

ภาคผนวก ก.

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

เรียน.....

ดิฉัน นางเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตรวจร่างกาย และตอบแบบสัมภาษณ์ขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงก่อนกลับบ้าน 1-2 วัน และหลังจากกลับบ้านไปแล้ว 1 เดือน แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ชุด ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ของท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลรายอื่น ดังนั้นข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามที่ท่านต้องการ ในระหว่างสัมภาษณ์ท่านอาจขอยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับทั้งสิ้น ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

(นางเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์)

ภาคผนวก ข.

ตารางวิเคราะห์ผลการศึกษาเพิ่ม

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ที่เพิ่มขึ้น โดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ปัจจัย	คะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น		value χ^2	
	< 5 (ร้อยละ)	≥ 5 (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	18 (72.0)	13 (68.4)	.797 ^{NS}	
หญิง	7 (28.0)	6 (31.6)		
รวม	25 (100.0)	19 (100.0)		
รายได้				
≤ 3,000 บาท	18 (72.0)	10 (52.6)	.186 ^{NS}	
> 3,000 บาท	7 (28.0)	9 (47.4)		
รวม	25 (100.0)	19 (100.0)		
ประวัติโรคเรื้อรัง				
ไม่มี	9 (36.0)	8 (42.1)	.680 ^{NS}	
มี	16 (64.0)	11 (57.9)		
รวม	25 (100.0)	19 (100.0)		
ด้านที่เป็นอัมพาต				
ซ้าย	10 (40.0)	10 (52.6)	.405 ^{NS}	
ขวา	15 (60.0)	9 (47.4)		
รวม	25 (100.0)	19 (100.0)		
การออกกำลังเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อ				
ไม่ได้รับ	9 (36.0)	4 (21.1)	.282 ^{NS}	
ได้รับ	16 (64.0)	15 (78.9)		
รวม	25 (100.0)	19 (100.0)		

NS = non significant

ตาราง 2 เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คะแนน ADL ที่เพิ่มขึ้น	จำนวน (N)	อายุ		t-value
		\bar{X}	(S.D.)	
< 5 คะแนน	25	64.44	(13.48)	-.163 ^{NS}
≥ 5 คะแนน	19	65.05	(10.70)	

NS = non significant

ภาคผนวก ก.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล
3. แบบประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย
4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย
5. แบบสัมภาษณ์การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแลที่บ้าน

ก่อนที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการประเมินการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล โดยผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับ เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง จึงจะสัมภาษณ์ต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลำดับที่.....

วันที่.....

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างตามที่ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ตรงกับความเป็นจริง

		สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ.....ปี		[] [] Number
2. เพศ	(1) ชาย (2) หญิง	[] age [] sex
3. การวินิจฉัยโรค.....		[] diag
4. สถานภาพสมรส	(1) โสด (2) คู่ (3) หม้าย (4) หย่าหรือแยกกันอยู่	[] status
5. ศาสนา	(1) พุทธ (2) คริสต์ (3) อิสลาม (4) อื่นๆ ระบุ.....	[] relig
6. ระดับการศึกษา	(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ (2) ประถมศึกษา (3) มัธยมศึกษา (4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา (5)ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	[] educ

7. อาชีพก่อนเจ็บป่วย	(1) ไม่ประกอบอาชีพ (2) งานบ้าน (3) ค้าขาย (4) รับจ้าง (5) เกษตรกรรม (6) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (7) อื่นๆ ระบุ.....	สำหรับผู้ป่วย [] occup
8. รายได้ผู้ป่วย.....บาท/เดือน		[] income
9. จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล..... วัน		[] day
10. ค่าใช้จ่ายในการรักษา	(1) ผู้ป่วยจ่ายเอง (2) ครอบครัวจ่ายเองทั้งหมด (3) เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด (4) มีประกันสังคม (5) บัตรผู้สูงอายุ (6) สังคมสงเคราะห์ (7) ยืม/กู้จากผู้อื่น (8) อื่นๆ ระบุ.....	[] cost
11. ที่อยู่ปัจจุบัน.....		[] address
12. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....		[] live
13. จำนวนสมาชิกในบ้าน.....คน		[] member 1
14. จำนวนสมาชิกที่มีอายุ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน.....คน		[] member 2
15. จำนวนสมาชิกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน.....คน		[] member 3
16. จำนวนผู้เจ็บป่วยที่ต้องดูแล.....คน		[] member 4
17. โรคเรื้อรังที่เป็นมาก่อน	(0) ไม่มี (1) เบาหวาน (2) ความดันโลหิตสูง (3) โรคหัวใจ (4) อื่นๆ ระบุ.....	[] disease

