ฉัตรอุทัย, ลออ ตันตติรินทร์, 2541, หน้า249-251)

1. ให้ยาถูกชนิด (Right Drug)
2. ให้ยาถูกขนาด (Right Dose)
3. ให้ยาถูกวิถีทาง (Right Route)
4. ให้ยาถูกเวลา (Right Time)
5. ให้ยาถูกตัวผู้ป่วย (Right Patient)

ในหน้าที่รับผิดชอบมากมายของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย นับเป็นหน้าที่หนึ่งที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อชีวิตของผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ทักษะในแทบทุกด้านของพยาบาล เพราะกิจกรรมการให้ยาของผู้ป่วยไม่ได้จำกัดแคบ ๆ อยู่เพียงการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องครบถ้วนเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมไปถึงกิจกรรมทุกอย่างที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเต็มประสิทธิภาพตามเป้าหมายของการรักษา และเกิดอันตรายจากการใช้ยาน้อยที่สุด ตามปกติคนทั่วไปมักคิดถึงยาเฉพาะในแง่ดีที่จะใช้รักษาโรคหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากโรค แต่ผลร้ายของยาก็มีมากมายที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายของผู้รับยาได้จนถึงแก่ชีวิต ฉะนั้นอันตรายจากการใช้ยานั้นจึงไม่อาจป้องกันได้ถ้าเพียงแต่ให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกชนิด และครบถ้วนตามแผนการรักษาเท่านั้นแต่จะต้องรวมไปถึงวิธีการปฏิบัติในการให้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพ อาการ ภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจที่ดี รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งก่อนและหลังการให้ยา รู้จักวิธีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากพิษหรือฤทธิ์ของยา รู้จักวิธีให้คำแนะนำหรือวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันหลาย ๆ ด้าน เพราะอันตรายที่เกิดขึ้นมิได้จำกัดอยู่เพียงการให้ยาผิดหรือไม่ครบถ้วนเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นกับ องค์ประกอบหลาย ๆ อย่างเช่น ฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือพิษของยา ปฏิกริยาที่ใช้ร่วมกัน หรือสภาพของผู้ป่วยเอง เพราะยาเป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์ต่อร่างกายและร่างกายก็มีผลทำให้คุณสมบัติทางเคมีเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงปฏิกริยาเคมีในร่างกายขึ้นหลาย ๆ อย่าง ซึ่งผลที่ปรากฏก็จะเป็นฤทธิ์ของยาที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายและร่างกายก็ออกฤทธิ์ตอบสนองต่อยา ผู้ที่ทำหน้าที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับยามากพอที่จะประกอบเข้ากับความรู้ความสามารถทางด้านวิชาชีพ และนำมาตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งอาจสรุปได้ว่าในการทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้นเป้าหมายสำคัญของพยาบาล ได้แก่ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนถูกต้อง ได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยา(ศิริพร เปลี่ยนผลคง, 2532, หน้า11)

### การให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม

การรักษาทางศัลยกรรม เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณและได้มีการพัฒนาจนกระทั่งถึงการรักษาทางศัลยกรรมสมัยใหม่ ซึ่งมีสิ่งต่างๆที่ช่วยให้การรักษาผู้ป่วยวิธีนี้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการรักษาทางศัลยกรรมทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆกับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่งในทีมสุขภาพอนามัย ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมตัวให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือเฉพาะบริเวณเพื่อลดความวิตกกังวลและลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกประเภทใด นั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด โดยวิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าในการใช้ยาระงับความรู้สึกอาจใช้ประเภททั่วร่างกายซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก ร่างกายไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด และถึงกระตุ่น หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณซึ่งสกัดกั้นหรือยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทบริเวณที่ต้องการ โดยระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังมีอยู่ตลอดการผ่าตัด (พิสมร คุ่มพงศ์,2541)ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มักเกิดความวิตกกังวล ทั้งในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกประเภททั่วร่างกายหรือบางส่วนของร่างกาย(สุชนา โรจนดำรงค์,2542) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาตั้งแต่ระยะแรกของการผ่าตัดจนถึงสิ้นสุดระยะของการผ่าตัด มาณอนพักฟื้นในหอผู้ป่วยพักฟื้นผู้ป่วยสามารถรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง เช่น เสียงสนทนาของเจ้าหน้าที่พยาบาล ความไม่สุขสบายจากการที่เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนไม่ได้ ต้องนอนอยู่ในท่าเดียนานๆตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนกระทั่งมาณอนพักฟื้นในหอผู้ป่วยพักฟื้น รวมทั้งได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ(จิรียา อิทนา,2537)

**ขบวนการหรือสภาวะทางพยาธิสภาพ 4 อย่างที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรม**  
(Luckman and Soren, 1987, p263)

**1.การอุดตัน (Obstruction)** ของอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายส่วนใหญ่มักจะเกิดกับหลอดเลือดแดง ท่อ หรือ รูต่างๆ การอุดตันของท่อทางเดินต่างๆในร่างกายย่อมทำให้เกิดอันตรายเนื่องจากไปอุดตันของสารเหลวต่างๆที่สำคัญในร่างกาย เช่น เลือด อากาศ น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะ น้ำดี และ Gastric หรือ Intestinal secretion เป็นต้น

**2.การทะลุ (Perforation)** เป็นการแตกทะลุของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เช่น Duodinal perforation, Ruptured bladder

**3.การเกิดแผล (Erosion)** บริเวณเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย เช่น มีการระคายเคือง การติดเชื้อ การเกิดแผล หรือมีการอักเสบ ผลของการเกิดแผลอาจมีการลุกลามถึงผนังของหลอดเลือดทำให้มีเลือดออกได้

**4.ก้อนทวม (Tumor)** เป็นการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อในร่างกายที่ผิดปกติไปจากเดิม อาจเป็นก้อนทวมชนิดธรรมดา หรือชนิดร้ายแรง

การทำศัลยกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการผิดปกติ (Diagnostic surgery) หรือเพื่อสำรวจและประเมินการลุกลามของ ซึ่งวินิจฉัยโรคได้แน่นอน (Exploratory surgery) หรือใช้การผ่าตัดเพื่อรักษา (Curative surgery) โดยนำอวัยวะส่วนที่เป็นโรครอกหรือซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อส่วนที่ผิดปกติ และการผ่าตัดเพื่อปะทังและบรรเทาอาการ (Palliative surgery) ช่วยให้อาการต่างๆของผู้ป่วยทุเลาลงถึงแม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะส่วนที่เป็นโรคนั้นได้

#### การประเมินทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของแพทย์และพยาบาลนั้นจะช่วยให้ทราบถึงความพร้อมทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด ทราบปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยซึ่งอาจมีผลต่อการผ่าตัด นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพที่จะช่วยแพทย์ประเมินสภาพของผู้ป่วย และรายงานข้อมูลที่ผิดปกติให้แพทย์ทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องต่อไป

การประเมินทางด้านร่างกาย โดยการซักประวัติอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเริ่มต้นของอาการ ลักษณะอาการ ประวัติอาการอื่นๆตามการวินิจฉัยแยกโรค ประวัติสุขภาพในอดีต การแพ้ยา การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด ความเจ็บปวด รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การปัสสาวะ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ประวัติการใช้ยา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ มี การซักประวัติสุขภาพของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด โดยการซักประวัติ อายุ ประเมินภาวะโภชนาการ ภาวะทุโภชนาการ ภาวะอ้วนมาก ประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย การได้รับยาที่มีผลต่อการผ่าตัด ได้แก่ ยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดัน ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ปวดชนิดแอสไพรินซึ่งจะพบว่า ร้อยละ 80 มีภาวะเลือดออกได้ง่ายหลังผ่าตัด ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกได้ง่ายขณะทำการผ่าตัด และหลังทำการผ่าตัด รวมทั้งประวัติการรับประทานยาเบาหวานด้วย

มีการตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อประเมินปัญหาและความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ มีการวัดสัญญาณชีพเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต มีการประเมินภาวะหัวใจและหลอดเลือด ประเมินภาวะช็อค ขนาดของ

หัวใจ เลี้ยงหัวใจ การบวมของแขนขา ประเมินสภาพปอด ช่องปาก ท้อง ใต้ ต่อมไทรอยด์ ระบบประสาท ประเมินความผิดปกติของส่วนประกอบของเลือด

ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG) การตรวจรังสีทรวงอก (Chest x-ray) พยาบาลต้องส่งผู้ป่วยตรวจตามแผนการรักษา มีการติดตามผลการตรวจต่างๆและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

การประเมินทางด้านจิตสังคม มีการซักถามความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลหรือกลัวเกี่ยวกับสิ่งใดเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังผ่าตัดได้

#### การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การพยาบาลหลังการผ่าตัด เริ่มต้นจากระยะเวลาที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้นหรือห้องผู้ป่วยหนักภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านและกลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินผลการรักษา

การทำสัลยกรรมแม้ว่าจะเป็นวิธีการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งแต่ภายหลังการทำสัลยกรรมในระยะเวลา 24 ชั่วโมงถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ(Beare&Myers,1994;

O'Brien,1994; Phipps&Long,1995) ปัญหาหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่สำคัญได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ๆจากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกายเนื่องจากการนอนในท่าเดียนานๆ และจากการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสมและการมีท่อระบายคาอยู่ในร่างกายนานๆ(นันทา เล็กสวัสดิ์,นฤมล วงศ์นิโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และพิชาณี แสนมโนวงศ์, 2542; Litwack, 2000; Lackmann & Sorensen, 1993; O'Brien,1994)

สำหรับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายหลังผ่าตัดที่สำคัญได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังผ่าตัด ผลของการผ่าตัดที่ได้รับ ความกลัวและความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม หลังผ่าตัด กลัวการกลับเป็นโรครุนแรง และความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (นันทา เล็กสวัสดิ์ ,2542;Beare&Myers,1994;Galloway,1999;Long,1991) และยังมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายโดยทำให้มีการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนอาจเต้นผิดจังหวะ อัตรา

การหายใจเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น(Barry,1989;Beare&Myers,1991)มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงเป็นเวลานาน จะมีผลกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไทรอยด์ มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์จากต่อมหมวกไตส่วนนอกและแคทีโคลามีนออกมามากกว่าปกติ(Kehlet,1984 cited in Salmon&Kaufman,1990)ทำให้ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การสร้างและสะสมพลังงาน โดยเฉพาะคอลลาเจน ซึ่งเป็นสารในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย จึงทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอและกระบวนการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติ รวมถึงกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ทำให้การกลับฟื้นคืนสภาพภายหลังผ่าตัดช้าลง ผู้ป่วยจึงต้องใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (จอม สุวรรณ โณ, 2542; Long,1991; Lindsey, Carrieri-Kohlman &Page, 1993; Pederson&Parran, 1999)

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นระยะหลังผ่าตัดระยะแรกนั้นเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่างถูกต้อง (Caunt,1992; Galloway&Graydon,1996; Gaston-Johansson,Franco,Zimmerman,1992)

การสอนผู้ป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะบางประการแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีและถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามปกติแล้ว การสอนมักจะใช้สื่อและ วิธีการแตกต่างกันไปเช่น บรรยายการอธิบายการสาธิตการใช้เทปเสียง การใช้วิดีโอ เป็นต้น(Potter&Perry, 1999; Soine 2000) ส่วนใหญ่วิธีการสอนเหล่านี้มักเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนน้อย มีเวลาสำหรับการเรียนการสอนจำกัด การสอนด้วยวิธีเหล่านี้จึงช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการจำมากกว่าการพัฒนาทักษะหรือการปฏิบัติ(ดรุณี รุจกรกานต์, 2541; บุญชม ศรีสะอาด 2537) การวิจัยของบุคริน เอียวลีหยก (2545) พบว่าภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังทำศัลยกรรมทรวงอก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้สามารถบรรเทาได้หากผู้ป่วยได้รับการโค้ช ซึ่งเป็นกลวิธีหรือกระบวนการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลกีและคณะ(Wilkie et al., 1995)ได้ศึกษานำร่องถึงผลของการโค้ชในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 8 รายโดยใช้การโค้ชเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองกับแพทย์และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น



ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโค้ชมีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของตนเองเพิ่มขึ้น และมีการประเมินถึงคุณภาพและความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตรงกับการประเมินของแพทย์ผู้ให้การรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง หลังผ่าตัดแล้วยังจะมีความวิตกกังวลอยู่ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจขาดไป ภาวะขาดสมดุลของร่างกายและจิตใจนั้น เมื่อเกิดกับบุคคลใดแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีความต้องการเกิดขึ้นเสมอ และจะต้องหาทางตอบสนองความต้องการของตนเอง ให้ภาวะขาดสมดุลกลับคืนสู่สภาพเดิมเพื่อความอยู่รอดของชีวิตตนเอง (พรรณรัตน์ ไชยชาญ, 2540) ถ้าความต้องการที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะเกิดความคับข้องใจ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดหรือความวิตกกังวลที่มากคุกคามต่อชีวิตน้อยลง (กันยา ออประเสริฐ, ศิริรักษณ์ ฟูงเดชและนภาพร วาณิชกุล 2539) ซึ่งผู้ป่วยหรือบุคคลจะมีความรับรู้และแสดงออกถึงการความต้องการที่เหมือนกัน หรือต้องการบางอย่างแตกต่างกันไป เนื่องจากองค์ประกอบที่แตกต่างกันทางเพศ อายุ การศึกษา สภาวะทางสังคม ประสบการณ์ชีวิตและสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย (กาญจนา กลั่นกลิ่น และ ศิริพร สุริยะ, 2539)

การประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลในขณะที่ย้ายเข้ามาในหอผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับความสุขสบาย และช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่นเดียวกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีการประเมินดังนี้

1. ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อสภาพความเจ็บป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความไม่สุขสบายต่างๆเช่นการหายใจไม่สะดวก มีเสมหะในคอ เป็นต้น เพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์
2. การประเมินทางด้านร่างกาย มีการตรวจร่างกาย โดยให้ความสำคัญกับทรวงอกและปอดเป็นสำคัญ โดยการสังเกตการหายใจว่ามีทางเดินหายใจโล่งหรืออุดตัน ตรวจนับอัตรา การหายใจ ความตื้นลึกของการหายใจ ฟังเสียงปอดเพื่อดูการหายใจที่มีความผิดปกติ มีการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ ตรวจดูลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกาย
3. การประเมินแผลผ่าตัด เพื่อสังเกตการมีเลือด หรือสารคัดหลังซึมจากแผลผ่าตัด มีการสังเกต และบันทึกจำนวน ลักษณะเลือด หรือสารคัดหลังที่ซึมออกจากแผล ตรวจดูสีผิว รอยจ้ำ

เลือด ฝืนลักษณะของแผลผ่าตัด ลักษณะการวมของแผล ซึ่งอาจมีการติดเชื้อ หรือลักษณะของแผล แยก และสังเกตลักษณะของสารเหลวที่ออกจากท่อระบายต่างๆ

4. การประเมินระบบประสาทได้แก่การตรวจระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจดู การเคลื่อนไหวของแขนและขา รีเฟล็กซ์ต่างๆ กำลัง และความตึงตัวของกล้ามเนื้อรวมทั้งมีการ ประเมินความเจ็บปวด

5. การประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร มีการประเมินการทำงานของ ลำไส้เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จะทำให้อวัยวะในระบบทางเดินอาหารหยุด ทำงานชั่วคราว ระบบขับถ่ายมีการสังเกตสี จำนวนของปัสสาวะที่ไหลออกมาทางสายยางสวน ปัสสาวะที่ต่อกับถุงรองรับปัสสาวะ ซึ่งหลังการผ่าตัดปกติแล้วจะมีปัสสาวะออกมา 6-8 ชั่วโมง หลังจากเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก

6. การประเมินความสมดุลของสารเหลวในร่างกาย หลังจากผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วยจะมีการ สูญเสียเลือด สารเหลวในขณะที่ผ่าตัดและภายหลังผ่าตัดรวมทั้งการให้สารเหลวและ อิเล็กโทร ลัยท์ทดแทนไม่เพียงพอ จึงต้องสังเกตอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากสมดุลของสารเหลวและ อิเล็กโทรลไลต์ด้วย ได้แก่ อาการสับสน เหงื่อซึม กระหายน้ำ เยื่อบุต่างๆแห้ง ผิวหนังเหี่ยวย่น หรือ บวม กดบวม การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ชักเกร็งเป็นต้น

7. การประเมินการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษ ต่างๆตามดุลยพินิจของแพทย์

8. การประเมินทางด้านจิตสังคม คุปฏิกิริยาของผู้ป่วยได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ สภาพความเจ็บป่วยของตนเองกลัวตาย กลัวไม่หายความ โศกเศร้าเนื่องจากสูญเสียอวัยวะของ ร่างกายเช่น ถูกตัดขา ผ่าตัดเต้านม เป็นต้น

ปัจจุบันแนวความคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้มุ่งเน้นการพยาบาล ที่ตอบสนองให้ ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของตนแล้ว ผู้ป่วยจะเกิด ความรู้สึกหรือรับรู้ได้ว่าการดูแลจากพยาบาลก่อให้เกิดความผาสุก(Well-being) ปลอดภัย (safeness) และบังเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2538) พยาบาลนับว่า เป็นวิชาชีพที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่อื่นๆ จึงเป็นบุคลากรที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะ เป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการของตนให้มากที่สุด เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความ ต้องการแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญกับภาวะเครียดและ ภาวะวิกฤตได้ดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจที่ปกติขึ้น แสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมี ประสิทธิภาพ

## การให้การดูแลผู้ป่วยเคมีบำบัด

สำหรับที่หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แพทย์ได้พิจารณาเลือกใช้เคมีบำบัดเพียงตัวเดียวและหลายชนิดร่วมกัน โดยพิจารณา จากชนิดของมะเร็ง คุณภาพชีวิตและความคุ้มทุนของการรักษาตลอดจนความร่วมมือ และ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย (หน่วยมะเร็งวิทยา, 2547)