- | | |
|--|---------------|
| 18. พยาธิสภาพที่พบ..... | สำหรับผู้ป่วย |
| | [] patho |
| 19. ประวัติการสูบบุหรี่ | [] smoke |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี ระบุ.....มวน/วัน | |
| 20. ประวัติการดื่มสุรา | [] alcohol |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี ระบุ..... | |
| 21. ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว | [] history |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี | |
| 22. ยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะจำหน่ายเพื่อไปรับประทานต่อที่บ้าน | [] drug |
| (0) ไม่มียา | |
| (1) ยาลดความดันโลหิต | |
| (2) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด | |
| (3) ยาละลายลิ่มเลือด | |
| (4) ยาเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง | |
| (5) ยาเบาหวาน | |
| (6) ยาอื่นๆ ระบุ..... | |
| 23. ระยะเวลานัดมาตรวจครั้งต่อไป | [] follow |
| (1) 1 - 2 สัปดาห์ | |
| (2) 3 - 4 สัปดาห์ | |
| (3) 5 สัปดาห์ขึ้นไป | |

2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างตามที่ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี		สำหรับผู้วิจัย
		[] age
2. เพศ	(1) ชาย	[] sex
	(2) หญิง	
3. สถานภาพสมรส	(1) โสด	[] status
	(2) คู่	
	(3) หม้าย	
	(4) หย่าหรือแยกกันอยู่	
4. ศาสนา	(1) พุทธ	[] relig
	(2) คริสต์	
	(3) อิสลาม	
	(4) อื่นๆ ระบุ.....	
5. ระดับการศึกษา	(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	[] educ
	(2) ประถมศึกษา	
	(3) มัธยมศึกษา	
	(4) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	
	(5)ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	
6. อาชีพ	(0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	[] occup
	(1) ทำงานในบ้าน	
	(2) ค้าขาย	
	(3) รับจ้าง	
	(4) เกษตรกรรม	
	(5) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
	(6) ออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย	

- | | |
|--|----------------|
| | สำหรับผู้วิจัย |
| 7. รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน | [] income |
| 8. ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย | [] Problem |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี ระบุปัญหาเกี่ยวกับ..... | |
| 9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... | [] relation |
| (1)สามี | |
| (2) ภรรยา | |
| (3) บุตรหญิง | |
| (4) บุตรชาย | |
| (5) บุตรสะใภ้ | |
| (6) หลาน | |
| (7) อื่น ๆ ระบุ | |
| 10. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน | [] hour |
| 11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | [] experi |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี | |
| 13. มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน | [] aid |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี ได้แก่..... | |
| 14. เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ | [] data |
| (0) ไม่ได้ | |
| (1) ได้ ระบุ (แหล่งข้อมูล)..... | |
| 15. ผู้ดูแลมีภาระอื่น ที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย | [] burden |
| (0) ไม่มี | |
| (1) มี | |

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายก่อนและหลังจำหน่าย

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะประเมินโดยการตรวจร่างกายหรือถามผู้ป่วย แต่ละข้อ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างของข้อคำถามที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

3.1 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ประกอบด้วย

สำหรับผู้วิจัย

3.1.1 แบบประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งประเมินจาก

1) เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน

[] arm 1

ชาย (0) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (26.4-32.2 ซม.) ระบุ..... ซม.

(1) ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ () > 32.2 ซม.

() < 26.4 ซม.

หญิง (0) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (25.7-31.4 ซม.) ระบุ..... ซม.

[] arm 2

(1) ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ () > 31.4 ซม.

() < 25.7 ซม.