การให้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย มีผลข้างเคียงหลายอย่าง การดูแลผู้ป่วยในระหว่างให้ยาต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากจะใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจาย และยังใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant Chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัดหรือการฉายแสงด้วย เนื่องจากในโรคมะเร็งบางชนิดซึ่งการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น ผ่าตัด ทำให้โรคหรือก้อนมะเร็งหมดไปได้แล้วแต่อาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่(residual micrometastatic tumor cell) ซึ่งเซลล์ที่เหลืออยู่นี้ตรวจไม่พบด้วยวิธีการต่างๆ ส่วนการให้ยานำเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งเรียกว่า Neo-adjuvant Chemotherapy หรือ Primary Chemotherapy หรือ Induction Chemotherapy นิยมให้ยาเคมีบำบัดประมาณ 2-3 ครั้งก่อนทำการผ่าตัดและ/หรือการฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัดนั้นมีทั้งการรับประทาน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การให้ทางหลอดเลือดดำ การฉีดเข้าช่องไขสันหลัง ช่องปอด หรือช่องท้องเป็นต้น หรืออาจฉีดเข้าหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งนั้น โดยตรง

### อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่รักษาโรคมะเร็ง

อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิด และขนาดของเคมีบำบัดที่ให้แก่ผู้ป่วย แต่ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการในระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536 ) อาการคลื่นไส้ อาเจียนอาจเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาที หรือภายใน 1-2 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมง (Camp-Sorrell, 2000 ) ซึ่งเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการอาเจียนรุนแรง เช่นผู้ป่วยที่ได้ ซิสพลาติน (cisplatin) ในขนาดสูง (มากกว่า 50 มก/ม<sup>2</sup>) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Camp-Sorrell, 2000 ) นอกจากนี้ยังอาจพบ เช่น การอักเสบของเยื่อช่องปาก ปากเป็นแผลและการรับรสของลิ้นลดลง อาจมีหลอดอาหารอักเสบมีอาการคอแห้งเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเดิน ปวดท้องได้ ( Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) ซึ่งอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินดังกล่าว ทำให้เกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ น้ำหนักลด และเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Camp-Sorrell, 2000)

2. ระบบไขกระดูก เคมีบำบัดส่วนมากจะไปกดการทำงานของไขกระดูก โดยทำให้ เม็ดเลือดขาว ต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ และเกร็ดเลือดต่ำ(Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคในระบบโลหิตลดลง และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของเซลล์ต่าง ๆ ลดลง ภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย (Camp-Sorrell, 2000) 2) ภาวะซีด มีผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอแก่การทำหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการซีด เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย ( Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) และ 3)ภาวะเลือดออกง่าย ทำให้มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง จากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ และถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้เลือดออกได้เอง และถ้า เกล็ดเลือดต่ำกว่า 10,000 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรเป็น จะทำให้มีเลือดออก ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และ ระบบประสาทส่วนกลาง (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) ซึ่งอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อระบบไขกระดูกจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับเคมีบำบัด 7 -14 วัน (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อย (Camp-Sorrell, 2000) และเคมีบำบัดที่มีผลต่อการกดไขกระดูกได้แก่ พาซิแทกเซล (paclitaxel)ไวโนรีลบิน (vinorelbine) เจมไซด์ตาบิน (gemcitabine) คาร์โบพลาติน (carboplatin ) และซิสพลาติน (cisplatin) เป็นต้น (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001)

3. ระบบการไหลเวียนและหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบได้ง่าย เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และมีลิ้มเลือดอุดตันได้บ่อย จากการฉีดเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ อาจเกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดพิษต่อหัวใจที่สำคัญ คือ ด็อกโซรูบิซิน(doxorubicin ) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) นอกจากนี้ อาจเกิดปอดเป็นพังผืด (pulmonary fibrosis) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับบิลโอไมซิน(bleomycin) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001; Wilkes, 2001 ) พาซิแทกเซล (paclitaxel)ไวโนรีลบิน (vinorelbine) เจมไซด์ตาบิน (gemcitabine) เป็นต้น (Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001)

4. ระบบไต เคมีบำบัดเป็นพิษต่อไตโดยตรงโดยทำลายต่อเซลล์เนื้อเยื่อของไต และโดยทางอ้อมโดยเกิดจากเซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดกรดยูริกตกผลึกในท่อไต หรือซึ่งผลทำให้เกิดภาวะไตวายอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือ ไตวายเรื้อรังได้ (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเลือดออก และการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Camp-Sorrell, 2000 ) ซึ่งเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบไต ได้แก่ ซิสพลาติน(cisplatin) คาร์โบพลาติน(carboplatin) และไอฟอสฟาไมด์ (ifosfamide) เป็นต้น ( Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001; Wilkes, 2001 )

5. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ อาการข้างเคียงของเคมีบำบัดมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมระบบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ประสาทส่วนปลาย และเส้นประสาท ซึ่งการทำลายต่อระบบใดระบบหนึ่ง หรือหลายระบบรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนัยน์ตากระตุก (nystagmus) สูญเสียการทรงตัว วิงเวียน อ่อนแรง สับสน และอาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้า หรืออาจทำให้สูญเสียการได้ยิน (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) ซึ่งยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบประสาทได้แก่ ซีสพลาติน (cisplatin) คาร์โบพลาติน (carboplatin) พาซิลแทกเซล (paclitaxel) ไวนอร์ลิบิน (vinorelbine) เป็นต้น (Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001; Wilkes, 2001)

6. ระบบสืบพันธุ์ อาการของเคมีบำบัดอาจทำให้เป็นหมันแบบชั่วคราว หรือเป็นหมันแบบถาวรได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในเพศหญิงจะมีอาการประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือ ไม่มีประจำเดือน ซึ่งผลต่อระบบสืบพันธุ์นั้นขึ้นอยู่กับ ชนิด ขนาด และระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด และที่มีผลต่อระบบสืบพันธุ์ เช่น ด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) (Wilkes, 2001)

7. ผิวหนัง ผม และขน อาจจะมีผิวหนังแห้งและคัน มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ผิวหนังและเล็บมีสีเข้มขึ้น เป็นผลมาจากมีการทำลายของเซลล์ผิวหนัง และอาจมีผมร่วงใน 2-3 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของต่อมรากผม เส้นผมจึงแตกหัก หลุดร่วงได้ง่าย (Camp-Sorrell, 2000) เคมีบำบัดที่มีผลต่อ ผิวหนัง ผมและขน ได้แก่ ซีสพลาติน (cisplatin) คาร์โบพลาติน (carboplatin) พาซิลแทกเซล (paclitaxel) เป็นต้น (Wilkes, 2001)

8. อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่ม เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมาก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด เช่น ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) (Wilkes, 2001) ส่วนอาการ อื่น ๆ เช่น เกิดปฏิกิริยาแพ้ ทำให้มีไข้ มีผื่น หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวได้แก่ ซีสพลาติน (cisplatin) คาร์โบพลาติน (carboplatin) พาซิลแทกเซล (paclitaxel) (Camp-Sorrell, 2000)

กล่าวโดยสรุป เคมีบำบัดจะมีผลต่อเซลล์ในร่างกายทั้งเซลล์ปกติและเซลล์ที่ผิดปกติ เซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น ไขกระดูก ผม ทางเดินอาหาร จะไวต่อเคมีบำบัดนี้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมักจะมีอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยได้แก่ การคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ผมร่วง เกิดปฏิกิริยาแพ้ ชาตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน

### ผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิต-สังคม และจิตวิญญาณดังนี้

#### ผลกระทบจากโรคและเคมีบำบัดต่อร่างกาย

โรคมะเร็ง และเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายต่อผู้ป่วย โดย อาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ การมีเลือดออก ความเหนื่อยล้า และ ความเจ็บปวด (Degner & Sloan, 1995) เป็นต้น และผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะมีประสบการณ์ความไม่สุขสบายมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ (Cooley, 2000; Degner & Sloan, 1995; Sama & Brecht, 1977)

จากการศึกษาวิจัย ของ โอโดริสคอล์ คอร์เนอร์ และ ไบรลีย์ (O'driscoll, Corner, & Bailey, 1999) ที่ ศึกษาประสบการณ์อาการหายใจเหนื่อยหอบ ในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 52 คน โดยการสัมภาษณ์ และใช้แบบประเมินประสบการณ์อาการหายใจเหนื่อยหอบโดยพยาบาล และได้วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภาวะหายใจเหนื่อยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลาจำนวน 8 คน ส่วนจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เหลือร้อยละ 85 มีอาการหายใจเหนื่อยเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ ไม่ต่อเนื่อง และจากการศึกษาของตึง และฟัง (Ting & Fang, 2002) ได้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและกลยุทธ์ในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กจำนวน 73 คนพบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานระหว่างการรักษาที่พบได้บ่อยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก และอาการไอ นอกจากนี้มีการศึกษาของซาน่า(Sama, 1994) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามในเพศหญิงจำนวน 60 คนที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองพบว่า การทำหน้าที่ทางด้านร่างกายถูกรบกวนเนื่องจากมีพลังงานลดลง ไม่สามารถทำงานบ้านได้ รบกวนการทำงานประจำ และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการเดินในระยะสั้น ๆ

นอกจากผลกระทบจากโรคแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทางร่างกายที่ได้รับจากอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการเหนื่อยล้า ผอมร่วง ท้องผูก ถ่ายเหลว และเยื่อช่องปากอักเสบ เป็นต้น (Batchelor, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอ (Oh, 2003)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดในผู้ใหญ่ของประเทศเกาหลีที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 106 คน พบว่าอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง ความเหนื่อยล้า ภาวลักษณะเปลี่ยนแปลงไป อาการไอ ความเจ็บปวด ท้องผูก ถ่ายเหลว คลื่นไส้ นอนไม่หลับ เป็นต้น และจากการศึกษาของตึง และฟัง (Ting & Fang, 2002) พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเจมิไซด์ตาบิน นาวิบิน และซีสพลาติน อาการที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลทำให้ผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน

รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยจะ  
ได้รับผลกระทบของโรคและการรักษาแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะของโรค ระยะการเปลี่ยนผ่าน  
ความเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาที่ได้รับ (Cooley, 2000)

### ผลกระทบจากโรคและเคมีบำบัดต่อจิต-สังคม

ผลกระทบทางด้านจิต-สังคมในผู้ป่วยมะเร็ง 'ได้แก่' การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง  
ซึ่งมีผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กล่าวคือ การได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็ง  
ระยะแรกซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยจะสูญเสียความหวัง มีภาวะซึมเศร้า (Ingle, 2000)  
และจากผลกระทบของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็ง มีความเหนื่อยล้า และน้ำหนักลดจะเป็นสาเหตุทำ  
ให้ผู้ป่วย ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้และมีการแยกตนเองออกจากสังคม (Iwamoto,  
2000) และนอกจากการศึกษาของโอไดร์สคอล์ คอร์เนอร์ และ ไบร์เลย์ (O'driscoll, Corner, &  
Bailey, 1999) พบว่าภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้น นอกจากจะมีผลกระทบทางด้าน  
ร่างกายแล้วยังมีผลกระทบทางด้านอารมณ์ได้โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ตื่นกลัว กลัวตาย และ  
มีการสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง  
กิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน (O'driscoll, Corner, & Bailey, 1999) และจากการศึกษาของอชบุรี  
ไฟด์เลย์ เรย์โนด์ และ แมคเคอร์ราเชอร์ (Ashbury, Findley, Reynold., & McKerreacher. 1998) ได้  
ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศแคนาดาจำนวน 913 คนพบว่าปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย  
มะเร็งปอด เกิดจากปัญหาสภาพร่างกายที่เป็นผลจากการรักษารวมถึงอาการที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ซึ่งจะ  
มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานและ การเข้าสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องกันเป็นระยะ ๆ 4-6 ครั้ง (สุมิตรา ทอง  
ประเสริฐ, 2542) โดยในแต่ละครั้งนั้นผู้ป่วยต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ผู้ป่วย  
มะเร็งปอดไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีข้อจำกัดเข้าร่วมทางสังคม บางครั้งทำให้ผู้ป่วย  
รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม (Freedman, 1994) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี  
บำบัดเป็นครั้งแรก จะพบว่าผู้ป่วยจะมีความก้าวร้าว ซึมเศร้า กลัว และมีความทุกข์ทรมานจากมี  
การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่ไม่คงที่ จากการได้รับเคมีบำบัด (Dikken & Sitzia, 1998) ซึ่งความ  
ทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายนั้นจะมีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจอีกด้วย (Liang,  
1996 in cited Ting & Fang, 2002)

### ผลกระทบจากโรคและเคมีบำบัดต่อจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มักรับรู้ว่ามีแรงจูงใจว่าเป็นโรคร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความเชื่อในการดำเนินชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Moadel et al, 1999 in cited Meraviglia, 2004) ผลกระทบของโรคและการรักษาทางด้านจิตสังคม พบว่าผู้ป่วยจะมีความกลัว และวิตกกังวล จะพบได้บ่อยและมีสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ (Ingle, 2000) ในการศึกษาดีเคอร์สและคณะ (Dedert et al, 2003) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง และอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจำนวน 29 คนพบว่าภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญ ได้แก่อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นต้น ด้านจิตใจได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ด้านสังคมได้แก่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง แยกตัวเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกกลัวตาย ความไม่มั่นใจในผลการรักษา หมดกำลังใจ ท้อแท้สิ้นหวัง จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้เกิดความไม่สมดุล หรือเกิดความต้องการเพื่อรักษาสมดุลนั้นไว้

### การดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่1 การดูแลผู้ป่วยก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัด

ระยะที่2 การดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด

ระยะที่3 การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาเคมีบำบัด

### การดูแลผู้ป่วยก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้หมายถึงการแจ้งผลการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยหรือญาติ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการรักษา ซึ่งในกรณีที่โรคนั้นๆสามารถให้การรักษาได้หลายวิธีควรจะอธิบายให้ละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีและผลเสียของการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา เช่น การรักษาที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรค (curative treatment) หรือผลการรักษามุ่งเพียงแค่บรรเทาอาการ (palliative treatment) อาจมีโอกาสดีชีวิตได้ การรักษา นั้นมีผลข้างเคียงอย่างไร ทั้งในแง่ผลทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว



กรณีที่เกิดอาการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด แพทย์และทีมงานผู้รักษาจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของยาเคมีบำบัดที่จะใช้ในการรักษา และผลข้างเคียงจำเพาะซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยานั้น รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับขบวนการย่อยสลาย การจับยาและเมตาโบไลต์ของยาออกจากร่างกายด้วย

### การดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด

เมื่อให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ต้องมีความระมัดระวังอย่างสูงทั้งนี้ เพราะถ้ามีการรั่วไหลของยาออกนอกเส้นเลือดแล้ว จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างรุนแรงเกิดเป็นแผลเรื้อรังได้ ในด้านการดูแลสุขภาพร่างกายนั้นจะเน้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากเพื่อป้องกันและลดอัตราการอักเสบภายในช่องปากสำหรับการดูแลเรื่องปริมาณน้ำในร่างกายนั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาที่ต้องควบคุมให้มีการขับปัสสาวะออกมามากซึ่งได้แก่ยา Cis-platinum และ methotrexate จะต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับกับที่ขับออกต่อวันด้วย

### การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาเคมีบำบัด

การดูแลที่สำคัญคือการดูแลไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนเช่น ถ้าใส่อุดต้น การมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร การติดเชื้อในระยะที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ อาการเบื่ออาหาร ผอมร่วง เป็นต้นจึงควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่อใดที่ผู้ป่วยจะต้องรีบมาตรวจซ้ำยกตัวอย่างเช่นในกรณีที่มีไข้ (Temperature > 38.1) ผู้ป่วยควรจะได้มาตรวจทันทีเพื่อหาสาเหตุของไข้และให้การรักษาโดยเร่งด่วนกรณีที่มีไข้เม็ดเลือดขาวต่ำร่วมด้วย

ในปัจจุบันนี้มีการนำสารที่เรียกว่า Hematopoietic growth factors เข้ามาใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดเพื่อลดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutopenia) ทำให้อุบัติการณ์ของการมีไข้และติดเชื้อในช่วงระยะเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutopenia) ลดลงซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ จึงควรเลือกใช้เฉพาะการรักษาผู้ป่วยซึ่งคาดว่าจะเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้ในอัตราที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเท่านั้นหรือใช้ในกรณีที่มี febrile neutopenia เกิดขึ้นแล้ว

การให้การรักษาดังกล่าวเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน การมีแผลในปาก การขับถ่าย เป็นต้น

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งแต่ มักจะถูกกละเลย ไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ ซึ่งสาเหตุของอาการปวดนั้นเกิดจากมะเร็งเองและเกิดจากสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีผลจากความรู้สึกต่างๆของผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความสิ้นหวัง ความกังวล ความซึมเศร้า มาเสริมให้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลจะมีการบันทึกประวัติการปวด ความรุนแรง ระยะเวลาที่ปวด ลักษณะของ

การปวด และการตอบสนองต่อการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน การให้ยาระงับปวดจะให้นขนาดที่สามารถระงับอาการได้ ซึ่งอาการปวดจากมะเร็งจะมีลักษณะปวดตลอดเวลา (Continuous pain) จึงจำเป็นให้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่อง คือ ทุก4-6 ชั่วโมง

อาการคลื่นไส้และ อาเจียน จะเกิดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษาโรค แต่สามารถควบคุมได้โดยการใช้ยาแก้อาเจียน

อาการเจ็บในปากและแผลในปาก (Mucositis) พบบ่อยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด แผลในปากเป็นช่องทางหนึ่งที่จะนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งจะมีการแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆเพื่อลดจำนวนแบคทีเรียในปาก ในระหว่างที่มีแผลในปากผู้ป่วยจะเจ็บในปากมากทำให้กลืนอาหารลำบาก แพทย์จะให้ยา xylocaine หรือ ผสม xylocaine ในน้ำยาบ้วนปากเพื่อลดความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้และทำความสะอาดปากได้ดีขึ้น

ในด้านโภชนาการและการขับถ่าย อาการต่างๆซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาซึ่งอาจเป็นผลจากโรคเอง หรือจากผลข้างเคียงของการรักษาเป็นเรื่องสำคัญและต้องให้ความสนใจและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

### การให้การดูแลผู้ป่วยรังสีรักษา

รังสีรักษา หรือ รังสีบำบัด (Radiotherapy หรือ Radiation therapy) หมายถึงการนำเอารังสีมาใช้ในการรักษาโรคซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง โดยอาศัยคุณสมบัติของรังสีที่ว่า รังสีเป็นพลังงานรูปหนึ่งถูกปล่อยออกมาจากแหล่งกำเนิดผ่านไปในตัวกลาง และทำให้เกิดการแตกตัว (Ionization) ในเนื้อเยื่อและในที่สุดจะนำไปสู่การทำลายเนื้อเยื่อดังกล่าว

การวางแผนการให้รังสีบำบัดนั้น จำเป็นเนื่องจากต้องใช้รังสีปริมาณสูงและมีการกระจายอย่างสม่ำเสมอตรงบริเวณก้อนมะเร็ง และขณะเดียวกันก็พยายามหลีกเลี่ยงเนื้อเยื่อปกติเพื่อให้ได้รับปริมาณรังสีให้น้อยที่สุด โดยการหาตำแหน่งและขอบเขตของก้อนมะเร็ง การเลือกชนิดเครื่องมือและเทคนิคการให้รังสีบำบัด รวมทั้งการกำหนดปริมาณรังสีและปริมาณรังสีที่สัมพันธ์กับเวลา

รังสีรักษานับว่าเป็นวิธีหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาและใช้รักษามะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง มีการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่1และ2 ซึ่งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามีอัตราการรอดชีวิตใน5ปี(5 year-survival rate)สูงถึงร้อยละ91.5 และ83.5 ตามลำดับ(สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ2531:122) ถึงแม้ว่าผลของรังสีรักษาจะสามารถรักษาโรคให้หายได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักกลัว มีทัศนคติที่ไม่ดี (Peck 1972: 591-599; Peck and Boland 1977:180-184) และยังมีความ

เข้าใจผิดเกี่ยวกับรังสีรักษาอีกมากมาย(Eardley 1986:24) การใช้รังสีในยุคแรกๆนั้นเป็นการรักษาแบบบรรเทาอาการ(Palliative Treatment)ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจผิดและปลุกฝังความคิดที่ผิดนี้เรื่อยมา (Holland 1989:135-136) ทำให้ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธที่จะรับการรักษาด้วยรังสี และเลือกที่จะไปรับการรักษาที่แพทย์พื้นบ้านหรือใช้ยาแผนโบราณแทนการรักษาด้วยรังสี การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก และแพทย์ได้แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการรักษาด้วยรังสี ในระยะเวลาสั้นๆทำให้ผู้ป่วยบางคนตกใจ เสียใจ กลัว วิตกกังวลไปพร้อมๆกัน อีกทั้งเมื่อได้รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง จึงทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความตั้งใจที่จะรับการรักษาด้วยรังสีได้ เพื่อให้ได้รับการรักษาและข้อมูลเกี่ยวกับรังสีอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนการฉายรังสี

ในระหว่างการฉายรังสีผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสี ซึ่งมีผลกระทบทางด้านร่างกายในเรื่องของความอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการซีด (Broadwell and Milutinovic 1997: 425-427; พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2531:375-381; King et. al. 1985:55-61) รวมทั้งภาวะอารมณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งที่เป็นผลจากโรคและการรักษาด้วย เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า(Peck 1972:591-599; Peck and Boland 1977:180-184) นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการกระสับกระส่าย(restlessness) แยกตัว(withdrawal) และแยกตัวออกจากสังคม(Social Isolation)(Forester et.al.1978:960-963)นับว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวตามลำพังและมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตอย่างมาก (Hanucha-rumkul 1988:1)ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลมากยิ่งขึ้นในระยะฉายรังสีนี้ เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถทนได้(Tolerance)กับอาการข้างเคียงของการรักษา และสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีบำบัดที่เกิดขึ้น ไม่เพียงแต่เกิดกับเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่จะมีผลถึงเซลล์ปกติของร่างกายด้วย โดยทั่วไปผลของรังสีต่อร่างกายจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะด้วยกันคือในระยะเฉียบพลัน และระยะยาว

ผลของรังสีในระยะเฉียบพลันนั้นจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่กำลังรักษาอยู่ และครอบคลุมภายใน 4-6 สัปดาห์หลังจากหยุดรักษาไปแล้ว ซึ่งอาการทั่วร่างกาย (Systemic effects) ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและอ่อนเพลีย เป็นต้น ส่วนอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะที่โดนรังสี(Local effects) ผลดังกล่าวจะทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นผิดปกติไป

ผลของรังสีในระยะยาวนั้นจะแสดงออกหลังการรักษาครบ 6 สัปดาห์เป็นต้นไป ผลของรังสีที่เกิดขึ้นจะเกิดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขอบเขตหรืออวัยวะที่โดนรังสี ปริมาณของรังสี ชนิดของรังสี และอัตราปริมาณรังสี

ภายหลังครบกำหนดการฉายรังสีรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอยู่อีก(อนูริย์ ต้นสกุล 2522:703-713) เนื่องจากยังมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาอยู่และผู้ป่วยมีภาวะไม่แน่นอน (Uncertainty) เนื่องจากไม่แน่ใจว่าการรักษานั้นจะได้ผลดีหรือไม่ พยาบาลจึงมีบทบาทให้การดูแลในเรื่องของความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค พร้อมทั้งชี้แนะและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

### การประเมินอาการปวดเนื่องจากมะเร็ง

ในบรรดาอาการปวดเรื้อรังชนิดต่างๆ ความปวดเนื่องจากมะเร็งนับว่าเป็นอาการปวดที่รุนแรง และทุกข์ทรมาน และเห็นเป็นรูปธรรมได้มากที่สุดชนิดหนึ่ง ทั้งนี้เพราะ สาเหตุของอาการปวดส่วนใหญ่ เกิดจากพยาธิทางกาย และเนื่องจากโรคมะเร็งมีพยาธิที่รักษาไม่หาย อาการปวดเนื่องจากมะเร็งจึงเป็นแบบอย่างของความปวดเรื้อรังที่สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหาอันเกี่ยวพันเป็นวงจร สภาพของพยาธิทางกาย ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตและสังคมของผู้ป่วย และครอบครัว และในมุมกลับ สภาพจิตและสังคม ที่มีบทบาทต่อการแสดงออกของความปวดเนื่องจากมะเร็ง

พยาธิของอาการปวดเรื้อรังจากมะเร็ง (chronic cancer pain) มีความแตกต่างจากพยาธิของอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็ง อาการปวดเนื่องจากมะเร็งมักเกิดจากการกดหรือกระจายของก้อนทumor ต่อเนื้อเยื่อที่ปกติ จึงทำให้มีการบาดเจ็บอย่างยืดเยื้อของเนื้อเยื่อ ซึ่งไม่มีโอกาสหายเป็นปกติเหมือนกับอาการปวดเฉียบพลัน (acute pain) ที่เกิดจากการบาดเจ็บทั่วไป นอกจากนี้ มะเร็งยังลุกลามให้มีพยาธิมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดมากขึ้นและตลอดเวลา

สาเหตุของอาการปวด ของผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดจากก้อนทumor ที่ขยายใหญ่กดทับ และแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่างๆ ของอวัยวะ, ประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเกิดสาเหตุที่ไม่ใช่จากมะเร็ง เช่น อาการปวดภายหลังการผ่าตัดทรวงอก (post-thoracotomy pain), ปวดหลอน (phantom pain), อาการปวดภายหลังการตัดอวัยวะ (post amputation pain) และอีกประมาณร้อยละ 3-10 มีอาการปวดซึ่งเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับก้อนทumor และการรักษาโรคมะเร็ง เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้องจากท้องผูก ปวดกล้ามเนื้อเพราะนอนนาน ถึงแม้ว่าอาการปวดของผู้ป่วยจะไม่ได้เกิดจากเหตุนี้บ่อย แต่ก็จำเป็นต้องวินิจฉัยแยกสาเหตุของอาการปวดด้วยเสมอ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวด สิ่งที่เป็นเสมือนหัวใจของการบำบัดรักษาที่ควรปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นในระยะแรก หรือระยะเวลาใดๆ ของการดูแลผู้ป่วยคือ การประเมิน พบว่าต้นเหตุของการรักษาไม่เพียงพอ มักมาจากความผิดพลาดในการประเมิน