3.1.2 แบบประเมินอาการที่พบ โดยประเมินจากการถามและการตรวจร่างกาย

1) ท้องอืด

[] disten

(0) ไม่มี

(1) มี

2) คลื่นไส้

[] nausea

(0) ไม่มี

(1) มี

3) เบื่ออาหาร

[] poor appe

(0) ไม่มี

(1) มี

4) มีอาการสำคัญขณะกลืนอาหาร

[] aspirate

(0) ไม่มี

(1) มี

สำหรับผู้วิจัย

3.1.3 แบบประเมินแผลกดทับและความผิดปกติของผิวหนัง โดยประเมินจากการถามและการสังเกต

- 1) แผลกดทับ [] sore
 (0) ไม่มี
 (1) มี ระบุบริเวณ.....
- 2) ลักษณะสภาพผิวหนัง [][] skin
 (0) ปกติ
 (1) ไม่ปกติ ได้แก่ (1.1) บวม
 (1.2) แห้ง เป็นสะเก็ด
 (1.3) เป็นผื่นแดง
 (1.4) ตุ่มนูนแข็ง
 (1.5) ตุ่มน้ำและ/หรือตุ่มหนอง

3.2 แบบแผนการขับถ่าย ประกอบด้วย

3.2.1 แบบประเมินการขับถ่ายอุจจาระ โดยประเมินจากการถาม

- 1) อาการท้องผูก [] impact
 (0) ไม่มี
 (1) มี
- 2) อาการท้องเดิน/ท้องเสีย [] diar
 (0) ไม่มี
 (1) มี
- 3) มีอาการกัั้นอุจจาระไม่อยู่ [] fec incon
 (0) ไม่มี
 (1) มี

3.2.2 แบบประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ โดยประเมินจากการถาม

- 1) ลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ [] void
 (1) ถ่ายได้เอง
 (2) คาสายสวนปัสสาวะ
- 2) ลักษณะปัสสาวะ [] urine
 (0) ปกติ เหลืองใส
 (1) มีตะกอนขาว/เหลืองขุ่น

3) มีอาการปวดบริเวณท้องน้อย และ/หรือท่อปัสสาวะ

(0) ไม่มี

(1) มี

4) มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

(0) ไม่มี

(1) มี

สำหรับผู้วิจัย

[] pain

[] uri incon

3.3 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย

3.3.1 แบบประเมินสัญญาณชีพ

1) อุณหภูมิ องศาเซลเซียส

[][][][] temp

2) อัตราการเต้นของชีพจร ครั้ง/นาที

[][][] pulse

3) จังหวะการเต้นของชีพจร

[] puls ryth

(0) สม่ำเสมอ

(1) ไม่สม่ำเสมอ

4) อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที

[][] res

5) จังหวะการหายใจ

[] res ryth

(0) สม่ำเสมอ

(1) หอบเหนื่อย

6) ความดันโลหิต มิลลิเมตร/ปรอท

[][][] sys

[][][] dias

3.3.2 ความผิดปกติของทางเดินหายใจ

1) มีอาการไอ

[] cough

(0) ไม่มี

(1) มี

2) มีเสมหะ

[] sputum

(0) ไม่มี

(1) มีสีขาวใส

(2) มีสีขาวขุ่น

(4) มีสีเหลือง/เขียว

3.3.3 แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ

- | | | |
|------------|-----------|-------------|
| 1) แขนขวา | เกรด..... | [] Rt.arm |
| 2) แขนซ้าย | เกรด..... | [] Lt. arm |
| 3) ขาขวา | เกรด..... | [] Rt. leg |
| 4) ขาซ้าย | เกรด..... | [] Lt. leg |

3.3.4 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

(Modified Bathel's ADL Index) ประเมินผู้ป่วย จากการถามหรือการสังเกต
คะแนนรวมที่ได้.....คะแนน

- | | |
|--|-------------|
| 1) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ | [] [] ADL |
| () 0= ไม่สามารถควบคุมได้หรือจำเป็นต้องมีการ
สวนอุจจาระให้ | [] ADL 1 |
| () 1= บางครั้งควบคุมได้แต่บางครั้งควบคุมไม่ได้ | |
| () 2= ควบคุมการขับถ่ายได้ดี | |
| 2) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ | [] ADL 2 |
| () 0= ไม่สามารถควบคุมได้หรือต้องสวนปัสสาวะ | |
| () 1= บางครั้งควบคุมได้ | |
| () 2= ควบคุมการขับถ่ายได้ดี | |
| 3) ความสามารถในการแต่งตัว ได้แก่ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน
และโกนหนวด | [] ADL 3 |
| () 0= ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น | |
| () 1= ช่วยตนเองได้ (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) | |
| 4) ความสามารถในการใช้ห้องสุขา | [] ADL 4 |
| () 0= ต้องพึ่งพาผู้อื่น | |
| () 1= ต้องการความช่วยเหลือบ้าง แต่สามารถทำบางอย่างได้เอง
ตามลำพัง | |
| () 2= ช่วยเหลือตนเองได้ทุกกิจกรรม | |

สำหรับการวิจัย

สำหรับการวิจัย

- 5) การรับประทานอาหาร [] ADL 5
- () 0= ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนให้หรือต้องรับประทานทางสายยาง
- () 1= ต้องการความช่วยเหลือในการตัดหรือหั่นให้ แต่สามารถป้อนอาหารกินได้เอง
- () 2= ตักรับประทานได้เอง
- 6) การเคลื่อนตัวจากเตียงไปที่รถนั่ง รวมถึงการลุกนั่งบนเตียง [] ADL 6
- () 0= ไม่สามารถลุกนั่งได้เองหรือนั่งทรงตัวไม่ได้
- () 1= ต้องมีคนช่วยพยุงอย่างน้อย 1-2 คน จึงจะสามารถลุกนั่งได้
- () 2= ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- () 3= ช่วยตนเองได้ดี
- 7) การเคลื่อนไหวร่างกายในแนวราบ เช่น การเดิน [] ADL 7
- () 0= ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง
- () 1= ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- () 2= เดินหรือเคลื่อนที่ได้ โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- () 3= เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
- 8) ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า กางเกง รองเท้า [] ADL 8
- () 0= ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตนเองไม่ได้
- () 1= สวมใส่เองได้บางส่วน ที่เหลือต้องมีคนช่วย เช่น การติดกระดุม รูดซิป
- () 2= ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป)
- 9) การขึ้นลงบันได [] ADL 9
- () 0= ไม่สามารถทำได้
- () 1= ต้องการคนช่วยเหลือ
- () 2= สามารถขึ้นลงได้เอง

	สำหรับผู้วิจัย
10) การอาบน้ำ	[] ADL 10
() 0= ต้องพึ่งพา ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง	
() 1= สามารถอาบน้ำได้เอง	
3.3.5 ความสามารถในการพลิกตะแคงตัวเอง ประเมินจากการชักถามและสังเกต	[] change po
(0) ไม่ได้	
(1) ได้	
3.3.6 ความสามารถในการทรงตัวขณะนั่ง ประเมินจากการชักถามและสังเกต	[] balance
(0) ไม่ได้	
(1) ได้	
3.3.7 แบบประเมินภาวะข้อติดแข็ง ประเมินจากการตรวจร่างกาย	
1) ข้อติดแข็ง	[][] stiff
(0) ไม่มี	
(1) มี ระบุ (ตำแหน่ง).....	
3.4 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ โดยประเมินจากการถาม	
1) มีปัญหาการนอนหลับยาก	[] sleep 1
(0) ไม่มี	
(1) มี ระบุ.....	
2) ตอนกลางคืนมีการตื่นบ่อยหรือไม่	[][] sleep 2
(0) ไม่มี	
(1) มี จำนวนครั้งที่ตื่น ระบุ.....ครั้ง	
3) ระยะเวลาอนตลอดทั้งคืนประมาณ.....ชั่วโมง	[][] sleep 3
4) มีการนอนหลับตอนกลางวัน	[][] sleep 4
(0) ไม่มี	
(1) มี วันละ.....ชั่วโมง	

สำหรับผู้วิจัย

3.5 แบบแผนสถิติปัญหาและการรับรู้ ประกอบด้วย

3.5.1 แบบประเมินการสื่อสาร โดยประเมินจากการสังเกต ซักถามและ พูดคุยกับผู้ป่วย

- | | |
|---|-----------|
| 1) ผู้ป่วยมีลักษณะการพูดอย่างไร | [] com 1 |
| (1) พูดได้คล่อง | |
| (2) พูดไม่คล่อง ตะกุกตะกัก พูดเป็นคำๆ | |
| (3) พูดไม่ได้ | |
| 2) ผู้ป่วยสามารถสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการ | [] com 2 |
| (1) ใช่ | |
| (2) ไม่ใช่ | |
| 3) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายที่ผู้อื่นพูดหรือไม่ | [] com 3 |
| (1) เข้าใจ | |
| (2) ไม่เข้าใจ | |
| (3) อื่นๆ ระบุ..... | |
| 4) ผู้ป่วยใช้การสื่อสารอย่างไรแทนคำพูด | [] com 4 |
| (1) เขียนหนังสือ | |
| (2) พักหน้าแทนตอบรับ / สายหน้าแทนการปฏิเสธ | |
| (3) ใช้ท่าทางประกอบการพูด | |
| (4) อื่นๆ ระบุ..... | |

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังจำหน่าย

คำชี้แจง ผู้วิจัยอ่านข้อความในแต่ละข้อให้ท่านฟัง โปรดพิจารณาข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมหรือท่านอ่านข้อความด้วยตัวเองแล้วทำเครื่องหมาย(√)ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ไม่เลย < 1 วัน ต่อสัปดาห์ (0)	นานๆ ครั้ง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ (1)	ค่อนข้างบ่อย 3-4 วัน ต่อสัปดาห์ (2)	บ่อยครั้ง 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ (3)	สำหรับ ผู้วิจัย [] [] depress
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย					[] depress 1
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร					[] depress 2
3. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่สามารถจัด ความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะ มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอย ช่วยเหลือ					[] depress 3
4. ฉันรู้สึกตนเองมีความดีทัดเทียม คนอื่นๆ					[] depress 4
5. ฉันรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อ ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง					[] depress 5
6. ฉันรู้สึกหดหู่ใจ					[] depress 6
7. ฉันรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ผมกระทำ ต้องฝืนใจทำ					[] depress 7
8. ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับ อนาคต					[] depress 8
9. ฉันคิดว่าชีวิตฉันมีแต่ความ ลึ้มเหลว					[] depress 9
10. ฉันรู้สึกหวาดกลัว					[] depress 10
11. ฉันนอนไม่ค่อยหลับ					[] depress 11

ข้อความ	ไม่เคย < 1 วัน ต่อสัปดาห์ (0)	นานๆ ครั้ง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ (1)	ค่อนข้างบ่อย 3-4 วัน ต่อสัปดาห์ (2)	บ่อยครั้ง 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ (3)	สำหรับ ผู้วิจัย [] [] depress
12. ฉันมีความสุข					[] depress 12
13. ฉันพุดน้อยกว่าปกติ					[] depress 13
14. ฉันรู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย					[] depress 14
15. ฉันรู้สึกว่าผู้คนต่างๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร					[] depress 15
16. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน					[] depress 16
17. ฉันมักร้องไห้					[] depress 17
18. ฉันรู้สึกไม่มีความสุข					[] depress 18
19. ฉันรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบฉัน					[] depress 19
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต					[] depress 20

5. แบบสัมภาษณ์การดูแลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับที่บ้าน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นกิจกรรมการดูแลที่ท่านได้รับจากผู้ดูแลของท่านที่บ้าน เมื่อผู้วิจัยอ่านข้อความให้ท่านฟังแล้ว โปรดพิจารณาว่าข้อใดตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	การได้รับการดูแล		ไม่เกี่ยวข้อง (9)	สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่ได้ (0)	ได้ (1)		
การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน				[] [] ADL
การรับประทานอาหารทางปาก				[] ADL 1
1. ได้รับอาหารครบทุกประเภท เช่น ข้าวหรือแป้ง เนื้อสัตว์ ปลา เต้าหู้ ผักและผลไม้ ทุกมื้อ				[] ADL 2
2. รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ				[] ADL 3
3. รับประทานอาหารระหว่างมื้อวันละ 2 ครั้ง				[] ADL 4
4. ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว				[] ADL 5
การขับถ่ายปัสสาวะ				[] ADL 6
ถ่ายปัสสาวะได้เอง				[] ADL 7
5. การใส่ถุงหรือแผ่นรองขับปัสสาวะ ให้แก่ผู้ป่วย				[] ADL 8
6. การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ปัสสาวะทุกครั้ง				[] ADL 9
การขับถ่ายอุจจาระ				[] ADL 10
ถ่ายอุจจาระได้เอง				[] ADL 11
7. การทำความสะอาดหลังขับถ่าย อุจจาระทุกครั้ง				[] ADL 12

กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	การได้รับการดูแล		ไม่เกี่ยวข้อง (9)	สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่ได้ (0)	ได้ (1)		
ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้				
8. ได้รับการล้างหรือสวนอุจจาระอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง				[] ADL 8
9. การทำความสะอาดภายหลังการล้างหรือสวนอุจจาระทุกครั้ง				[] ADL 9
การดูแลสุขอนามัย				
10. การอาบน้ำ/เช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง				[] ADL 10
11. การทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				[] ADL 11
12. การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง				[] ADL 12
13. การตัดผมอย่างน้อย 1 เดือนต่อครั้ง				[] ADL 13
14. การโกนหนวดเครา อย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง				[] ADL 14
15. การดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง				[] ADL 15
16. การดูแลความสะอาดของผิวหนังและผ้าปูให้เรียบร้อยทุกวัน				[] ADL 16
17. การสังเกตความผิดปกติของผิวหนัง บริเวณที่ถูกกดทับ และ/หรือทาโลชั่นเพื่อความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ทุกวัน				[] ADL 17
18. การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง				[] ADL 18
19. ดูแลความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าถุงทุกวันหรือทุกครั้งที่เป็น				[] ADL 19

กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	การได้รับการดูแล		ไม่เกี่ยวข้อง (9)	สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่ได้ (0)	ได้ (1)		
การนอนหลับ				
20. ได้รับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ไม่มีแสง เสียงรบกวน				[] ADL 20
21. การจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ				[] ADL 21
22. การจัดท่านอนที่เหมาะสม				[] ADL 22
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย				[] [] rehab
23. การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง				[] rehab 23
24. การพลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบายทุก 2 ชั่วโมง				[] rehab 24
25. การลุกนั่งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				[] rehab 25
26. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากญาติหรือสื่อต่างๆ ทุกวัน				[] rehab 26
การฟื้นฟูสภาพจิตใจ				
27. การสัมผัสและพูดคุยด้วยจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ				[] rehab 27
28. ได้รับคำชมเชยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยสามารถทำ กิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง				[] rehab 28
29. ได้รับความบันเทิงจากวิทยุหรือโทรทัศน์ เมื่อผู้ป่วยต้องการ				[] rehab 29
30. การพาไปพบเพื่อน หรือสถานที่ตามความต้องการของผู้ป่วย				[] rehab 30
31. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว				[] rehab 31

กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	การได้รับการดูแล		ไม่เกี่ยวข้อง (9)	สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่ได้ (0)	ได้ (1)		
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ				
32. การดูแลและสังเกตอาการผิดปกติ ทุกวัน เช่น มีไข้ เสมหะสีเหลือง/เขียว				[] [] compli [] compli 32
33. การกระตุ้นให้อุจจาระเพื่อขับเสมหะอย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง				[] compli 33
34. การเคาะปอด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				[] compli 34
35. การดูแลและสังเกตอาการผิดปกติ ทุก วัน เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือมี ตะกอนมาก				[] compli 35
การดูแลด้านการรักษาพยาบาล				[] [] care
การหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ				
36. ดูแลเสมหะอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง หรือดูแลเมื่อมีเสมหะ				[] care 36
37. ทำความสะอาดรอบท่อ ใช้น้ำสะอาด/ น้ำยา เช็ดวันละ 1-2 ครั้ง				[] care 37
38. ถอดท่อทางเดินหายใจส่วนในออกล้าง และต้มวันละ 1-2 ครั้ง				[] care 38
การให้อาหารทางสายให้อาหาร				
39. ได้รับอาหารทางสายให้อาหารครบ ตามสูตรทุกมื้อ				[] care 39
40. ได้รับอาหารทางสายให้อาหารวันละ 4-6 ครั้ง				[] care 40
41. ได้รับอาหารว่างระหว่างมื้อ เช่น น้ำผลไม้ปั่น น้ำเต้าหู้ โอวัลติน ทุกวัน				[] care 41
42. ได้รับน้ำตามทุกครั้งหลังให้อาหารทาง สายให้อาหาร				[] care 42
43. ได้รับอาหารเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้คุณ รู้สึกอิ่มทุกวัน				[] care 43

กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	การได้รับการดูแล		ไม่เกี่ยวข้อง (9)	สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่ได้ (0)	ได้ (1)		
การปัสสาวะทางสายสวนคา				
44. การเปลี่ยนถุงปัสสาวะอย่างน้อย ทุก 2 สัปดาห์ หรือเมื่อมีตะกอน เกาะติดมาก				[] care 44
45. บีบ/รูดสายสวนปัสสาวะอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง				[] care 45
46. การช่วยเหลือในการเปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะเช่น พาผู้ป่วยไปเปลี่ยน สายสวนที่สถานบริการสาธารณสุข/ ให้เจ้าหน้าที่มาเปลี่ยนให้ที่บ้าน 2-4 สัปดาห์ต่อครั้ง				[] care 46
47. การดูแลให้ปัสสาวะไหลดี				[] care 47
การรักษาต่อเนื่อง				
48. การดูแลให้รับประทานยาต่อเนื่อง				[] care 48
49. การไปปรับการตรวจตามนัด				[] care 49
50. การพาไปทำกายภาพบำบัด				[] care 50

กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับ ระบุ.....

คำถามปลายเปิด

ภาระและปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย.....

.....

ภาคผนวก ง.

คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ
แบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกายทางคลินิก

บริเวณของร่างกาย	สภาพปกติ	สภาพไม่ปกติที่แสดงถึงภาวะ ทุพโภชนาการ
1. ผิวหนัง	ชุ่มชื้น ตกกระ ไม่มีผื่นหรือ จ้ำแดง ไม่มีลักษณะบวม	แห้ง แตก หรือเป็นขุยหลุดร่วง ผิวหนังขรุขระ ผิวหนังมีลักษณะ บวม มีจ้ำแดงหรือห้อเลือด
2. ผม	มีความมันตามธรรมชาติ ผมอยู่ ตัวไม่หลุดร่วงง่าย	ผมแห้ง แข็ง ไม่เป็นเงามัน ผมบางเปราะ หรือหลุดร่วงง่าย
3. ตา	เป็นประกาย มีน้ำชุ่มชื้น สะอาด ไม่มีแผลที่มุมตา เยื่อบุตามีสีชมพู	นัยน์ตาแห้ง เยื่อบุตาซีด มุมตามีสีแดงจัด หรือมีแผล มีเกล็ดกระดี่ที่ตาขาว ตาตำบุนหรือมีแผล
4. ริมฝีปาก	มีลักษณะอ่อนนุ่ม มีความชุ่มชื้น ไม่บวม	ริมฝีปากแห้งแตก หรือบวมแดง มีแผลที่ริมฝีปาก
5. ปาก	เยื่อช่องปากมีสีชมพู ไม่มีแผลที่ มุมปาก หรือแผลในช่องปาก	เยื่อในปากมีลักษณะบวมแดง หรืออักเสบ มีแผลที่มุมปาก หรือมีแผลใน ช่องปาก
6. ลิ้น	สีชมพูเข้ม ไม่บวม ไม่มีแผล	มีลักษณะบวม สีแดงอมม่วง ลิ้นมีแผล มีฝ้าขาวที่ลิ้น ลิ้นลิ้น

บริเวณของร่างกาย	สภาพปกติ	สภาพไม่ปกติที่แสดงถึงภาวะ ทุพโภชนาการ
7. เหงือก	ลักษณะแข็งแรง สีชมพูเข้ม ไม่มี เลือดออก หรือมีแผล	เหงือกบวมแดง หรืออักเสบมี แผล มีเลือดออกง่าย
8. เล็บ	สีชมพู แข็งแรงอยู่ตัว	มีลักษณะซีด เล็บแห้งแตก เล็บเป็นรูปช้อน
9. ลำคอ	ขนาดได้สัดส่วนกับศีรษะ ไม่มี ก้อนใด ๆ ที่คอ	คอโต หรือมีก้อนที่คอ
10. กล้ามเนื้อ	มีความตึงตัวดี ลักษณะกล้ามเนื้อ แข็งแรงเหมาะสมกับร่างกาย	กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบเล็ก
11. กระดูก	มีความแข็งแรง ไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวได้ตามปกติทุกข้อ	กระดูกอ่อน โกงงอ ทำให้ อวัยวะบางส่วนผิดปกติ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่สะดวกเพราะเจ็บปวด
12. บริเวณท้อง	หน้าท้องแบนเรียบ คลำไม่พบ ก้อนหรืออวัยวะอื่นใด	คลำพบตับโต คลำพบม้ามโต
13. บริเวณปลายมือ ปลายเท้า	ไม่มีอาการชา รับสัมผัสได้ตาม ปกติ	มีอาการชา มีอาการปวดแสบปวดร้อน

คู่มือการใช้แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ

แบบประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ

- () เกรด 5 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่
- () เกรด 4 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เต็มที่
- () เกรด 3 หมายถึง กล้ามเนื้อมีกำลังสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ (ยกแขน ยกขาได้) แต่ด้านแรงผู้ตรวจไม่ได้
- () เกรด 2 หมายถึง กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้
- () เกรด 1 หมายถึง กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้
- () เกรด 0 หมายถึง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย

คู่มือแบบประเมินระดับการรับรู้ โดยใช้ Glasgow Coma Scale

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าคะแนน	พฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย
การลืมตา	() 4	ลืมตาได้เอง : สามารถลืมตาได้เองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น แต่เป็นการลืมตาที่แสดงถึงการตื่นตัว
	() 3	ลืมตาเมื่อเรียก : ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยคำพูด
	() 2	ลืมตาเมื่อเจ็บ : ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 1	ไม่ลืมตาเลย : ไม่ลืมตาเลยแม้จะกระตุ้นด้วยอะไรก็ตาม
การพูดที่ดีที่สุด	() 5	พูดคุยได้ ไม่สับสน : สามารถรู้เวลา สถานที่ บุคคล ให้เหตุผลและข้อมูลส่วนตัวได้
	() 4	พูดคุยได้ แต่สับสน : ตอบไม่ตรงคำถาม แต่ใช้ภาษาได้ถูกต้อง
	() 3	พูดเป็นคำๆ : สามารถพูดได้เป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค และใช้คำพูดไม่เหมาะสม
	() 2	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด : เปล่งเสียงในลำคอไม่เป็นคำพูด ฟังไม่เข้าใจ
	() 1	ไม่เปล่งเสียงเลย : ไม่มีเสียงออกมาจากผู้ป่วยแม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด	() 6	ทำตามคำสั่ง : สามารถเคลื่อนไหวแขน ขา ตามคำสั่งได้ และทำซ้ำๆ กันได้
	() 5	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ : สามารถเอามือมาปิดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือรู้ตำแหน่งของความเจ็บปวดโดยเอามือมาลูบหรือถูบริเวณเจ็บปวดได้
	() 4	ชักแขนขาหนี : ไม่รู้ตำแหน่งที่เจ็บปวด เมื่อถูกกระตุ้นผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวของแขน และขา
	() 3	แขนงออย่างผิดปกติ : ผู้ป่วยอยู่ในท่าอแขนเอง หรืองอเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 2	แขนเหยียดอย่างผิดปกติ : ผู้ป่วยอยู่ในท่าเหยียดแขนเอง หรือเหยียดเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	() 1	ไม่เคลื่อนไหวเลย : ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย แม้จะถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดหรืออยู่ในระยะอ่อนปากเปือก

คะแนนที่ได้.....

แบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่พูดได้

1. วันนี้วันที่เท่าไร
2. ท่านอายุเท่าไร
3. ท่านทำงานอยู่จังหวัดอะไร
4. โรงพยาบาลที่ท่านนอนพักอยู่ชื่ออะไร
5. ผู้ที่เฝ้าท่านอยู่ขณะนี้ชื่ออะไร มีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร

ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้

1. ให้ชี้สิ่งต่างๆ ตามคำบอก (ชี้สิ่งของที่วางใกล้ตัว เช่น แก้วน้ำ เข็มน้ำ ช้อน แจกันดอกไม้ เป็นต้น)
2. โรงพยาบาลนี้ชื่อ.....ใช่หรือไม่ (ถ้า “ใช่” ให้พยักหน้า, “ไม่ใช่” ให้ส่ายศีรษะ)
3. ให้เขียนชื่อ-นามสกุลตัวเอง (ถ้าสามารถรู้และเขียนหนังสือได้)
4. ผู้ที่เฝ้าท่านอยู่ขณะนี้มีความสัมพันธ์กับท่านโดยเป็น..... (ถ้า “ใช่” ให้พยักหน้า, “ไม่ใช่” ให้ส่ายศีรษะ)
5. ขณะนี้เป็นช่วง... (เช้า, เที่ยง, บ่าย, เย็น, ค่ำ)...ของวันใช่หรือไม่ (ถ้า “ใช่” ให้พยักหน้า, “ไม่ใช่” ให้ส่ายศีรษะ)

ภาคผนวก จ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|--------------|
| 1. รศ. พาริดา อิบราฮิม | | | |
| ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ | มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| 2. ดร. อุไร หักกิจ | | | |
| ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น | คณะพยาบาลศาสตร์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | |
| 3. ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ | | | |
| ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | |
| 4. นายแพทย์เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ | | | |
| โรงพยาบาลหาดใหญ่ | อำเภอหาดใหญ่ | จังหวัดสงขลา | |
| 5. นางสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์ | | | |
| กลุ่มงานการพยาบาล | โรงพยาบาลหาดใหญ่ | อำเภอหาดใหญ่ | จังหวัดสงขลา |