ความปวดเป็นอาการ ดังนั้นจึงต้องวินิจฉัย สาเหตุ กลไกของอาการดังกล่าวก่อนที่จะให้การรักษา ด้วยเหตุที่อาการปวด จะไม่แปรตามพยาธิของอาการ แต่อาจถูกกำหนดโดยปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สิ่งแวดล้อม ความป่วยไข้ และ สภาพจิตใจของผู้ป่วย การประเมินจึงต้องประกอบด้วย การค้นหาสาเหตุทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งผลกระทบของอาการปวดต่อสิ่งต่างๆ เหล่านั้น

### จุดประสงค์ของการประเมินความปวดเนื่องจากมะเร็ง

1. เพื่อการรักษาอาการปวดอย่างถูกต้องตามสาเหตุ (Mechanism based) และให้รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อควบคุมอาการปวดให้ลดลง โดยมีฤทธิ์ข้างเคียงจากการรักษาน้อยที่สุด
3. เพื่อให้ทราบผลและประสิทธิภาพของวิธีการรักษา

### เป้าหมายของการประเมินความปวดเนื่องจากมะเร็ง

1. **ความรุนแรง** ความรุนแรงของอาการปวด จะแสดงให้เห็น ความสำคัญของปัญหา และผลกระทบ ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะบ่งชี้ความรีบด่วนในการให้การดูแลรักษา ปกติผู้ป่วยมะเร็งที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวด มักจะมีอาการปวดที่รุนแรง และแตกต่างจากอาการปวดเล็กน้อย ที่เคยมีเป็นประจำ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย

2. **ชนิดหรือ สาเหตุ** สาเหตุของอาการปวด จะกำหนดแนวทาง และวิธีการรักษาให้เหมาะสม การรักษาอาการปวดตามอาการ โดยให้กินยาแก้ปวด ปรับขึ้นลงตามอาการโดยมีคำวินิจฉัย สาเหตุ ปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง มักไม่ให้เกิดผลในการรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดลดบรรเทาตามระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ แล้วรู้สึกปวดอีก เพราะมิได้รักษาสาเหตุ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสได้รับยาเกินขนาด เกิดผลข้างเคียง หรือผลแทรกซ้อนจากยาระงับปวดได้

3. **ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการปวดทั้งทางตรงและทางอ้อม** จะบ่งชี้ความสำคัญ และความรีบด่วนในการดูแลรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือ และดูแลรักษาในด้านอื่นๆ เช่น สภาพจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม นอกจากนี้ยังพยากรณ์ผลที่คาดหวังว่าจะได้รับการรักษา และติดตามประเมินผล การรักษาในระยะต่อไป

การตอบสนองต่อการรักษาอาการปวดด้วยยาจะขึ้นกับสาเหตุของอาการ เช่น ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จะลดอาการปวดกระดูกได้ผลดีมาก ยาระงับปวดชนิด opioid จะลดอาการปวดร่างกาย (somatic pain) และอาการปวดกระดูกที่ไม่ตอบสนองต่อยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ , ยาทางจิตเวช (psychotropics) จะช่วยรักษาอาการปวดเส้นประสาท (nerve pain) เป็น

ต้น และการรักษาด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่สกัดกั้นสัญญาณประสาทก็จะลดอาการปวดร่างกาย และปวดอวัยวะภายใน ได้ผลดีเป็นต้น

อาการปวดเนื่องจากมะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บ (Nociceptive Pain) หรือการทำลายของเนื้อเยื่อ ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิมะเร็ง และการแพร่กระจาย เช่น อาการปวดจากการแพร่กระจายไปยังกระดูก, ตับ, ท่อน้ำดี, อาการปวดเนื่องจากท่อน้ำดีอุดตัน (biliary obstruction), ท่อทางเดินปัสสาวะอุดตัน (ureteral obstruction), เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis), แพร่กระจายสู่มะเร็งผิวหนังหรือเนื้อเยื่อ หลังการรักษาอาการปวดนี้จะให้ยาระงับปวด และควบคุมการกระจายของมะเร็งโดยการรักษาด้วยวิธี ฉายแสง, เคมีบำบัด และวิธีการที่จำเพาะอื่นๆ

อาการปวดทางระบบประสาท (Neuropathic Pain) พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจากการกระจายของมะเร็ง และการกดทับต่อเส้นประสาท เช่น โรคขั้วประสาทของแขน (brachial plexus plexopathy), โรคขั้วประสาทของเอวต่อกระดูกใต้กระเบนเหน็บ (lumbo-sacral plexopathy), การกดต่อรากประสาท (spinal nerve root compression) หรือ อาการปวดที่เกิดขึ้นขณะรักษามะเร็งเช่น อาการปวดประสาทภายหลังเป็นงูสวัด (post-herpetic neuralgia), กลุ่มอาการปวดภายหลังการผ่าตัดทรวงอก และเต้านม (post-thoracotomy & post-mastectomy pain syndrome) เป็นต้น อาการปวดทางระบบประสาทมีลักษณะ เจ็บ เสียวแปลบ ปวดแสบปวดร้อน อาจเกิดขึ้นเป็นพักๆ ไม่แน่นอนและอาจมีความผิดปกติของการรับรู้ เช่น ชา (Dysesthesia และ paresthesia) การรักษาอาการปวดนี้ จึงให้ยาทางจิตเวช (psychotropics) และอาจต้องใช้วิธีการระงับปวดอื่นๆร่วมด้วย เช่น สกัดกั้นสัญญาณประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve block), ศัลยกรรมทางระบบประสาท (neurosurgery), และการกระตุ้นเส้นประสาท (nerve stimulation)

Foley จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามสาเหตุของอาการปวด และระยะเวลาของโรค เพื่อประโยชน์ในการจัดแผนการรักษา และพยากรณ์โรค ออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

### 1. ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain)

1.1 เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (Acute cancer related pain) ส่วนใหญ่เป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในครั้งแรก อาจพบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็ง และมีอาการปวดในระยะต้น การรักษาอาการปวดชนิดนี้มักเป็นอย่างชั่วคราว การประเมินและวิเคราะห์โดยละเอียด จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

1.2 เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็ง (Acute pain associated with cancer therapy) ได้แก่ รังสีรักษา เคมีบำบัด ผ่าตัด เป็นต้น มักไม่ใช่ปัญหารุนแรงหรือซับซ้อน เนื่องจากเกิดขึ้นและหายไปในระยะต้น จึงไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย และปฏิบัติรักษา

## 2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain)

2.2 เกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็ง (Chronic pain from cancer progression) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลาม หรือแพร่กระจายของโรค อาการปวดจะยึดเยื้อและรุนแรง ผู้ป่วยจึงมักมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง

2.3 เกิดจากการรักษามะเร็ง (Chronic pain associated with cancer therapy) ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดชนิดที่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาทและไขสันหลัง เช่น ภายหลังจากผ่าตัดเต้านม, ภายหลังจากตัดอวัยวะ, อาการปวดหลอน, อาการปวดภายหลังการผ่าตัดทรวงอก, อาการปวดภายหลังการผ่าตัดลำไส้ (post – AP resection pain) เป็นต้น ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความปวดเรื้อรัง คือ บุคลิกภาพ และสุขภาพจิต ในกรณีเช่นนี้ ควรให้การรักษาที่สาเหตุร่วมกับวิธีทางกายภาพ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับปวด พวก opioid ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับ และการช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจจากครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดการควบคุมอาการปวดได้ด้วยตนเอง หรือการรักษาด้วยวิธีต่างๆ

1.อาการปวดเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (Preexisting chronic pain and cancer related pain) จากสาเหตุอื่น เช่น ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดหลัง หรือปวดประสาท trigeminal เป็นต้น

2.ผู้ป่วยติดยา และมีอาการปวดเนื่องจากมะเร็ง (Drug addiction and cancer related pain) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดเป็นผู้ป่วยที่รักษายาก จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ทางจิตเวชร่วมให้การประเมิน หากมีประวัติการรักษาหายเป็นปกติแล้ว ต้องดูแลด้วยความระมัดระวัง เพราะปัญหาความกดดัน และอาการเครียดจากความปวดทางจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม อาจเป็นสาเหตุให้กลับไปติดยาได้

3.ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการปวด (Dying patients with pain) เนื่องจากสุขภาพของผู้ป่วยจะทรุดไปกว่าเดิมมาก เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงแตกต่างจากระยะอื่น ที่จำเป็นต้องให้การควบคุมอาการปวด อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งกายและใจ นับว่าเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในระยะนี้

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการที่บุคคลมีความคาดหวังและความต้องการอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีจากบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดี มีมนุษยสัมพันธ์ มีความรู้ ทักษะ คอยดูแลช่วยเหลือ ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ( อุดมสุภาไกร, 2529 , หน้า 37-38 ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องอื่นๆอีก ที่ว่าเมื่อเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาย่อมมีความต้องการที่จะมีความรับรู้เกี่ยวกับอาการ ตลอดจนขั้นตอนของการรักษา และคาดหวังว่าจะได้พบกับพยาบาลที่มีหน้าตาอิมยิ้ม แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด จะเห็นว่าบุคลิกลักษณะของบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยก็มีความสำคัญ ( ประภัสสร พงศ์พันธ์พิศาล, 2542 ) ในเรื่องระดับความต้องการนั้นหากบุคคลใดมีความต้องการสูงมาก ระดับของความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้ความคาดหวังมีอิทธิพลยิ่งขึ้น และถ้าบุคคลเห็นประโยชน์หรือคุณค่าที่จะได้รับจากความคาดหวังว่ามีมาก ก็จะเป็นสิ่งผลักดันให้ความคาดหวังของบุคคลมีอิทธิพลสูงไปด้วยยิ่งขึ้น (สุรางค์ จันทน์หอม, 2529) สอดคล้องกับการศึกษาของทวีวัธน ต่ายใหญ่เที่ยง (2543: หน้า 70) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้รับบริการต่อสิ่งอำนวยความสะดวกและ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลพญาเม็งราย พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลในระดับปานกลาง แต่มีความคาดหวังต่อสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับสูง ซึ่งมีลักษณะประชากรของผู้รับบริการในด้านเพศ การศึกษา อาชีพ ที่พักอาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกันก็จะมี ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1

ในด้านการบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยยังมีความต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการบ่อยๆ แม้ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มก็ตามและยังต้องการให้แพทย์อธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษาอีกด้วย ส่วนในด้านการบริการพยาบาลนั้นผู้ป่วยต้องการเห็นพยาบาลมีอัธยาศัยดี มีหน้าตาอิมยิ้ม แจ่มใส ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เต็มใจและจริงใจ มีความคล่องแคล่วนุ่มนวลขณะทำการพยาบาล มีความสนใจดูแลความเจ็บป่วยเป็นอย่างดี ในด้านสวัสดิการสิ่งแวดล้อมนั้นมีความต้องการให้จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภค จัดหาเสื้อผ้า เครื่องอำนวยความสะดวก การจัดหาอาหาร จัดหารถส่งกลับบ้าน และยังต้องการให้ญาติดูแลขณะเจ็บป่วยมากกว่าให้พยาบาลพิเศษดูแล (กรรณา เยาวรัตน์, 2536 หน้า 53-54)



ในหอผู้ป่วยประกันสังคม ผู้ป่วยส่วนมากจะมีผู้ป่วยมะเร็งมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจเหมือนกับผู้ป่วยอื่นๆเช่นกัน แต่ก็มีความแตกต่างกันตามการวินิจฉัยของโรค มีการศึกษางานวิจัยของฟุต และแซนสัน-ฟิชเชอร์(Foot & Sanson-Fisher, 1995)ศึกษาการวัดความต้องการที่ไม่บรรลุผลของประชาชนที่เป็นโรคมะเร็งในประเทศออสเตรเลีย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 533 คนมีอายุตั้งแต่ 17 ปี ขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง(The Cancer Patient Need Questionnaire: CPNQ) ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านจิตใจ 2) ความต้องการด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ 3) ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ความต้องการด้านการดูแล และช่วยเหลือ และ5) ความต้องการด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพสูงถึงร้อยละ 50 และความต้องการเกี่ยวข้องด้านจิตใจสูงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 โดยพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุด10 อันดับแรก ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการหายจากโรคมะเร็ง (ร้อยละ 49.3) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจให้เร็วที่สุด (ร้อยละ 49) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยเหลือให้ตนเองดีขึ้น (ร้อยละ48.6) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 4) ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของมะเร็งต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว (ร้อยละ 47.1) (ด้านระบบการดูแลสุขภาพ) 5)กลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (ร้อยละ 44.0) (ด้านจิตใจ) 6)ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ประสบผลสำเร็จ (ร้อยละ 43.6) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 7)ข้อมูลเกี่ยวกับการประ โยชน์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษาและการผ่าตัดก่อนที่จะตัดสินใจ (ร้อยละ 41.1) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 8) อธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการตรวจทุกชนิดที่จะทำกับผู้ป่วย (ร้อยละ 37.1) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) 9) ต้องการให้เจ้าหน้าที่เฉพาะทางบอกสิ่งที่สำคัญที่สุดแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 34.9) (ด้านข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพ) และ10) กลัวความพิการและความเสื่อมของร่างกาย (ร้อยละ 34.7) (ด้านจิตใจ)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของแซนสัน เกียร์จิส โบยีส โบนิชสกี เบอร์ดัน และคูก (Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton & Cook, 2000) ซึ่งศึกษาความต้องการการสนับสนุนการดูแลที่ไม่บรรลุผลของผู้ป่วยมะเร็ง ในหน่วยมะเร็งของรัฐบาล 9 แห่งในประเทศออสเตรเลีย กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด การฉายรังสี และได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 1,492 คน โดยใช้เครื่องมือความต้องการการสนับสนุนการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง(Support Care Needs Survey: SCNS) (Bonevski, Sanson-Fisher, Girgis, Burton, Cook & Boyes, 2000) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านจิตใจ 2) ความต้องการด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 3) ความต้องการทางด้านร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ความต้องการด้านการดูแลและ

ช่วยเหลือ 5) ความต้องการที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละผู้ป่วยมะเร็งมีผู้ป่วยมีความต้องการตั้งแต่ระดับปานกลางถึงสูง โดยความต้องการรายข้อ 10 อันดับแรกได้แก่ 1) กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง (ร้อยละ 40) 2) กลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (ร้อยละ 39) 3) มีความกังวลเกี่ยวกับที่อยู่รอบข้าง (ร้อยละ 38) 4) ข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยเหลือให้ตนเองดีขึ้น (ร้อยละ 36) 5) การขาดพลังงานและความเหนื่อย (ร้อยละ 33) 5) ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคยกระทำ (ร้อยละ 33) 7) ข้อมูลเกี่ยวกับมีความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต (ร้อยละ 32) 8) ข้อมูลเกี่ยวกับการมะเร็งที่ควบคุมได้ (ร้อยละ 32) 9) ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจให้เร็วที่สุด (ร้อยละ 31) และ 10) มีความกังวลเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเรื่องการปรับตัวในการดูแล (ร้อยละ 30) ซึ่งผลศึกษาในรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความต้องการระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ความต้องการทางด้านร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน และ ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ

นอกจากนี้มีการศึกษาของอเรนตามันดิและเคียร์นีย์ (Arantzamendi & Kearney, 2003) ศึกษาความต้องการทางด้านจิตใจ ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจากการรับรู้ของพยาบาลผู้ที่ให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยจำนวน 8 คน ที่ทำงานในหน่วยมะเร็งในประเทศอังกฤษ พบว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และมีผลจากภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดต่อร่างกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก โดยมีความต้องการตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาและจนถึงสิ้นสุดของการรักษาด้วยเคมีบำบัด และจากการศึกษาของโมราสโซและคณะ (Morasso et al, 1999) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนอง และไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทางจิตสังคม และอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศึกษาที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศอิตาลี 13 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจากผู้ป่วย 324 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 90 คน จากนั้นสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยการประเมินระดับความทุกข์ทรมาน และแบบประเมินความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งแบบสอบถามจะสำรวจความต้องการของผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านจิตใจ ความปลอดภัย ความรักและนับถือ ความมั่นใจ และความต้องการทำให้สำเร็จด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมี 11 ความต้องการได้แก่ 1) การควบคุมอาการ (ร้อยละ 62.8) 2) การประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.1) 3) ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ (ร้อยละ 51.7) 4) ความต้องการด้านโภชนาการ (ร้อยละ 43.2) 5) ความต้องการนอนหลับ (ร้อยละ 37.1) 6) ความต้องการทำให้สำเร็จด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.5) 7) ความต้องการการสื่อสารเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (ร้อยละ 27.7) 8) ความต้องการด้านข้อมูล (ร้อยละ 25.0) 9) ความต้องการการดูแลส่วนบุคคล (ร้อยละ 14.6) 10) การ

สนับสนุนทางการเงิน (ร้อยละ 14.1) และ 11) ความสนิทสนมทางด้านความรู้สึก (ร้อยละ 13.8) และผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลส่วนบุคคล (ร้อยละ 26.5) ความต้องการข้อมูล (ร้อยละ 42.4) ความต้องการสื่อสาร (ร้อยละ 44.8) ความต้องการการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.4) และความสนิทสนมทางด้านอารมณ์ (ร้อยละ 24.2) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการตอบสนองความพบว่ามีความต้องการทางด้านจิตใจสูง

การศึกษาของแทมบูไรนี และคณะ (Tamburini et al, 2003) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาในโรงพยาบาลของเมืองมิลานประเทศอิตาลี โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาย่างน้อย 48 ชั่วโมง จำนวน 224 คน โดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (The needs Evaluation Questionnaire: NEQ) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง เหตุผลและเงื่อนไขของความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการปรับปรุงการให้บริการ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 23 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและพยาธิสภาพ 2) ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายและการรักษา 3) ด้านการสื่อสาร 4) ด้านสัมพันธภาพ 5) ด้านการช่วยเหลือและการรักษา 6) ด้านการสนับสนุน 7) ด้านสถานที่ 8) ด้านเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) สภาพของผู้ป่วยในอนาคต (ร้อยละ 61) (ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและพยาธิสภาพ) 2) ต้องให้ปรับปรุงที่พัก ด้านการรักษาความสะอาด อาหาร ความสะอาดของห้องน้ำ (ร้อยละ 59) (ด้านสถานที่) 3) การสนทนากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง (ร้อยละ 45) (ด้านการสื่อสาร) 4) การช่วยแก้ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและปัญหาการประกันชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรค (ร้อยละ 40) (ด้านเศรษฐกิจ) และ 5) ข้อมูลเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค (ร้อยละ 40) (ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและพยาธิสภาพ) สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการสูงด้านจิตใจ และด้านข้อมูล ส่วนความต้องการในรายข้อพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย โรคการรักษา การวินิจฉัย การหายจากโรค สิ่งที่จะช่วยเหลือให้ตนเองดีขึ้น กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง กลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ กลัวการพิการและความเสื่อมของร่างกาย การปรับปรุงที่พัก และเศรษฐกิจ เป็นต้น

จากการศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการบริการพยาบาลซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยของละออ ดันติศิรินและคณะ(2536) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อกิจกรรมพยาบาลที่สนองความต้องการพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกอายุรกรรม แผนกสูติกรรม แผนกออร์โทปิดิกส์ แผนกจักษุ แผนกโสต คอ นาลิก และแผนกพิเศษของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

นครเชียงใหม่ แผนกละ 50 คนรวมทั้งหมด 350 คนผลการศึกษาพบว่าทุกแผนกมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการดูแลให้ได้รับประทานอาหารตามเวลาเมื่ออาหาร แผนกศัลยกรรมทั่วไปและแผนกโสต ศอ นาสิก พึงพอใจระดับมากที่สุดและสูงสุดคือ การให้ความสนใจซักถามเกี่ยวกับการจับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ แผนกจักษุพึงพอใจระดับมากที่สุดและสูงสุดคือการจัดห้องพักให้สะอาด ถ่ายเทได้สะดวก ส่วนผู้ป่วยแผนกสูติกรรม และนรีเวชกรรมพึงพอใจระดับมากที่สุดและสูงสุดเรื่องการอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการที่เป็นอยู่ แผนกพิเศษพึงพอใจระดับมากที่สุดและสูงสุดเรื่องการอนุญาตให้ญาติพบ หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยต้องการ และได้สอดคล้องกับการศึกษาของกึ่งมณี อุดมสิรินิกร(2543) ได้ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลห้องผ่าตัดสูติกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสามัญและพิเศษตึกสูติกรรมจำนวน 100 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมขณะอยู่ในห้องผ่าตัดในเรื่องมีความพึงพอใจเกี่ยวกับแสงไฟในห้องรอผ่าตัด มีความเหมาะสมมากที่สุด ความพึงพอใจในห้องพักพื้นพบว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับการปราศจากสิ่งรบกวนมากที่สุด ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลในห้องรอผ่าตัด พบว่าพึงพอใจเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่พยาบาลมีอัธยาศัยไมตรีที่ดี พุดจาสุภาพ มีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสมากที่สุด ในห้องผ่าตัดพบว่า มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการได้รับการตรวจสอบความเจ็บปวดก่อนลงมือผ่าตัดมากที่สุด และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติการในห้องพักพื้น พบว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับการบอกหรืออธิบายก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเช่น การวัดความดันโลหิต การฉีดยา มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของจินต์สินี รักษานาม(2546) ศึกษา การรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพิจิตร ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังด้านบริการและการรับรู้ของผู้รับบริการรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน

ชมนาด พจนามาตร์, และคณะ, (2534) ได้ศึกษาถึงความต้องการขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีของผู้ป่วยมะเร็ง ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในแผนกรังสีรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 126 คนพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านร่างกายค่อนข้างมากเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก อุณหภูมิภายในที่พักเหมาะสม ทางด้านจิตใจผู้ป่วยมีความต้องการที่จะทราบวิธีการปฏิบัติตัว สภาพของโรคที่เป็นอยู่ และ แผนการรักษาต่างๆ

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นการกระทำใดๆก็ตาม ที่ผู้ป่วยได้รับและบรรลุถึงความต้องการของตน ซึ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยประเมินได้จากการรับรู้ต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการรับรู้ การรับรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานของบุคคล การรับรู้ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เห็นได้ แต่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งไม่

สามารถสังเกตได้โดยตรง บุคคลรับพลังงานจากสิ่งเร้า ซึ่งจะเร้าประสาทสัมผัสและผ่านมายังเส้นประสาทส่งข้อมูลต่อไปยังสมองในขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้นๆ (ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2534) ผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้ถึงความต้องการการพยาบาลก็ต่อเมื่อเผชิญอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของตนแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหรือรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลให้การพยาบาลจากพยาบาล จึงก่อให้เกิดความผาสุก ความปลอดภัย และบังเกิดความพึงพอใจในที่สุด ดังนั้นคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีจะประเมินได้จากการรับรู้ของผู้ป่วยว่าได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของตนหรือไม่ ก่อนจะให้การพยาบาลทุกครั้งพยาบาลจะต้องรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อจะได้พิจารณาจัดการให้เหมาะสมกับความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เสียก่อน (วิเชียร ทวีลาภ และสุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2521) จึงจะทำให้การพยาบาลนั้นสามารถตอบสนองตรงตามเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นและคณะ (Johnson et al., 1970) ได้เน้นถึงการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องว่า พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพราะว่าภาวะความสมดุลทางด้านความต้องการพื้นฐานเมื่อถูกรบกวนจะทำให้บุคคลหรือผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นได้ ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยจะต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น ผู้ป่วยต้องการและคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการของตนได้มากกว่าบุคคลอื่น (บัวหลวงสำแดงฤทธิ์, 2538)

สิทธิประโยชน์ทดแทนและเงื่อนไขการได้รับสิทธิ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ศึกษาในโรงพยาบาลมหารชนครเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทดแทนและเงื่อนไขการได้รับสิทธิ แต่เขามีความพึงพอใจในเรื่องความสะดวก และบริการของโรงพยาบาลในระดับปานกลาง (ปิยพร โนดา, 2535) ทำให้ทราบว่าควรเผยแพร่ความรู้ แนวทางปฏิบัติ และสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนทราบเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้บริการต่ำ การอธิบายให้ทราบถึงข้อมูลข่าวสารคำแนะนำเกี่ยวกับโรคการรักษาพยาบาลและ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแผนการรักษา อธิบายของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในด้านความสะดวก ค่าใช้จ่ายที่เสียไปและด้านความรวดเร็วของการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเช่นกัน (ละออ ดันติศิริรินทร์และคณะ, 2536)

ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันกันมากขึ้น เพื่อชักจูงให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของประชาชน ที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาล

นครเชียงใหม่ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการบ่อยๆ แม้ว่า จะยอมเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม ต้องการให้แพทย์อธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษา การตรวจพิเศษต่างๆ ในด้านการพยาบาลนั้นต้องการให้พยาบาลมีธรรมาจริยธรรม หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงออกด้วยท่าที ที่เต็มใจและจริงใจ ด้านการบริการในขณะที่มารับการตรวจรักษาต้องการความสะดวกรวดเร็ว ด้านสิ่งแวดล้อมนั้นต้องการให้จัดหาอาหาร เครื่องอุปโภค เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และเครื่อง อำนวยความสะดวกให้ และในขณะเดียวกันต้องการให้ญาติดูแลขณะเจ็บป่วยมากกว่าพยาบาล พิเศษดูแล (กรรณา เขาวรัตน์, 2536)

การทบทวนทฤษฎี รายละเอียดความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยต่อบริการ พยาบาลดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้ผู้บริการพยาบาลนำเอาความคาดหวังและความต้องการเหล่านั้น เพื่อทำให้ความคาดหวังของผู้ป่วยบรรลุผล เพราะการให้บริการพยาบาลเป็นบริการด้านสุขภาพ อนามัยเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลแบบองค์รวม (holistic) การสนองความต้องการของ ผู้ป่วยที่มารับบริการจึงไม่เพียงแต่สนองความต้องการทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการ สนองตอบความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อมซึ่งการสนองตอบต่อความต้องการ เหล่านี้ทำให้ความคาดหวังของผู้ป่วยสอดคล้องกับความเป็นจริงและความเป็นไปจะช่วยให้ผู้ป่วย มีความมั่นใจ อบอุ่นใจ มีกำลังใจ คลายความเครียด และความวิตกกังวล สามารถปรับตัวต่อ ภาวะวิกฤติแห่งความเจ็บป่วยให้ผ่านไปได้อย่างดี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved