

ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล
ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



นางนิตยา อินทร์รักษ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF A VIDEO MODELING TRAINING ON OLDER PERSON
WITH STROKE CAREGIVERS' ANXIETY



Mrs. Nittaya Intharuk

ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์
สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง

โดย

นางนิตยา อินทร์รัช

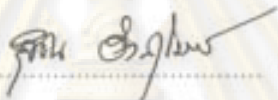
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

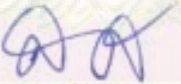
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

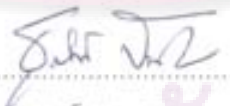
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิสิต)

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิตยา อินทร์รักษ์ : ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF A VIDEO MODELING TRAINING ON OLDER PERSON WITH STROKE CAREGIVERS' ANXIETY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 137 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 ราย ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล โดยใช้พื้นฐานการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบจากทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura (1986) ประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดและคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวกรณีการวัดซ้ำ (Repeated Measure One - way ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลผู้สูงอายุ.....

ลายมือชื่อ นิสิต..... นิตยา อินทร์รักษ์

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... ผศ.ดร.ศิริพันธุ์

4977837736: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: ELDERLY PATIENTS / STROKE / CAREGIVER / ANXIETY / VIDEO
SYMBOLIC MODEL

NITTAYA INTHARUK: THE EFFECT OF A VIDEO MODELING TRAINING ON
OLDER PERSON WITH STROKE CAREGIVERS' ANXIETY. THESIS ADVISOR:
ASST. PROF. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 137 pp.

The quasi-experimental research aimed to examine the effect of caregiver training using video model on caregiver's anxiety from caring for older person with stroke. The samples were 40 caregivers of elderly stroke patient admitted to the medical department, Suratthani Hospital. The two groups, 20 persons for experiment group and 20 persons for control group were matched pair with sex age and education. The experimental group received caregiver training using video symbolic model program, while the control group received a conventional nursing care. Data were collected using the Anxiety Scale and demographic data questionnaire. The experimental instrument was a caregiver training using video symbolic model programme base on Social Cognitive Theory of Bandura (1986). The controlled-experimental instrument was caregiver's ability assessment. The reliability of Anxiety Scale was tested and the Chronbach's alpha coefficient was .89. Data were analyzed using descriptive statistic and the hypotheses were tested using the Repeated Measure One – way ANOVA

Results were as follows:

1. Caregivers of elderly stroke patients who received caregiver training using video symbolic model program had significantly decreased in anxiety at level of .05
2. Caregivers of elderly stroke patients who received caregiver training using video symbolic model program had significantly decreased in anxiety than those in the control group at the level of .05

Field of Study: ...Gerontological Nursing...

Academic Year:.....2008.....

Student's Signature:.....*Nittaya Intharuk*.....

.Advisor's Signature:.....*Siriphan Sasat*.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และความเมตตาตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ แผนกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เข้าร่วมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความห่วงใย และเป็นกำลังใจตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
สารบัญภาพ	ค
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	24
มโนทัศน์ความวิตกกังวลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
โรคหลอดเลือดสมอง	32
ทฤษฎีปัญญาสังคม.....	37
ตัวแบบวีดิทัศน์.....	44
บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
การฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย	83
อภิปรายผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะ	88
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	100
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการ พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	106
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	66
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ช้างที่อ่อนแรง.....	69
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน.....	70
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง.....	72
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังรายคู่ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้านด้วยวิธี Scheffe'.....	72
ตารางที่ 6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม.....	73
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังรายคู่ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ด้วยวิธี Scheffe'.....	73
ตารางที่ 8	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลองหลังการทดลองทันทีและก่อนกลับบ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	74

	หน้า
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	134
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลรายบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง.....	135
ตารางที่ 11 คะแนนรวม ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์ สำหรับผู้ดูแล.....	136



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	52
แผนภูมิที่ 2	ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	63



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล	38
ภาพที่ 2 ส่วนประกอบของการเรียนรู้ขั้นการรับมาซึ่งการเรียนรู้.....	39
ภาพที่ 3 กระบวนการของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ	41
ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการฝึก ทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนศาสตร์สำหรับผู้ดูแล	71



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือต้องการการดูแล ซึ่งอาจเป็น คู่สมรส บุตรธิดา พี่น้อง ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแล โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาหรือมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องความเป็นอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดขณะที่อยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดความไม่สมดุลขึ้นในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานมากขึ้น นอกเหนือจากงานประจำที่ต้องปฏิบัติอยู่ ทำให้บทบาทหน้าที่และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Enterlante & Kern, 1995; Musolf, 1991) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก สาเหตุจากทั้งความเสื่อมตามวัย จากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลมีค่อนข้างมาก ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมตามมา ผลกระทบด้านจิตใจ มักพบปัญหาซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปรับตัวของผู้ดูแลให้เข้ากับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ตอบสนองในลักษณะหงุดหงิด สับสน นอกจากนี้ผู้ดูแลเหล่านี้ยังมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความวิตกกังวล อันเกิดจากความไม่ชัดเจนในบทบาทเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หรืออาจไม่สามารถจัดการต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเหล่านี้ ควรได้รับความสนใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เรื้อรังตามมา

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ส่งผลกระทบให้เกิดกระบวนการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของร่างกายเป็นไปในทางที่เสื่อมลง (Phipps, 1991) เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular

disease หรือ stroke) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (นภาพรรณ์ แก้วภรณ์, 2533) ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป (Legger, 1994) และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรคระบบประสาท (กิตติ ลิ้มอภิชาติ, 2534) เกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยที่หลอดเลือดอาจมีการอุดตัน ตีบหรือแตก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับการช่วยเหลือดูแล รักษาให้พ้นภาวะวิกฤติแล้ว มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (ชอลดา พันธุเสนา, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน ความบกพร่องทางกายที่เกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต ครึ่งซีก ปัญหาการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ สื่อภาษาไม่ได้ สับสน สูญเสียความทรงจำ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2531) นอกจากนี้ด้านร่างกายแล้ว พบว่าในด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการซึมเศร้า (พวงน้อย อรุณ, 2536) เกิดความวิตกกังวล กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความเครียดและอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับได้

จากสภาพร่างกาย จิตใจอารมณ์และภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับกระบวนการสูงอายุ ทำให้การฟื้นฟูหายจากโรคช้า ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (นุกูล ตะบูนพงศ์, 2537) และไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregivers) ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ญาติพี่น้องที่ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ทั้งในระยะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการให้การดูแลประคับประคองจิตใจ การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และการติดตามผลการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535) นอกจากนี้ภาระการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบแก่ผู้ดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ผลกระทบทางกายพบว่าผู้ดูแลมีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536) และเกิดภาวะเจ็บป่วย เช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยตัว ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด (เสาวลักษณ์ เนตรซัง, 2545) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาและ

แรงงานมากขึ้นในการดูแลที่นอกเหนือจากงานประจำที่ทำอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจ การเงินของครอบครัวตามมา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) และผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลได้แก่ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เครียด ซึมเศร้า หงุดหงิด สับสน และวิตกกังวล (ชนิตามณีวรรณ และคณะ, 2538)

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้นหลังจากการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือน (Wade et al, 1986) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ดูแลประกอบด้วย ภาระงานซึ่งผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายประการ ปริมาณงานที่มากเกินไป ระดับความรุนแรงของอาการป่วยและการพึ่งพา รวมถึงสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัญหาทางการเงิน (Subgranon & Lund, 2000) นอกจากนี้สาเหตุความวิตกกังวลยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยและขาดทักษะการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติกรดูแล ไม่สามารถวางแผนการให้การดูแลและประเมินผู้ป่วยได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ความอดทนน้อยลง ขาดความกระตือรือร้นและไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาลดลง มีผลกระทบต่อกรดูแลผู้ป่วยและคุณภาพการดูแล (จอม สุวรรณโณ, 2541) เพราะหากผู้ดูแลปฏิบัติกรดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตต่ำลง (ชนิตามณีวรรณและคณะ, 2538) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีทักษะการดูแลที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากยิ่งขึ้น สามารถวางแผนและปฏิบัติกรดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและจะไปสู่การลดความวิตกกังวลในการดูแลได้ (พรทิพย์ พิมพัสมาน, จริญญา สงวนเผ่า, และพิณทิพย์ สีนุ้ย, 2544)

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างปี พ. ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1,556 รายและ1,504 ราย ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2551) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงวิกฤติเท่านั้น และแพทย์จะจำหน่ายกลับบ้านก่อนการฟื้นฟูสภาพเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีนโยบายเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยจึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาด้านลง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (จารึก ธานีรัตน์, 2544) จากการที่ผู้ดูแลมักได้รับคำแนะนำในการดูแลที่บ้านในเวลาจำกัด

ก่อนจำหน่าย อาจทำให้ผู้ดูแลยังไม่เกิดการเรียนรู้ที่ชัดเจน ขาดทักษะและความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ไม่เข้าใจวิธีการดูแล และไม่มั่นใจในความสามารถของตน (ยุพาพิน ประสารอริคม, 2535) รวมทั้งไม่เข้าใจปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ไม่สามารถคาดการณ์ วางแผน พิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมได้ กลัวและวิตกกังวลในสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญ (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2538) ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ และได้รับการฝึกทักษะการดูแลในรูปแบบที่เหมาะสมในขณะที่อยู่โรงพยาบาล จะสามารถพัฒนาความสามารถ ศักยภาพและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าวิธีที่ใช้ในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การใช้การพยาบาลระบบสนับสนุน เช่น การศึกษาของ คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ที่ศึกษา เรื่องผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน เช่น การศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ที่ศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น การศึกษาของ นิตยา คชศิลา (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์ สำหรับผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลโดยการสังเกตพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยจากตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งการเสนอตัวแบบ Bandura (1986) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ทุกวัยทั้งบุคคลปกติและบุคคลที่มีปัญหาในลักษณะต่าง ๆ Bandura (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดการเรียนรู้ในสองลักษณะ คือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย (Bandura, 1986) และ 2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วีดิทัศน์ โทรทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัว

แบบได้ให้เห็นว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกรรมและได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และการปฏิบัติที่ต้องการได้เด่นชัด โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์และใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้งได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน (Bandura, 1986) และยังสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้แก่บุคคลได้ด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

พยาบาลเป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลในการดูแล ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเรื่องความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำไม่ถูกต้อง รวมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแล จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ด้วย ความมั่นใจ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เนื่องจากวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง มีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกันทำให้มีอิทธิพลต่อการดึงดูดความสนใจและโน้มน้าวใจของผู้สังเกตให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบและจดจำไปปฏิบัติต่อได้เป็นอย่างดี (วชิระ อินทร์อุดม, 2539) และสามารถดูซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อหา (กิดานันท์ มลิทอง, 2536) ซึ่งในปัจจุบันสื่อมีความสำคัญและมีอิทธิพลมาก เนื่องจากมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผ่านสื่อได้ง่ายขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบตามทฤษฎีปัญญาทางสังคม ของ Bandura (1986) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่านตัวแบบวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งสามารถเน้นจุดสำคัญของการปฏิบัติให้เด่นชัด ประกอบกับการได้ยินเสียงและได้เห็นภาพย่อมอยู่ในความทรง

จำได้ดีขึ้น (สมหญิง เจริญจิตกรรม, 2529) จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เข้าใจเนื้อหาได้ในเวลาอันสั้น เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจดีย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ และพร้อมจะปฏิบัติตามด้วยความรู้สึกผ่อนคลาย (โสภา กรรณสูตร, 2542) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาพรวมของความคิด (mental image) ในการดูแลผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ได้รับจากการฝึกทักษะการดูแล เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อนจากประสบการณ์การฝึกทักษะการดูแล ผู้ดูแลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่เข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) ความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Leventhal and Johnson, 1983)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล หลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

จากแนวคิดของ Bandura (1986) ที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะคือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง และ 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ สัญลักษณ์ ซึ่งตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วีดิทัศน์และการตูน เป็นต้นโดยการเสนอตัวแบบวีดิทัศน์จะแสดงให้เห็นว่าแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกระทบอย่างไร และการได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวก็ก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน Bandura (1997) ยังกล่าวอีกว่า การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

(observational learning) นั้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการได้แก่ 1) กระบวนการตั้งใจ 2) กระบวนการเก็บจำ 3) กระบวนการกระทำ 4) กระบวนการจูงใจ

ดังนั้นการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบ วีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1986) ที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ที่กล่าวถึงการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ มาประยุกต์ใช้โดยการผ่านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (attention processes) เป็นขั้นตอนที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ เมื่อผู้สังเกตคือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เห็นพฤติกรรมที่แปลกใหม่ซึ่งตนเองสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์จริงได้ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจและมีความตั้งใจที่จะสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ตัวแบบแสดงออกมา (Bandura, 1989 อ้างในสมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2536)

2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นขั้นตอนที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ และจัดทำโครงสร้างเพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้น การที่ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณสามารถปฏิบัติกรดูแลได้เช่นเดียวกับตัวแบบ เกิดการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา เก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ในการเก็บจำ เกิดการชักข้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเองและชักข้อมด้วยการกระทำ (Bandura, 1989 อ้างในสมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2536)

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกต การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ ดังนั้นลักษณะของผู้สังเกตจะต้องมีสมรรถภาพทางกายและทักษะที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจให้กระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น สิ่งของรางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม สิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น เพราะบุคคลอาจจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลเหมือนตัวแบบได้รับสิ่งจูงใจของตนเองอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเอง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อตัวเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล
2. ความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่มากพอในการทำวิจัย (Polit & Beck, 2004)

ตัวแปรต้น คือ การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และต้องการการดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง ถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก ตามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: MBI) ของ Collin et. al. (1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapankul et al., 1994)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บุตรธิดา พี่น้อง ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาหรือมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องความเป็นอยู่และ

ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ขณะที่อยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกว่าจะตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ ไม่ปลอดภัยและความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ กลัว ว่าวุ่น กระวนกระวายใจ และมีการตอบสนอง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ โดยคะแนนรวมสูงหมายถึง มีความวิตกกังวลมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล หมายถึง การให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ฝึกฝนให้เกิดชำนาญในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มด้วยการเรียนรู้เรื่องการดูแลผ่านตัวแบบวิถีทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ จนถึงการฝึกปฏิบัติโดยจัดเป็นกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 4 คน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. กระบวนการตั้งใจ เป็นระยะที่ที่ผู้ดูแลมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ทักษะการดูแล โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ด้วยทำที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และรับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความเห็นใจ กระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือและอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลไว้วางใจ เกิดทัศนคติที่ดีและเห็นถึงความจำเป็นของการฝึกทักษะการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

2. กระบวนการเก็บจำ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวิถีทัศน์ในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ หลังชมวิถีทัศน์พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ หรือดูไม่ทันต้องการดูซ้ำ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มตัวอย่างด้วยกันจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติการดูแล ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที

3. กระบวนการกระทำ กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วย ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือปฏิบัติไม่ได้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4. กระบวนการจูงใจ เป็นระยะสิ้นสุดการฝึกทักษะการดูแลเมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะ และสามารถปฏิบัติได้ พยาบาลให้กำลังใจ ชมเชย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ดูแลได้

ประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับพยาบาลให้
คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ของ
พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลใน
การดูแล
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำไปใช้สำหรับการฝึกทักษะการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อเป็นแนวทาง สำหรับผู้สนใจที่จะศึกษาค้นคว้าหรือทำวิจัยที่เกี่ยวกับการลดความ
วิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
 - 1.1 อุดบัติการณ์
 - 1.2 พยาธิสรีรวิทยา
 - 1.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
 - 2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
 - 2.5 สิ่งที่ได้จากการเป็นผู้ดูแล
 - 2.6 แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล
 - 2.7 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแล
 - 2.8 กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. มโนทัศน์ความวิตกกังวลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 3.3 ระดับของความวิตกกังวล
 - 3.4 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 3.5 การประเมินระดับของความวิตกกังวล
 - 3.6 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล
 - 3.7 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4. ทฤษฎีปัญญาสังคม
5. ตัวแบบวิถีทัศน์
6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น กลุ่มคนในวัยนี้มักประสบกับปัญหาเรื่องโรคและความเจ็บป่วย เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายหรือความอดทนในการต่อสู้กับโรคต่าง ๆ เริ่มลดลง และจะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น (ภัครวิฑ์ ภัคภิรมณ์, 2550) โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตและเกิดความพิการ มีภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมากขึ้น (Galameau, 1993) โรคหลอดเลือดสมองหรือ Cerebrovascular Disease เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติไปซึ่งมีสาเหตุใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ ตีบตัน (thrombotic) อุดตัน (embolic) และแตก (hemorrhagic) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิก ของระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เรียกว่า ภาวะ “Stroke”

1.1 อุบัติการณ์

ในประเทศตะวันตกพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 200 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยมีอุบัติการณ์เกิดในชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน แต่ความแตกต่างของอุบัติการณ์เกิดในเพศจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น และอัตราการเกิดก็จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อุบัติการณ์เกิดสูงสุดในประชากรอายุ 65-75 ปี ในประเทศไทยนั้นจากข้อมูลของ Alternative Complementary Medicine ระบุว่าปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 427.800 รายต่อประชากร 62 ล้านคน โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจ และมะเร็งในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตอยู่ร้อยละ 31 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอีกร้อยละ 10 ยังต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ (ambulation) และในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นยังทำงานในอาชีพเดิมได้

1.2 พยาธิสภาพ

Cerebrovascular Disease CVD) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทอย่างซับซ้อน เนื่องมาจากการไหลเวียนเลือดไปที่สมองไม่พอ มีสาเหตุใหญ่ๆ 3 ประการ คือ ตีบตัน (thrombotic) อุดตัน (embolic) และแตก (hemorrhagic) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิก ของระบบประสาท เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

1.2.1 หลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิด CVD ผู้ป่วยมักจะมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแข็งตัว เบาหวาน หรือมีประวัติเป็นโรคขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (transient ischemic attacks: TIA) ภาวะของโรคแต่ละโรคทำให้เกิดความผิดปกติที่ผนังหลอดเลือด คือ ผนังหลอดเลือดบางมีความยืดหยุ่นน้อย ผิวด้านในขรุขระ ทำให้เลือดไหลได้ช้า เกิดเลือดรวมตัวกันเป็นก้อนที่ผนังหลอดเลือดในโรค Atherosclerosis ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว รัศมีหลอดเลือดแคบลง เนื่องจากการสะสมของไขมันแคลเซียมที่ผนังหลอดเลือด ก้อนเลือด (plaque) เมื่อหลุดออกจากหลอดเลือดเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดในสมองมักจะอุดตันในหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ พบมากในผู้สูงอายุ เริ่มมีอาการที่ละน้อยใช้เวลาเป็นวัน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ที่สนับสนุนการเกิด Thrombotic stroke คือ ภาวะ Hypovolemia polycythemia sickle cell anemia คิววันบุรีหรือ แอลกอฮอล์ โคเคน พบการตีบมากบริเวณหลอดเลือดแดง Internal carotid และ Middle cerebral ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยง Motor และ Sensory area รวมทั้ง Internal capsule ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ถ้าสมองซีกเด่นเสีย ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาการพูดร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 2 ใน 3 พบว่าเกิดจากหลอดเลือดตีบตัน ร่วมกับภาวะความดันเลือดสูงและเบาหวาน อาจจะเป็นเนื่องจากภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง (atherosclerosis) ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันมักจะมีอาการเตือนจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) มาก่อนโดยเฉพาะ Carotid TIA ซึ่งพบได้บ่อย ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่ขาดเลือด ขนาดของพยาธิสภาพ และความสามารถของการไหลเวียนเลือดข้างเคียง (collateral circulation)

อาการและอาการแสดง โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดตีบตันมักเกิดขณะนอนหลับ หรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และถึงจุดสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกที่สำคัญ คือ ภาวะสมองบวม จะพบได้ภายใน 2 สัปดาห์แรก โดยทั่วไปมักจะพบการเกิดที่รุนแรงในวันที่ 2 - 4 หลังสมองขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เลวลง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันหลายราย พบว่าจะมีอาการดีขึ้นภายใน 12 - 24 สัปดาห์แรก แม้ว่าบางรายจะดีขึ้นช้า และใช้เวลานานเป็นปี ๆ อาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับหลอดเลือดที่ถูกอุดตัน บริเวณสมองที่ถูกเลี้ยงด้วยหลอดเลือดดังกล่าว รวมทั้งกระบวนการของการไหลเวียนเลือดข้างเคียงที่จะสามารถมาเลี้ยงทดแทน

1.2.2 หลอดเลือดสมองอุดตัน (cerebral embolism) พบบ่อยเป็นที่ 2 รองลงมาจาก หลอดเลือดสมองตีบตัน ต้นกำเนิดของสิ่งอุดตันมักมาจากหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้มีชิ้นส่วนของ ลิ่มเลือด (clot) หรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยออกมา เข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดง ในสมองและอุดตันแขนงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดตัน โรคหัวใจที่ทำให้เกิด สิ่งอุดตันได้ เช่น Atrial fibrillation, Myocardial infarction Valvular heart disease, Bacterial endocarditis การใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุ อื่นๆ ได้เช่น ฟองอากาศ (air embolism) เกิดจากการรั่วหลุดของสาย CVP (central venous pressure) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ชิ้นส่วนของไขมัน (fat embolism) มักจะเกิดหลังการได้รับ บาดเจ็บ เช่น กระดูกแตกหักหลายชิ้น เนื้องอกและการใช้ยาคุมกำเนิด

อาการและอาการแสดง โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน จะมีความแตกต่างจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองตีบตัน คือ หลอดเลือดสมองอุดตันมักจะ พบได้ทุกช่วงอายุ เช่น หลอดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันจาก Rheumatic heart disease ก็จะมาพบได้ในวัยกลางคน ถ้าเกิดจาก Atherosclerotic plaque ก็จะมาพบได้ในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันมักจะไม่ค่อยพบว่ามีอาการเตือนเหมือนใน หลอดเลือดสมองตีบตัน และอาการที่เกิดขึ้นมักจะเกิดขึ้นที่ทันใด และถึงจุดสูงสุดภายในเวลาไม่กี่ วินาทีหรือเป็นนาที มักจะเกิดขณะที่มีกิจกรรมหรือขณะตื่นเช่นเดียวกับที่เกิดจากหลอดเลือด สมองแตก ผู้ป่วยมักจะมีระดับการรู้สติดี อาจมีอาการปวดศีรษะและชักได้

1.2.3 หลอดเลือดสมองแตก (cerebral hemorrhage) การแตกของหลอดเลือดใน สมอง จะเกิดก้อนเลือดกดเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองบวม เพิ่มความดันในสมอง หลอดเลือดใน สมองหดตัว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานๆ หลอดเลือดโป่งพอง อัมพาตเหตุ การแตกของหลอดเลือดเกิดขึ้นที่ทันใด มักเกิดในขณะที่ผู้ป่วยกำลังทำงาน ผู้ป่วยมักบ่น ปวดศีรษะมากคอแข็ง และหมดสติ ความรุนแรงขึ้นกับขนาดของก้อนเลือดและตำแหน่งของสมอง ที่ถูกกดส่วนมากเกิดที่ Basal ganglia หรือ Thalamus แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ตาม สมมติฐานการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง การพยากรณ์โรคและการรักษา คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) และเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage)

เลือดออกในเนื้อสมอง พบได้ร้อยละ 10 - 25 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการที่มีหลอดเลือดแตก แล้วมีเลือดไหลออกไปยังเนื้อสมอง หลอดเลือดสมองที่แตกแบบนี้ มักเป็นหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ขนาดสั้น ๆ ที่แยกออกมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่โดยตรงแล้ว แขนงทะลุเนื้อสมองไปเลี้ยงด้านในของสมองและก้านสมอง สาเหตุของเลือดออกในเนื้อสมองที่ พบบ่อย มาจากภาวะความดันเลือดสูงที่เกิดร่วมกับการมีพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น

Atherosclerosis ซึ่งเรียกการเกิดเลือดออกในเนื้อสมองเนื่องจากความดันเลือดสูงนี้ว่า Hypertensive intracerebral hemorrhage มักเกิดในชายมากกว่าหญิง ในช่วงอายุ 40-70 ปี การพยากรณ์โรค ผู้ป่วยเลือดออกในสมองจะเลวกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน หรือ หลอดเลือดสมองตีบตัน และอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 - 60 ส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 2-3 วันแรก จากการเคลื่อนที่ของเนื้อสมอง (herniation) แม้ว่าผู้ป่วยเลือดออกในเนื้อสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50-60 มากกว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันก็ตาม แต่หากผู้ป่วยเลือดออกในสมองสามารถมีชีวิตรอดผ่านระยะแรกมาได้ มักจะพบว่ามีโอกาสที่ระบบประสาทจะฟื้นคืนหน้าที่มาได้ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะก้อนเลือดในสมองอาจจะไม่ทำลายเนื้อสมองเท่าภาวะสมองตายจาก หลอดเลือดอุดตัน การเกิดเลือดออกในเนื้อสมองบางครั้งพบว่าไม่ได้มีเลือดออกมาอยู่เฉพาะในเนื้อสมองเท่านั้น เลือดที่ออกมาอาจจะทำให้เนื้อสมองฉีกขาด แล้วไหลหรือซึมเข้าไปยังห้องสมอง (ventricle) หรือช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (subarachnoid space) หรือช่องใต้ดูรา (subdural hemorrhage) ผู้ป่วยเลือดออกในเนื้อสมองที่มีเลือดไหลลงสู่ห้องสมองด้วยมักจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว เพราะจะเกิดมีลิ่มเลือดในห้องสมองไปขัดขวางการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง เกิดฮัยโดรเซฟาลัสเฉียบพลัน (acute hydrocephalus) โดยเฉพาะการเกิดลิ่มเลือดใน Fourth ventricle ซึ่งอยู่ติดกับ medulla ทำให้หยุดหายใจได้

1.3 ปัจจัยเสี่ยง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ๆ ซึ่งได้แก่ภาวะความดันเลือดสูง โรคหัวใจและเบาหวาน นอกจากนี้ก็มีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.3.1 อายุ และเพศโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย และมีรายงานที่แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 10,000 คน ตามช่วงอายุกล่าวคือ จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 22 คน 32 คน และ 83 คน ในประชากร 10,000 คน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี 55-64 ปี และ 65-74 ปีตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากความเสี่ยงของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มักพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน

สำหรับเพศนั้นพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันมากกว่าเพศหญิง ประมาณ ร้อยละ 30 และอุบัติการณ์เกิดดังกล่าวจะแตกต่างจากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปี ส่วนอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกใน

ช่องใต้เยื่อ อะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิง และเกิดความแตกต่างกันมากในกลุ่มสูงอายุโดยเชื่อว่ามียธิพลมาจากฮอร์โมน Estrogen เพศหญิง

1.3.2 ความดันเลือดสูง (hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 จะมีความดันเลือดสูงร่วมด้วย ผู้ที่มีความดันเลือดสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ความดันเลือดที่สูงขึ้นนี้มักจะสูงทั้งความดันเลือด Systolic และ Diastolic มีบางรายงานกล่าวว่าความดันเลือด Systolic จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าความดันเลือด Diastolic แต่อย่างไรก็ตามความดันเลือดสูงก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตกได้ เชื่อว่าความดันเลือดสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง (atherosclerosis) นอกจากนี้ความดันเลือดสูงยังมีผลทำให้ Autoregulation สมองเปลี่ยนแปลงด้วย

1.3.3 โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (atrial fibrillation หรือ AF) พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะ Atrial fibrillation ร่วมกับโรคหัวใจ รูห์มาติก (rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะ Atrial fibrillation ร่วมด้วยเสมอ หรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเนื่องจากภาวะ Atrial fibrillation จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สำหรับโรคหัวใจอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือดก็พบร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย นอกจากนี้โรคของลิ้นหัวใจ (uvular heart disease) การติดเชื้อของเยื่อหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ (bacterial endocarditis) รวมทั้งการอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก (non bacterial thrombotic endocarditis) ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด Emboli หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

1.3.4 เบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในเพศ และอายุ กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis และความดันเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

1.3.5 โคเลสเตอรอลและไลโปโปรตีน (Cholesterol and Lipoprotein) แม้ว่าความผิดปกติของไขมันในหลอดเลือด เช่น โคเลสเตอรอลไตรกลีเซอไรด์ Low Denstiy Lipoprotein

(LDL) ในเลือดสูงและ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ก็พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ

1.3.6 ฮีมาโตคริต (hematocrit) ผู้ที่มีฮีมาโตคริตสูงหรือมีปริมาณฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ในเลือดสูงจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากสมองตายจากการขาดเลือด (cerebral infarct) ได้มาก ทั้งนี้เพราะภาวะฮีมาโตคริตสูง จะทำให้เลือดมีความหนืดและมีการไหลเวียนเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพที่ตีบแคบอยู่แล้ว จะพบว่าผู้ที่มีความดันเลือดสูง และสูบบุหรี่ มักจะมีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดสูง

1.3.7 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2 เท่า ในทำนองเดียวกันพบว่าหญิงที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซอง ต่อวัน และไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็น 2 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่

2) การรับประทานยาคุมกำเนิด การรับประทานยาคุมกำเนิดจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6-7 เท่า ถ้ามีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นก็เป็นไปได้ทั้งหลอดเลือดสมองอุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก

3) แอลกอฮอล์ ยังไม่มีการสรุปที่ลงความเห็นเด่นชัดว่าแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (ischemic Stroke) แต่อาจจะมีความสัมพันธ์กันบ้างกับการเกิดเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนคอยด์ แต่แอลกอฮอล์ก็อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง กล่าวคือ อาจจะขึ้นอยู่กับความดันเลือดสูงก็ได้

4) ความอ้วน ความอ้วนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่อาจจะมีความสัมพันธ์กับความดันเลือดสูง

5) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก แต่ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เด่นชัดนัก

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะข้างเดียว (migraine) ภาวะเครียด อากาศ กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร ต่าง ๆ อาจจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดเช่นกัน

1.4 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางถึงความสัมพันธ์ของภาวะต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกว่าปัจจัยเสี่ยง (risk factors) พบว่าปัจจัยเสี่ยงมีหลายลักษณะ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติหรือกรรมพันธุ์ เช่นที่ญี่ปุ่นพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าโรคหัวใจ และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยในญี่ปุ่น จะเป็นแบบเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือในอเมริกาพบว่าคนผิวดำจะมีอัตราการเสียชีวิตจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว เป็นต้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิด ภาวะเลือดหนืด เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือ ควบคุมแล้วชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่น ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน เป็นต้น มีการศึกษาพบว่า การให้การดูแลรักษา ควบคุมติดตามผลผู้ป่วยความดันเลือดสูงอย่างใกล้ชิด สามารถลดอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในเวลาต่อมาได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ความอ้วน ระดับไขมันในเลือด ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในทีมสุขภาพที่พึงกระทำเพื่อการป้องกันอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เริ่มต้นด้วยการให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง สนใจ และเอาใจใส่ในสุขภาพของร่างกาย และจิตใจ โดยการกระตุ้น เผยแพร่ความรู้ และให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น

1.4.1 การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยรับประทานอาหารที่มีสารอาหาร ครบถ้วน และมีปริมาณพอเพียง ลดอาหารเค็ม ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือดแข็งได้ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก รวมทั้งอาหารหวานจัดต่างๆ ซึ่งจะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงได้ นอกจากนี้ยังควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยเช่น วัยสูงอายุ ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีกากใย เช่น ผัก และรับประทานพวกเนื้อสัตว์ลดลง และไม่รับประทานจนมากเกินไป ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ

1.4.2 งดสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน (nicotine) ซึ่งสามารถกระตุ้นการหลั่ง Catecholamine ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ความดันเลือดสูง และมีการจับตัวของเกร็ดเลือดมากขึ้น ทำให้เลือดหนืด และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคความดันเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้วก็ยิ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอีกด้วย

1.4.3 การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีการไหลเวียนเลือดดี การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายดีและยังช่วยลดความเครียดได้อีกด้วย การขาดการออกกำลังกายมักทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย แม้ว่าความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีการยืนยันแน่ชัด แต่การออกกำลังกายก็เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี และป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ รวมทั้งความดันเลือดสูงด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายจะมีปริมาณไขมันในเลือดลดลงอีกด้วย

1.4.4 การควบคุมน้ำหนัก ความอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายอย่างเช่น ความดันเลือดสูง ความผิดปกติของ Glucose Tolerance และระดับอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้และยังพบว่า คนอ้วนมักจะมีไขมันในเลือดสูงด้วย เช่น ระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายก็จะช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้

1.4.5 หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มากจะทำให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารลดลงและขาดอาหารได้ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตกได้บ่อย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมที่ขึ้นกับภาวะความดันเลือดสูง หรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นการป้องกันสาเหตุส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.4.6 การผ่อนคลายลดความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลายอย่างเช่น ความดันเลือดสูง และยังทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานผิดปกติไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ฝึกจิตใจให้สงบได้จะทำความดันเลือดลดลงและลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการผ่อนคลายโดยการออกกำลังกาย การทำจิตใจให้ปลอดโปร่งแจ่มใส ก็จะช่วยชีวิตมีความสุข มีสุขภาพจิตและกายที่ดีตามมา

1.4.7 มีการประเมินภาวะสุขภาพเป็นประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ เช่น โรคทางกรรมพันธุ์ ความเสี่ยงตามวัย แม้จะยังไม่มีการแสดงให้เห็นเด่นชัดก็ควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูงเพื่อที่จะให้การรักษาแต่แรกเริ่ม และป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่ยากต่อการรักษา หรือเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาได้

1.4.8 ให้การดูแลและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ และสามารถชะลอหรือลดอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เช่น ความดันเลือดสูงโรคหัวใจและเบาหวาน ดังนั้นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

จึงควรศึกษาในเรื่องการปฏิบัติตน การรับประทานยา แผนการรักษา อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

1.5 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคอื่นๆ ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่าง ๆ ดังนี้

1.5.1 การซักประวัติ อาจะบอกถึงภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวได้ แต่บางครั้งก็เป็นเรื่องยาก เนื่องจากอาการของโรคเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ไม่กี่นาที ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ บางครั้งผู้ป่วยมีการละเลยหรือไม่สนใจร่างกายด้านอ่อนแอ หรือปฏิเสธการยอมรับร่างกายด้านอ่อนแรงจากการมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของความคิด และการพูดก็จะทำให้การซักประวัติยากขึ้น ดังนั้นญาติหรือผู้ใกล้ชิดจึงเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1.5.2 การตรวจร่างกาย หากมีการตีบตันของหลอดเลือดบริเวณคอเป็นไม่มากจะพบว่า Pulse amplitude ลดลง ในกรณีที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะคลำ Pulsation ไม่ได้ แต่ถ้าคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณหน้า เช่น บริเวณ Preauricular superficial temporal, Temporal และ Orbital จะพบว่าชีพจรแรงและมี Pulse amplitude เพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงของหลอดเลือดแดง Internal carotid ตีบตันยังสามารถฟังเสียงฟู่ (bruits) ได้ สำหรับกรณีที่มีสิ่งอุดตัน (emboli) หลุดลอยออกมาจากหลอดเลือดแดง Carotid หากส่องดูตาด้วยเครื่อง Ophthalmoscope ก็จะสามารถเห็นสิ่งอุดตันหลุดลอยได้ที่ Fundus

1.5.3 การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-Scan) จะช่วยแยกหลอดเลือดสมองอุดตันออกจากหลอดเลือดสมองแตกได้ การตรวจพิเศษโดยการทำ Venous Digital Subtraction Angiography (DSA) ก็จะช่วยบ่งบอกถึงความผิดปกติของหลอดเลือดได้ ส่วนการทำ Cerebral angiography มักจะทำหลังทำ CT Scan แล้วพบว่าปกติ หรือไม่มีเลือดออกในสมอง สำหรับการทำให้ Magnetic Resonance Image (MRI) จะสามารถบอกรายละเอียดของขอบเขตของพยาธิสภาพได้ชัดเจน และเนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจวัดคลื่นหัวใจ (ECG) ก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งการเจาะเลือดดูปริมาณเกร็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด และค่า ESR, LDH, VDRL เป็นต้น

1.6 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษา CVD แบ่งเป็น

1.6.1 การรักษาในระยะ Acute phase การที่จะลดความพิการในผู้ป่วย Ischemic stroke ส่วนที่สำคัญที่สุดคือ การรักษาในระยะเริ่มแรกโดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมงแรก การรักษาอาจแบ่งได้เป็น

1) การใช้ยาเพื่อหยุดหรือชะลอการดำเนินโรค (neuroprotective agents) ปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงกลไกการเกิดสมองขาดเลือดกันอย่างกว้างขวาง และได้มีแหล่งข้อมูลการทดลองทางคลินิก (clinical trials) จำนวนมาก เพื่อค้นหาวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้เซลล์ตายหลังจากเกิดภาวะขาดเลือด โดยการใช้ยาไปยับยั้ง Pathway ต่าง ๆ ข้อจำกัดของการใช้ยากลุ่มนี้คือ จะได้ผลเฉพาะเมื่อให้ภายหลังในระยะเวลาอันสั้น (6 – 12 ชั่วโมง) หลังจากเริ่มเกิดภาวะสมองขาดเลือด (ischemia) เท่านั้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่พบว่าได้ผลแน่นอนในการรักษา

2) การให้ยาละลายลิ่มเลือด (trombolytic drugs) เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของ Ischemic stroke เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองโดย Thromboemboli หรือ Thrombus การใช้ยา Streptokinase urokinase หรือ Tissue plasminogen activator เพื่อละลาย Thrombus ในหลอดเลือดจึงเป็นแนวทางการรักษา Ischemic stroke ในระยะเริ่มแรกที่น่าจะได้ผลดี อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่สำคัญและอันตรายของการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือภาวะเลือดออกในสมองและเกิดการอุดตันซ้ำ

วิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจให้โดยตรงที่ก้อนเลือดอุดตันโดยการทำ Selective cerebral angiogram เข้าไปยังหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ แล้วฉีดยาละลายลิ่มเลือดไปยังก้อนเลือด โดยตรง วิธีนี้จะได้ผลดีมาก ถ้าสามารถทำได้ภายใน 6 ชั่วโมง และทำได้เฉพาะใน Ischemic stroke ที่เกิดในหลอดเลือดที่สามารถผ่าน Catheter เข้าไปได้ ดังนั้นจึงได้ผลดีเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของ Basilar artery หรือ Middle cerebral artery ส่วนต้น

การให้ยาละลายลิ่มเลือดอีกวิธีหนึ่งซึ่งเป็นที่แพร่หลายมากกว่า คือการให้ Intravenous tissue plasminogen activator ผลการศึกษาโดย National Institute of Neurological Disorders and Stroke ประเทศสหรัฐอเมริกาและการศึกษาจากยุโรปพบว่า การให้ Tissue plasminogen activator (rtPA) ทางหลอดเลือดดำ 0.9 มก/คค โดยให้ร้อยละ 10 ของยาทั้งหมดเป็น Bolus dose ส่วนที่เหลือให้ทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 60 นาที ภายใน 3 ชั่วโมง หลังจากเกิด สมองขาดเลือด จะสามารถลดอัตราการตาย และความพิการได้ และผลที่ได้จะดีขึ้น ถ้าทำให้ rtPA ภายใน 90 นาที ผลข้างเคียงที่สำคัญในการรักษานี้คือ เลือดออกในสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของ CT- Scan ร่วมด้วยตั้งแต่แรกเริ่ม จะเห็นได้ว่าการรักษาภาวะสมองขาดเลือดในปัจจุบัน “เวลา” เป็นสิ่งสำคัญที่สุดถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วก็มีโอกาสจะหายหรือดีขึ้นมาก

3) การให้ยาด้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) ได้แก่ Aspirin จากการศึกษาค้นคว้าโดย การให้ Aspirin ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ภายใน 48 ชั่วโมงพบว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ ดังนั้นจึงถือเป็นการรักษามาตรฐาน

4) การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antithrombotic agent) Heparin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันมานาน และเชื่อกันว่าสามารถใช้รักษาภาวะสมองขาดเลือดได้ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่าการใช้ Heparin มีประโยชน์มากในการป้องกันการเกิดซ้ำโดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดจาก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดที่ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัตราการเกิดเลือดออกในสมองซ้ำในผู้ป่วยเหล่านี้สูงถึงร้อยละ 14 -16 ใน 2 สัปดาห์แรก และการให้ Heparin ตามด้วย Warfarin จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ Heparin ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้มีสาเหตุจากลิ่มเลือดจากหัวใจ ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่และยังไม่มีการศึกษาใดบ่งชี้แน่ชัดว่า Heparin มีประโยชน์ผลข้างเคียงที่ควรระวังคือเลือดออกในทางเดินอาหารและเลือดออกในสมอง มักเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีบริเวณของเนื้อสมองตายกว้าง โดยเฉพาะ Middle cerebral artery ที่มีรอยโรค Basal ganglia ร่วมด้วยดังนั้นจึงควรระมัดระวังหรือพิจารณางดเว้น Heparin ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผลข้างเคียงอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญของ Heparin ก็คือเกร็ดเลือดต่ำ ดังนั้นจึงควรติดตามจำนวนเกร็ดเลือด (platelet count) และถ้าเกร็ดเลือดลดต่ำกว่า 100,000 ควรพิจารณาหยุด Heparin

5) การรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะ (stroke unit) มีการศึกษาเปรียบเทียบ รวมทั้ง Meta – analysis หลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและมีอัตราการตายน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

1.6.2 การป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน ที่พบได้ใน CVD ได้แก่

1) สมองบวม จะเป็นอันตรายกรณีที่เนื้อสมองตายมีขนาดใหญ่ มักจะเกิดหลัง 24 ชั่วโมง รักษาและป้องกันโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยความระมัดระวังและถ้าเกิดสมองบวมแล้วพิจารณาให้ Mannitol ในกรณีที่เนื้อสมองตายมีขนาดใหญ่เมื่อมีการบวม อาจกดก้านสมอง (brainstem) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นในกรณีของเลือดออกในสมองที่เนื้อตายมีขนาดใหญ่อาจต้องทำการผ่าตัดเอาเนื้อสมองที่ตายออกเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

2) การมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มีเนื้อสมองตายอยู่เดิม (hemorrhagic infarction) พบในเนื้อสมองตายที่มีขนาดใหญ่เช่นเดียวกับสมองบวม ถ้าเกิดมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มีเนื้อสมองตายอยู่เดิมแล้ว จะทำให้มีการเลื่อนของสมองให้รักษาเช่นเดียวกับการมีสมองบวม และจะต้องหยุดการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ทั้งนี้ในบางรายอาจต้องพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด

3) อาการชัก พบได้ตั้งแต่เริ่มเกิด CVD และอาจกลายเป็น Epilepsy ต่อมา การพิจารณาให้ยากันชัก ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

1.6.3 การรักษาประคับประคองทั่วไป โดยการ

1) การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็น Stroke มักจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้วและในระยะ Acute stroke ร่างกายจะมีกลไกเพื่อเพิ่ม Cerebral blood flow โดยความดันโลหิตมักจะสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตสูงจะทำให้ Cerebral blood flow ลดลงเป็นผลเสียต่อสมองส่วนที่มีการขาดเลือดทำให้ขาดเลือดมากขึ้น ดังนั้นจึงควรให้ผู้ปวยนอนพักในที่สงบ ความดันโลหิตมักจะลดลงมาตัวเอง โดยไม่ต้องให้ยาหลังจากนั้น 4 – 6 สัปดาห์ เมื่อพ้นระยะ Cerebral autoregulation กลับมาปกติแล้ว จึงค่อยให้ยาลดความดันเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันมียากลุ่มใหม่ ๆ ที่มีการศึกษาพบว่าสามารถลดความดันโลหิตแต่ไม่ลด Cerebral blood flow ได้แก่ยาในกลุ่ม Angiotensin receptor blocker

2) การควบคุมการให้สารน้ำและ Electrolyte ทางหลอดเลือด การให้สารน้ำจะมีประโยชน์ในการเพิ่ม Plasma volum จะทำให้ Cerebral blood flow เพิ่มขึ้นแต่อย่างไรก็ตามต้องระวังในผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ เพราะการให้น้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้นเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การดูแลเรื่อง Electrolytes และการให้อาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ควรให้อาหารทางสายยางในระยะแรก

3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีการศึกษาหลายแห่งพบว่า การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในช่วง Acute stroke จะทำให้เกิด Tissue acidosis มากขึ้น และอาจทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองเลวลง ดังนั้นจึงควรควบคุมระดับน้ำตาลไว้ไม่ให้สูงเกินไปโดยไม่เกิน 120 มก./ดล. ถ้าระดับน้ำตาลสูง ควรพิจารณาให้ Insulin

4) การระวังและรักษาโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ เป็นต้น

5) การผ่าตัด (surgical management) ในบางครั้งการผ่าตัดก็มีความจำเป็นในผู้ป่วย Ischemic stroke เช่น ในกรณีรักษาสมองบวมโดยเฉพาะที่บริเวณ Cerebellum เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีที่เกิด Brain hernia แต่ความพิการที่เกิดขึ้นมักจะรุนแรงและผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

1.6.4 การรักษาสาเหตุและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ภายหลังจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การดูแลรักษาระยะยาวก็เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในกรณีที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคม และช่วยเหลือตัวเองได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ความหมายของการดูแล

การดูแล (care giving) คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกาย และจิตใจ ตามความต้องการของผู้รับการดูแลโดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ทักษะวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไป แต่ระดับของความรุนแรงของโรคนั้น (Kane & Kane, 2000) ผู้ให้การดูแลเหล่านี้อาจเป็นญาติพี่น้อง คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน เพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับการตอบแทน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) แต่ให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความสนใจเอาใจใส่ ห่วงใยเอื้ออาทร (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่รับบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องการความต่อเนื่อง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537) และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมาจากคำภาษาอังกฤษพบบ่อยอยู่หลายคำเช่น Carer หรือ Caregiver หรือ Family caregiver แบ่งเป็น 2 ประเภท (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) คือ

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน เรียกว่า Formal carers ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมง ต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์เป็นแบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่อันสืบเนื่องมาจากการสมรส หรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหลายคน เช่น บางคนดูแลด้านการเงิน บางคนดูแลพาไปพบแพทย์ และบางคนอาจดูแลช่วยเหลืออยู่ที่บ้าน

Parker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแล ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ซึ่งอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีหน้าที่รับผิดชอบ

ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กัน สมาชิกในครอบครัวบางคนช่วยกิจวัตรประจำวัน บางคนช่วยเรื่องการเงิน บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก การตอบแทนบุญคุณ

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

2.1 ผู้ดูแลหลัก คือผู้ที่รับการดูแลระบุว่าใช้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานานที่สุด คิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวัน ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศิริพันธุ์ ยอดเพชร, 2547)

2.2 ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นที่ไม่ใช่การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น พาไปพบแพทย์ เป็นการให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว คิดเป็นจำนวนชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

2.3 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.3.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล การขาดความรู้เรื่องโรคทำให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยไปรักษาตามสถานพยาบาลต่าง ๆ และมีการแสวงหาการรักษาอยู่ตลอดเวลา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ดูแลมากที่สุด (Deimling & Bass, 1986; Teri et al., 1992) ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (Sasat, 1998)

2.3.3 ระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living: ADL) จากการศึกษาพบว่ายิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.4 ระดับความเจ็บป่วย (level of illness) จากการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.5 ระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีภาวะเครียดสูงกว่าผู้ที่อยู่คนละบ้าน (Yeatman et al., 1993)

2.3.6 ความเชื่อและทัศนคติ (belief and attitude) ผู้ดูแลที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วย และผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองเช่นกันที่จะต้องดูแลผู้ป่วย หรือ

ผู้ดูแลบางคนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำ ในขณะที่เดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

2.3.7 ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลงจากการคุมกำเนิดที่ได้ผลส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยก็หายากและการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยในการดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

2.3.8 ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นาน ๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 293-296) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้านคือ

2.4.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

1) อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

2) ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

3) ความโกรธ (anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

4) ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านความจำและปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้

5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูงหรือสังคม เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

2.4.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงโดยเฉพาะผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น

1) ปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่สื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้วันนี้ นับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภะนั้น ๆ

2) อ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

3) มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว อาจไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

2.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic problem)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่นอาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2) รายได้ลดลง (lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย

3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว (family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการฉกฉวยการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

2.5 สิ่งที่ได้จากการเป็นผู้ดูแล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) กล่าวว่า การศึกษาวิจัยในเรื่องผู้ดูแลในช่วงปี 1990 จะให้ความสนใจเชิงบวกของการเป็นผู้ดูแลมากยิ่งขึ้นเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ดูแลได้อะไรบ้างจากการเป็นผู้ดูแล Kramer (1997) พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแล เนื่องมาจาก ความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์ และแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังยืนยันที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543; Sasat, 1998) เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น

2.5.1 ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่า การดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้น เป็นการทดแทนพระคุณที่เคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งจะให้การดูแลต่อไป

2.5.2 ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็น สามี ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน เป็นเหตุผลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบ อย่างไรก็ตามการทำตามหน้าที่ที่พึงกระทำ ทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้ว แต่ด้วยหน้าที่และสังคมบังคับก็อาจเกิดปัญหาในการดูแลได้

2.5.3 ทดแทนคุณความดี ในประเด็นนี้มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่ายจากภาระและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดีกับตนมาก่อน จึงไม่สามารถทอดทิ้งไปได้ หรือพบได้ในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ผู้ดูแลมาก่อน ผู้ดูแลจึงยินดีที่ให้การดูแลเพื่อทดแทนคุณความดีนั้น ๆ

2.5.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลวลง แต่ก็มีผู้ดูแลบางรายที่ยอมรับว่าการให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น

2.6 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล

ภาระและปัญหาอันหนักในการดูแลผู้ป่วย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบตามที่กล่าวมาแล้วยังจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทารุณกรรมหรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่อไปได้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ Parker (1992) อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

2.6.1 มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้รับการดูแล

2.6.2 ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นๆ (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

2.6.3 ได้รับบริการ (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพ จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคม จากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราว หรือ กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

2.7 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแล

พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้โดย

2.7.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดในผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล

2.7.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

2.7.3 ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้นและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2.7.4 ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

2.7.5 ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

2.8 กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องความปลอดภัย การพาไปพบแพทย์ (Kane & Kane, 2000; Subgranon & Lund, 2000) หากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการรักษา ขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแล แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ดังนี้

2.8.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลสรุปได้ดังนี้

1) การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาจรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสม รวมทั้งอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการรับประทานเองขึ้นไม่ใหญ่เกินไป สำหรับในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำทางสายยางให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

2) การอาบน้ำและดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ผู้ดูแลต้องจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น เก้าอี้นั่งอาบน้ำ แปรงถูตัวด้ามยาวและเช็ดตัวให้ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำเองได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ

3) การแต่งกาย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาเสื้อผ้าที่เหมาะสมสามารถใส่และถอดออกได้สะดวก

4) การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง

5) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิห้องพอเหมาะ ไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย

2.8.2 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจ ผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีดังนี้

1) การป้องกันแผลกดทับและโรคผิวหนัง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้นและหมักหมมได้ง่าย เช่น ขาหนีบ ซอกนิ้วมือ นิ้วเท้า ในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องหมั่นพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ

2) การป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2534) โดยสาเหตุอาจเกิดจากการสำลักอาหาร หรือร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ผู้ดูแลจึงต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวการกลืนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ๆ ในรายที่ให้อาหารทางสายยางให้อาหารต้องตรวจสอบว่าสายยางไม่เลื่อนขึ้นและอยู่ในกระเพาะอาหาร จัดทำให้อาหารที่ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลักและจัดเสื้อผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยเพียงพอ

3) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากสาเหตุ การถ่ายปัสสาวะไม่ ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร หากผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกควรพาไปพบแพทย์

4) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค ดอาหารหวาน มัน ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมาก แขนขาชา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2.8.3 การช่วยฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีก เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เกิดแผลกดทับได้ง่าย ผู้ดูแลจึงต้องดูแลสิ่งต่อไปนี้คือ

1) เตียงนอน ควรเป็นเตียงที่แข็งแรง มีความสูงพอเหมาะที่จะดูแลผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยสามารถลุกนั่งที่ขอบเตียงได้โดยเท้าสามารถสัมผัสพื้นได้พอดี หรือสามารถเคลื่อนย้ายไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นได้สะดวก

2) ที่นอน ควรเป็นที่นอนที่แน่น ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป

3) ท่านอน การจัดท่านอนเป็นเรื่องสำคัญ การนอนทับแขนหรือขานาน ๆ จะทำให้เกิดการบวมของแขนขา ข้อต่อต่าง ๆ ยึดติดได้ง่าย การจัดท่านอนศีรษะสูงเกินไปอาจทำให้น้ำหนักตัวกดบริเวณก้นกบ เกิดแผลบริเวณก้นกบได้ง่าย

4) การบริหารร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเริ่มบริหารร่างกายโดยเร็ว หลังจากผู้ป่วยมีอาการและสัญญาณชีพคงที่แล้วประมาณ 48 ชั่วโมง โดยเริ่มบริหารตั้งแต่นิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก หัวไหล่ ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อสะโพก ควรบริหารทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 รอบ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการยึดติดของข้อต่อและการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต และกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ให้กับผู้ป่วย

5) ดูแลช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายหรือการเคลื่อนไหวผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ได้แก่การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเก้าอี้หรือรถเข็นไปยังเตียง การเดินด้วยไม้เท้า

2.8.4 การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ จากความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้าน

จิตใจได้ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง และให้การดูแล
 ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ดังนี้

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ
 หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย
 ตนเองสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย โดยจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วย
 อารมณ์เปลี่ยนแปลงและหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ

3) การป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอย
 สังเกตอาการและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา หาก
 ผู้ดูแลขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลย่อมเกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึง
 ได้ศึกษาแนวทางในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. มโนทัศน์ความวิตกกังวลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้หลายท่าน ดังนี้

Zung (1971) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นเพียงระดับความรู้สึกจากภายใน
 ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ของบุคคล เช่นรู้สึกกระวนกระวายใจเล็กน้อยไปจนถึงระดับที่มีความผิดปกติ

Spielberger (1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่ง
 ไร้ชองบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคามหรือทำให้
 เกิดอันตราย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มี
 ความรู้สึกไม่พอใจ เนื่องจากรู้ว่าตนเองถูกข่มขู่หรือจะมีอันตรายหรือการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้ว่าจะ
 เกิดอะไรขึ้นในอนาคต ทำให้รู้สึกเครียด รู้สึกวิตก หรือหวาดกลัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของ
 บุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่
 ดีเกิดขึ้นกับตน

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึงสภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกเป็น
 ทุกข์ ไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น อึดอัดไม่แน่ใจหรือหวาดกลัว โดยหาสาเหตุที่ชัดเจนไม่ได้
 อาจเกิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือการคาดคะเนล่วงหน้า ซึ่งเป็นสิ่งไร้ที่บุคคลประเมินว่า
 คุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลเครียด วิตก กระวนกระวาย มีการสนองตอบทั้ง
 ร่างกายและอารมณ์ ซึ่งสามารถแสดงออกและประเมินได้

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)3-

3.2.1 สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

3.2.2 สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3.3 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

3.3.1 ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ คนที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยนี้จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัว (alert) มากขึ้นว่าควรจะทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น

3.3.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งความสนใจอยู่ จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลง

3.3.3 ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) การรับรู้ความรู้สึกจะลดลงเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ ของเหตุการณ์ที่พบ จะมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ลดน้อยลง เกิดความตื่นเครียด มีสมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อยลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

3.3.4 ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้นหรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผ่าน

การไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก ชวนเฉื่อยง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนีหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

3.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

3.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or s-anxiety or a-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่ตอบสนองความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

3.4.2 ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or t-anxiety or a-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความ และประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

3.5 การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้ 3 วิธี ดังนี้

3.5.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก (Stuart & Sundeen, 1995)

3.5.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ Graham & Conley (1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

3.5.3 การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวลที่นิยมใช้กันมากคือ

1) Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถามแบบวัดนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้อย่างกว้างขวางในผู้ใหญ่ทั่ว ๆ ไป

2) Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) Anxiety Status Inventory นี้ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตามซุงรายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

3) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger et al. (1983) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในนักเรียนระดับมัธยมปลาย นักเรียนระดับวิทยาลัย ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยทางอายุรกรรม และศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีพบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินด้านจิตใจ โดยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger et al. (1970) ที่เรียกว่า State Anxiety Inventory Form X – 1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศุภภักดิ์ สายฤดี, วรกิจโกศาธร และมาลี นิสัยสุข (2524) เนื่องจากมีความเหมาะสมและนิยมใช้วัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะเผชิญเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ได้เป็นอย่างดี

3.6 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

การลดและการจัดการกับความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการพยาบาลที่ใช้ออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545)

3.6.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลง

ทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี สำหรับวิธีการสอนมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน เป็นต้น

3.6.2 การใช้เทคนิคบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ

1) การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง โดยผู้สัมผัสใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือหรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2) การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้เสียงเพลงที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผน ให้ผู้ป่วยฟัง โดยมีการประสานเสียงของเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สบายใจ และช่วยผ่อนคลายอารมณ์

3) การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการหันเหความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ไปสู่สิ่งใหม่ที่น่าสนใจกว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน และผ่อนคลาย

4) การฝึกผ่อนคลาย โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายที่สุด จากนั้นให้ผู้ป่วยปิดตาและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้า พร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจให้ทราบว่าขณะนี้กำลังหายใจเข้าหรือหายใจออก

5) การพยาบาลแบบประคับประคองด้านจิตใจหรือการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ มีความเห็นอกเห็นใจ และให้ระบายความรู้สึกออกมา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความรู้สึกในทางที่ดี และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3.6.3 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เป็นการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาดีขึ้น

3.6.4 การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้ในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล

3.7 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการและมีภาวะพึ่งพาสูง ผู้ดูแลต้องต้องรับภาระหนักในการดูแลปริมาณงานที่มากขึ้น และระดับความรุนแรงของอาการป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแล รวมถึงสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ปัญหาทางด้านการเงิน (นันทพร ศรีนิม, 2545) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ไม่เข้าใจวิธีการดูแล

ผู้ป่วยและขาดทักษะการดูแล (Rosenthal et al., 1993) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากความพิการที่หลงเหลืออยู่ ประกอบกับการสูงอายุทำให้การฟื้นฟูหายจากโรคช้า ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น รู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นใจและไม่แน่ใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจมีการแสดงออก เช่น ภาวะวุ่นวายใจ หงุดหงิด เครียด พักไม่ได้ ก้าวร้าว ซึ่งแสดงถึงการมีความวิตกกังวลของผู้ดูแลเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ เรียกว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger et al., 1983) ดังนั้นการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนสำหรับผู้ดูแล เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีความรู้ และทักษะการดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลลง

4. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

4.1 หลักการและแนวคิดของทฤษฎี

ทฤษฎีปัญญาสังคม (social cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพฤติกรรม (behavior) หมายถึง ปฏิกริยาของสิ่งมีชีวิตที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งปฏิกริยาตอบสนองนั้น บุคคลอื่นอาจมองไม่เห็นถ้าไม่สังเกต หรืออาจมีการแสดงออกอย่างเด่นชัด สำหรับพฤติกรรมของมนุษย์นั้นแบ่งออกได้เป็น 3 แบบ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) คือ

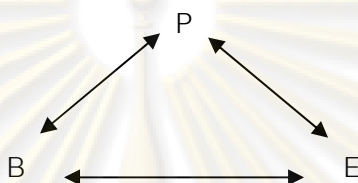
4.1.1 พฤติกรรมที่กระทำโดยอัตโนมัติ (reflex action) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาทันทีทันใดเมื่อมีสิ่งเร้า

4.1.2 พฤติกรรมที่ทำโดยตั้งใจ (goal-directed behavior) กระทำจากสาเหตุ 2 ประการ คือ เมื่อมีความต้องการเกิดขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย และเมื่อให้ความต้องการได้รับการตอบสนอง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหมดไปเมื่อเกิดความพึงพอใจ

4.1.3 พฤติกรรมเมื่อมีความคับข้องใจ (behavior as a response to frustration) พฤติกรรมนี้ไม่สนองความต้องการและกระทำโดยไม่มีวัตถุประสงค์แน่นอนนักจิตวิทยาเชื่อว่า พฤติกรรมสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยหลักการของการปรับพฤติกรรม (behavior modification) (สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2543) ซึ่งแนวคิดนี้ Bandura (1977) ได้ศึกษาปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและได้เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

4.2 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Albert Bandura (1977) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวภาพและสิ่งภายในอื่น ๆ) ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะเขียนได้ดังภาพต่อไปนี้



B: พฤติกรรม (behavior) P: ปัญญา ชีวภาพและสิ่งภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้และการกระทำ (cognitive and other personal factors) E: อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (environmental influences)

แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: Bandura (1977: หน้า 10)

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าทั้งสามปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1989) ดังนั้นบุคคลจึงเป็นทั้งผู้ก่อให้เกิดและเป็นทั้งผลิตผลของสภาพแวดล้อม การมีผลซึ่งกันและกันนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) จากตัวแบบ (modeling) ของ Albert Bandura (1986) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

4.3 การเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning)

Bandura มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูกเพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้วยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิด และการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการ

ได้ยินและได้เห็นโดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของสังคม โดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น

ในการเรียนรู้ทางสังคมโดยการสังเกต ประกอบด้วยหลักและขั้นตอน 2 ขั้นตอนด้วยกัน คือ ขั้นที่จะได้มาของสิ่งที่ต้องการจะเรียนรู้ (acquisition) หมายถึงการที่ผู้เรียนมีความใส่ใจต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่สังเกต ประมวลเข้ารหัส (coding) และมีการจดจำ และ ขั้นการกระทำหรือลงมือปฏิบัติ (performance) ซึ่งผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2: ส่วนประกอบของการเรียนรู้ขั้นการรับมาซึ่งการเรียนรู้ (อ้างใน สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2536: หน้า 254)

จากแผนภาพ การเรียนรู้โดยการเลียนแบบ จะต้องมีขั้นของการรับรู้และขั้นของการกระทำ จากตัวแบบ ที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยความใส่ใจในการเลือกสิ่งเร้าให้มีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวแบบเพื่อสร้างเป็นรหัส หรือกำหนดสัญลักษณ์ของสิ่งที่สังเกตเก็บไว้ในความจำ และสามารถเรียกใช้เมื่อผู้เรียนต้องการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบเมื่อใดก็ได้ จากนั้นนำไปสู่ขั้นของการกระทำซึ่งขั้นอยู่กับตัวผู้เรียนเป็นสำคัญ เช่น ความสามารถทางร่างกาย ทักษะต่าง ๆ รวมทั้งความคาดหวังของผู้เรียนที่จะได้รับแรงเสริมซึ่งเป็นแรงจูงใจ

การเรียนรู้โดยสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, 2543) ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

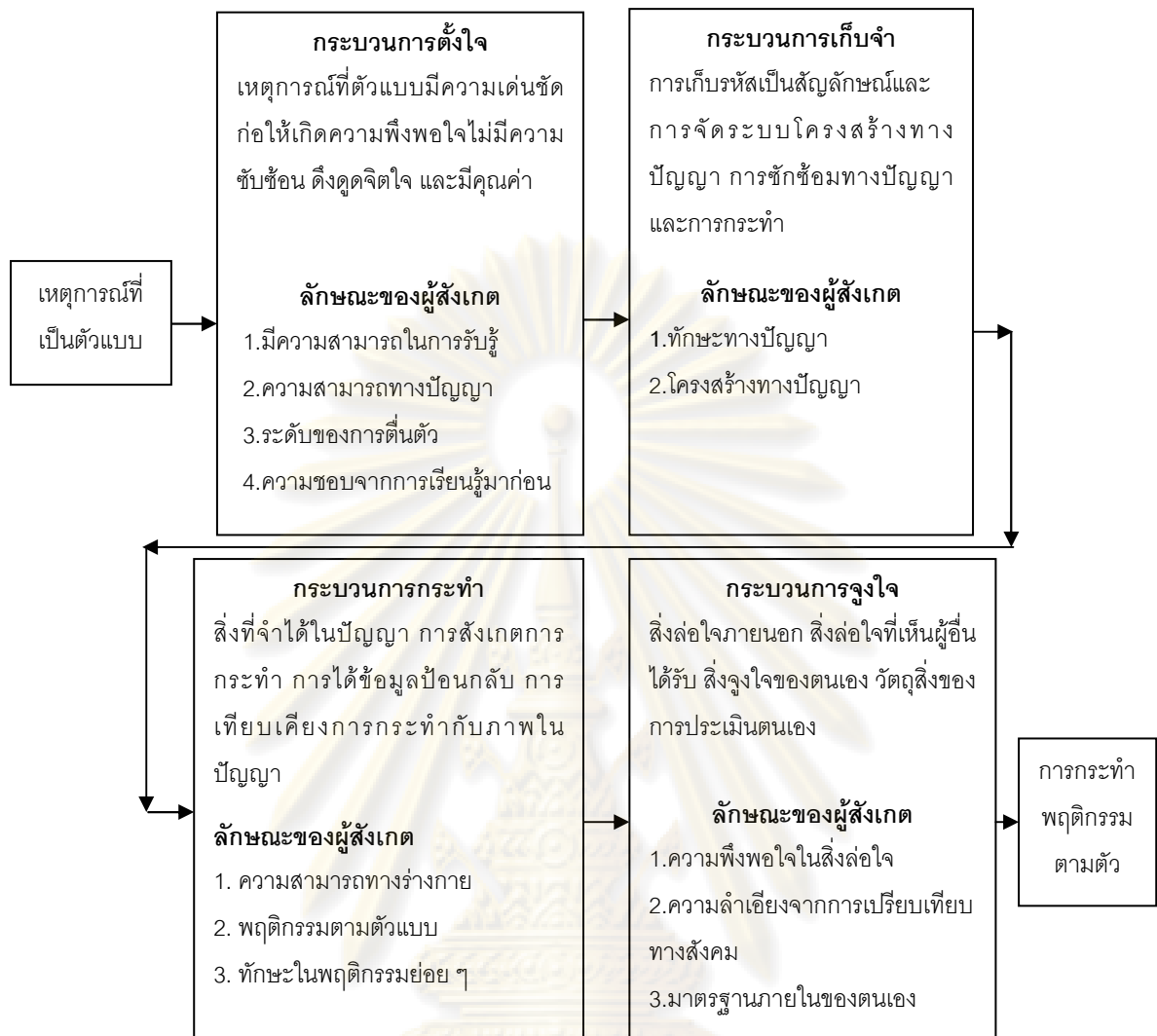
4.3.1 กระบวนการตั้งใจ (attentional Processes) บุคคลจะไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่องค์ประกอบของตัวแบบเอง พบว่าตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้น ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกนั้นควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากนี้ องค์ประกอบของตัวแบบแล้ว ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกตอีกด้วยซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

4.3.2 กระบวนการเก็บจำ (retention Processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนัก จากตัวแบบถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมด้วยการกระทำนอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

4.3.3 กระบวนการกระทำ (production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้เป็นเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อย ๆ ต่าง ๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4.3.4 กระบวนการจูงใจ (motivational Processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของ และการประเมินตนเอง ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการตามแผนภาพที่ 4 ดังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 3 แสดงถึงกระบวนการของการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบ

ที่มา: Bandura (1986: หน้า 52)

กระบวนการของการเรียนรู้จากโดยการสังเกตจากตัวแบบสามารถผ่านสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท ดังนี้

1) การมีตัวแบบทางพฤติกรรม (behavioral modeling) คือการที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้สังเกตเกี่ยวกับทักษะย่อยของพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะสังเกตเห็นพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบได้จากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

2) การมีตัวแบบทางวาจา (verbal modeling) คือการที่ตัวแบบใช้คำพูดทางวาจาในการพูด บอก หรือสอนว่าพฤติกรรมนี้ทำอย่างไร สอนเรื่องราวต่างๆ ที่ทำให้ผู้สังเกตทราบรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลอื่นๆ และยังเป็นการเน้นความสนใจไปที่กิจกรรมที่กำลังกระทำอยู่แก่ผู้สังเกตด้วย

3) การมีตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) หมายถึงการมีตัวแบบที่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วีดีโอ สไลด์ และสื่อภาพอื่นๆ ซึ่งการมีตัวแบบสัญลักษณ์นี้ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของบุคคลในสังคมทุกระดับชั้นเนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในปัจจุบัน

4) การมีตัวแบบสัมผัส (kinesthetic modeling) บุคคลสามารถเรียนรู้โดยผ่านทาง การได้ยินและเห็นภาพเช่นในการสอนพูดสำหรับคนหูหนวกและคนตาบอดก็จะใช้การสัมผัสริมฝีปากและคอของครูที่เป็นตัวแบบ สำหรับคนตาบอดหรือตาพิการที่ฟังเสียงได้ยินก็จะใช้การสัมผัสดังกล่าว

4.4 ประเภทของตัวแบบ

4.4.1 ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตได้ และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงมีข้อดีคือ สามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบเพื่อให้เห็นพฤติกรรมชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น แต่การเสนอตัวแบบประเภทนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการควบคุมผลกระทบ ทำให้ตัวแบบไม่ได้รับผลกระทบที่พึงพอใจตามที่ได้รับ

4.4.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ วีดีทัศน์ เทปบันทึกภาพ เทปบันทึกเสียงหนังสือ หุ่นกระบอก หรือการ์ตูน เป็นต้น ซึ่งเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมและยังสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ ทั้งยังสามารถเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไปได้หลายครั้ง และยังสามารถใช้ได้ทั้งบุคคลเดี่ยวหรือกลุ่มบุคคลได้

4.5 ประโยชน์ของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

4.5.1 ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ หรือทักษะใหม่ ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อที่ว่าจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบัน และอนาคต เช่น นำไปเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้กับเด็กที่แยกตัว เสริมสร้างทักษะการพูดให้กับเด็กปัญญาอ่อน หรือเสริมสร้างทักษะบางอย่างให้กับคนไข้โรคจิตในโรงพยาบาล เพื่อที่ว่าเขาจะได้อยู่ในชุมชนของเขาได้อย่างมีความสุข

4.5.2 มีผลทำให้เกิดการระงับ (inhibition) หรือ การยุติการระงับ (disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก ก็เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าว แล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่ผู้สังเกตคิดว่าจะได้รับ (ผลกระทบ

ที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้น ก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกยุติการระงับแล้ว

4.5.3 ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออกหรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ทว่าไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้น ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

4.6 ลักษณะของการเสนอตัวแบบ มีวิธีการเสนอตัวแบบอยู่หลายวิธีด้วยกัน

4.6.1 เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้นมีข้อดีตรงที่ น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ แต่จุดอ่อนของการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่ที่ค่อนข้างจะเสี่ยงไปตรงที่ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการ ผู้บำบัดจำนวนมากชอบที่จะใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของ फिल्म แถบภาพ แถบเสียง การ์ตูน หรือข้อเขียน การจะเสนอในรูปแบบใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพฤติกรรมและการนำไปใช้ ตัวแบบสัญลักษณ์นั้นมีคุณสมบัติเหนือกว่าตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่หลายอย่าง อย่างเช่นสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำมาใช้ได้หลาย ๆ ครั้ง และก็ง่ายในการที่จะนำมาใช้บำบัดเป็นกลุ่ม

4.6.2 ตัวแบบภายใน เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอยู่โดยผ่านการจินตนาการของบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคม การเสนอตัวแบบภายในนั้นสามารถใช้บำบัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ด้วยตัวของมันเอง หรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ ก็ได้ในการใช้การเสนอตัวแบบภายในปัจจัยที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การเสนอผลกระทบทันทีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรม เนื่องจากผลกรรมนั้นมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะกำหนดว่าพฤติกรรมที่บุคคลได้รับ การเรียนรู้โดยผ่านจินตนาการนั้นจะมีการแสดงออกในสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือไม่ นอกจากนี้การเสนอตัวแบบภายใน การเสริมสร้างพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะซับซ้อน ก็ควรจะได้มีการเสนอโดยใช้หลักการของความสำเร็จตามขั้นตอน เพราะจะช่วยให้การใช้การเสนอตัวแบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.6.3 การเสนอตัวแบบหลาย ๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตนเองตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลาย ๆ สภาพการณ์

4.6.4 การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดี กับตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ก็จะต้องเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมี

ความรู้สึกบางอย่างที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ จากนั้นตัวแบบก็จะพูดถึงความรู้สึกของตนเอง และขั้นตอนในการแก้ปัญหาพร้อม ๆ กับพฤติกรรมของเขาก็จะเริ่มดีขึ้น

4.6.5 การเสนอตัวแบบแบบค่อย ๆ แสดงออกทีละขั้นตอน ซึ่งวิธีการเสนอตัวแบบนี้เหมาะที่จะใช้กับการแสดงถึงพฤติกรรม หรือการกระทำที่ซับซ้อน การเสนอตัวแบบแบบค่อย ๆ แสดงออกทีละขั้นตอนนั้นจะแบ่งทักษะออกมาเป็นทักษะย่อย ๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ ซึ่งผู้สังเกตจะต้องทำได้ตามตัวแบบเสียก่อนจึงจะค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไป

4.6.6 การใช้การสอน ซึ่งการใช้การสอนควรจะได้พิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรจะอธิบายให้ผู้สังเกต เห็นตัวแบบกระทำอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น

4.6.7 การให้ผู้สังเกตนั้นสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบที่เขาสังเกต ซึ่ง Bandura (1969) พบว่าการให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบนั้นทำให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดีขึ้น

4.6.8 การชักจูง เมื่อสังเกตตัวแบบได้แล้ว การที่จะทำให้การเรียนรู้การลอกเลียนแบบนั้นได้ผลดีขึ้น ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสชักจูง ซึ่งการชักจูงสามารถทำได้ 2 ลักษณะคือ ชักจูงในใจนั้นคือคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ กับการชักจูงโดยการลองแสดงออกดู ซึ่งการชักจูงทั้ง 2 ลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ที่สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาแสดงออกก็จะแสดงออกได้ง่ายขึ้น

4.6.9 สภาพการณ์ที่จะเสนอตัวแบบ ควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอกได้เป็นอย่างดี เช่น ถ้าเป็นภาพยนตร์ก็ควรฉายในห้องมืดและไม่มีเสียงรบกวน ถ้าใช้แถบบันทึกเสียงก็ควรจะใช้หูฟังของแต่ละคนซึ่งน่าจะทำให้ผู้สังเกตเพิ่มความตั้งใจมากกว่าการฟังเสียงจากลำโพงในห้อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เนื่องจากสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่มีเปลี่ยนแปลงเนื้อหา สื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียงช่วยในการดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำได้ดียิ่งขึ้น และสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัด ซึ่งทำให้การเรียนรู้จากการเลียนแบบนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น และไม่ได้เลือกใช้ตัวแบบบุคคล เนื่องจากการเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย (Bandura, 1986)

5. ตัวแบบวีดิทัศน์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นั้น ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยาวนานเพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความโรค ความเจ็บป่วย อาการ การดูแลรักษา รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญในการดูแลหลายด้าน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ตลอดจน การจัดการวางแผนการดูแล และการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า คับข้องใจ เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมาได้ ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นผลกระทบด้านลบ เพราะเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้ดูแล เสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหายจากโรคช้าและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบตามทฤษฎีปัญญาทางสังคม ของ Bandura (1986) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ โดยการให้ผู้ดูแลได้สังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้านต่าง ๆ ตามที่ได้สังเกตจากตัวแบบ

การรับรู้ของมนุษย์ โดยทั่วไปสามารถรับรู้ได้ 5 ทาง ได้แก่ ลิ่น รับรู้ได้ร้อยละ 3 กาย รับรู้ได้ร้อยละ 6 หู รับรู้ได้ร้อยละ 13 ตา รับรู้ได้ร้อยละ 75 ทั้งนี้การรับรู้จากหูและตารวมกันสามารถรับรู้ได้ถึงร้อยละ 88 ซึ่งการศึกษาจากการฟังและเห็นนั้น เรียกว่า โสตทัศนศึกษา (สมหญิง เจริญจิตกรรม, 2529) เพราะการได้ยินประกอบกับได้เห็นภาพย่อมอยู่ในความทรงจำได้ดีกว่าการได้ยินหรือเห็นเพียงอย่างเดียว หากเรารู้จักนำภาพและเสียงมารวมกันอย่างมีศิลปะก็จะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และละทิ้งพฤติกรรมเก่าหรือสร้างพฤติกรรมใหม่ให้กับบุคคลได้ (วิภา อุดมพันธ์, 2544) สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงจึงสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มาก และยังเป็นสื่อที่ช่วยเสริมและทดแทนภาระหน้าที่ในการสื่อสารของผู้ให้ความรู้ เนื่องจากวีดิทัศน์สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้เรียนให้กว้างขวาง 3 ด้าน คือ ประสบการณ์ในมิติแห่งความจริง (reality) ประสบการณ์ในมิติแห่งกาลเวลา (time) และประสบการณ์ในมิติของสถานที่ (space)(สันทัด ภิบาลสุข, 2538) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำสื่อวีดิทัศน์มาช่วยนำเสนอตัวแบบในการให้ผู้ดูแลได้สังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพราะวีดิทัศน์สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัด สามารถใช้กับคนจำนวนมาก และใช้ซ้ำได้หลายๆ ครั้ง (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) เพื่อให้ผู้ดูแลได้สังเกตและฝึกทักษะก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์การดูแลจริง โดยการนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้เป็นสื่อกลางก็จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพในถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ และทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ดี

ขึ้น เพราะสื่อวีดิทัศน์จะมีคุณค่ากับผู้ดูแลคือ ช่วยให้การสังเกตตัวแบบในการฝึกทักษะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เข้าใจเนื้อหาได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถติดตามได้เร็วขึ้น และช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลไปในทางที่ต้องการได้ เพราะเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมจะปฏิบัติตาม ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกละอายใจ ไม่เบื่อหน่าย และมีความสนใจมากขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้โดยผ่านสัมผัสหลายทาง สามารถดึงดูดความสนใจได้มากกว่าการเรียนรู้ผ่านสัมผัสทางเดียว (โสภา กรวรรณสูตร, 2542; วิภา อุดมฉันท, 2544)

จากแนวคิดดังกล่าว ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกใช้ตัวแบบบุคคลเนื่องจากไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ (Bandura, 1986) และได้เลือกใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง มีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าวความสนใจของผู้สังเกตได้ดี สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบและควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งสามารถดูซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหา ช่วยกระตุ้นความสนใจเหมาะสมที่จะนำมาใช้ได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล (Bandura, 1989 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมและผลของตัวแบบที่น่าเสนอตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลได้สังเกตทักษะการปฏิบัติการดูแลจากตัวแบบที่สามารถปฏิบัติการดูแลได้ดีและผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามตัวแบบที่ได้สังเกต ทำให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ตามที่ได้สังเกตจากตัวแบบ น่าจะลดความวิตกกังวลในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

6. บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล มุ่งส่งเสริมให้สามารถควบคุม ลด และขจัดความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ กิจกรรมที่พยาบาลควรจะให้ความช่วยเหลือ เช่น

6.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมั่นคงปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพควรเป็นรายบุคคล พูดคุยด้วยกิริยาที่สงบ น้ำเสียงมั่นคง ภาษาสั้นกะทัดรัด เข้าใจง่าย สื่อสารข้อมูลที่ต้องการตามความจำเป็น ควบคุมความรู้สึกของพยาบาลไม่ให้เกิดความกังวล ซึ่งจะส่งผลถึงผู้อื่นได้ อาจแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อแสดงความเข้าใจ เช่น การจับมือ ตบเบา ๆ ที่แขน

6.2 ส่งเสริมให้ผู้กังวลสามารถควบคุมหรือลดความกังวลด้วยตนเอง ด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในการฝึกจะมีหลายวิธีซึ่งสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวเอง การควบคุมการหายใจ การทำสมาธิ การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น ทำสวน ทำการฝีมือ ทำอาหาร ทัศนอาจร ทำบุญ พร้อมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ อธิบายให้สามารถแยกแยะประเด็นของสาเหตุความกังวล และประโยชน์ของการใช้กลวิธีในการลดความวิตกกังวลด้วยตัวเอง

6.3 ส่งเสริมให้เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินสาเหตุและเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดความกังวลมากขึ้น รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมที่พยายามลดวิตกกังวล ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก การกระตุ้นให้ประเมินความกังวลของตัวเอง เชื่อมโยงความกังวลกับความคาดหวังให้เกิดการยอมรับและตระหนักถึงความต้องการแก้ปัญหา

6.4 กรณีที่มีความกังวลในระดับสูงหรือรุนแรง ควรอยู่เป็นเพื่อนและช่วยเหลือให้สงบ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ามั่นคง ปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว ทำทางพยาบาลสงบมั่นคง อบอุ่นและหนักแน่น ใช้ประโยคสั้น ๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบมากที่สุด ค้นหาความต้องการของผู้กังวลและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม สังเกตและบันทึกพฤติกรรมเพื่อติดตามการประเมิน

6.5 จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อลดความกังวล การออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่ม การสร้างจินตภาพ การสะกดจิต การนวด การเปลี่ยนสถานที่หรือสถานการณ์

6.6 บรรเทาโดยการให้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า antianxiety agents หรือ anxiolytics drug ในปัจจุบันยังไม่ตัวยาใดที่ใช้เป็นยาต้านความวิตกกังวลที่ได้ผลดีเนื่องจากยาแต่ละตัวก็มีข้อเสียไม่มากนักน้อย

การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต หากไม่แสวงหาวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาแก้ไขหรือลดความวิตกกังวล จะมีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจและการปรับตัว สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เนื่องจากการลดความวิตกกังวลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมากเกินปกติแล้ว ร่างกายจะมีการตอบสนอง และแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ออกมาดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการลดความวิตกกังวล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่มีการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เนื่องจากวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง มีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้มีอิทธิพลต่อการดึงดูดความสนใจและโน้มน้าวใจของผู้สังเกต ให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบและจดจำไปปฏิบัติต่อได้เป็นอย่างดี โดยให้ผู้ดูแลสังเกตเกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่านตัวแบบวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งสามารถเน้นจุดสำคัญของการปฏิบัติให้เด่นชัด ประกอบกับการได้ยินเสียงและได้เห็นภาพย่อมอยู่ในความทรงจำได้ดีขึ้น (สมหญิง เจริญจิตกรรม, 2529) จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เข้าใจ

เนื้อหาได้ในเวลาอันสั้น เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจดีย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ และพร้อมจะปฏิบัติตามด้วยความรู้สึกละอ่อนคลาย (โสภา กรรณสูตร, 2542) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวล

นาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 10 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบคู่สมรสของผู้ป่วย 2 ครั้งและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พนมพร เกษะนันท์ (2538) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของบิดา มารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาที่พานบุตรมาผ่าตัดแบบไปกลับที่โรงพยาบาลเด็ก กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ผลการทดลองพบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และความวิตกกังวลก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ดำเนินการทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 3 ครั้งใน 3 วันและให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าหลังให้โปรแกรม เพื่อลดความวิตกกังวลในรูปแบบต่าง ๆ พบว่าความวิตกกังวลสามารถลดลงได้ทันที เมื่อวัดความวิตกกังวลหลังการทดลองเสร็จสิ้น

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ในการปรับพฤติกรรม

รานี พรมานะจรัสกุล (2537) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เฉพาะเพศหญิง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบที่เป็นสไลด์ประกอบเสียงจำนวน 2 ชุด โดยดูสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ครั้งละหนึ่งชุดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 3 ให้ดูทั้ง 2 ชุด ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนปกติ ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทนา นุ่นงาม (2542) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด จำนวน 19 ราย ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ จำนวน 3 ชุด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จินตนา ตรีเงิน (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและมีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่า ก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและมีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมีความวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับ สุขศึกษา ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สุพิชญา นุทกิจ (2546) ศึกษาผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบ สัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสตรีที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 34 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 17 คน กลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์เนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อ อู้งเชิงกรานในสัปดาห์แรก ก่อนการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานในสัปดาห์ที่ 1-6 ส่วนกลุ่ม ควบคุมได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการทดลอง พบว่า ความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดการด้าน พฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และความรุนแรงของอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤษณะกมล วิจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่ง ตนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดย ส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการชมวีดิทัศน์ ที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยตัว แบบในสื่อเป็นผู้ป่วยสูงอายุชาวล้านนาที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผลการวิจัยพบว่า คะแนน เฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตนโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .05

8. โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์

การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะ การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 4 คน ต่อ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

8.1 กระบวนการตั้งใจ บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจ ในขั้นนี้ผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ด้วยทำที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาใน การดูแลผู้ป่วย และรับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความเห็นใจ กระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือและ อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลไว้วางใจ เกิดทัศนคติที่ดีและเห็น ถึงความจำเป็นของการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

8.2 กระบวนการเก็บจำ บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบแล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย เป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวีดิทัศน์ในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ หลังชมวีดิทัศน์พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ การที่ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนก็สามารถปฏิบัติกรดูแลได้เช่นเดียวกับตัวแบบและลดความวิตกกังวลลง ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที

8.3. กระบวนการกระทำ เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ ในขั้นนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือปฏิบัติไม่ได้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้และลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

8.4. กระบวนการจูงใจ การที่บุคคลคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบที่ผลลัพธ์น่าพอใจก็จะเกิดการเลียนแบบ ในขั้นนี้เมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะและสามารถปฏิบัติได้พยาบาลให้กำลังใจ ชมเชย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับพยาบาลให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เป็นการสิ้นสุดกิจกรรม

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 หรือ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และมีขั้นตอนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล ดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ เป็นระยะที่เตรียมกลุ่มตัวอย่างให้มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ทักษะการดูแล โดยอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลในการดูแล กระตุ้นให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการดูแล ที่ได้จากการสังเกตสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันเป็นตัวแบบ ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

2) กระบวนการเก็บจำ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวิถีทัศน์ โดยการชมวิถีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันการภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ หลังชมวิถีทัศน์พยาบาลเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ หรือดูไม่ทันเพื่อให้ผู้ดูแลจดจำทักษะการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 หรือ 3 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) กระบวนการกระทำ กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ดูวิถีทัศน์ซ้ำเมื่อปฏิบัติไม่ได้หรือต้องการทบทวนทักษะการดูแลพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือปฏิบัติไม่ได้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4) กระบวนการจูงใจ เป็นระยะสิ้นสุดการฝึกทักษะการดูแล พยาบาลให้การเสริมแรงโดย ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้ทบทวนทักษะปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความวิตกกังวลในการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

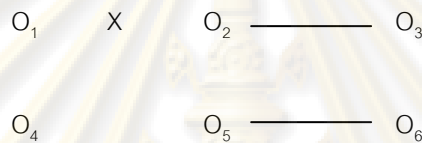
ครั้งที่ 3 ก่อนกลับบ้าน ติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

ความวิตกกังวลของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือด
สมอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2552 จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน (Polit & Hungler, 1999)



- X หมายถึง การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล
- O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง
- O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองทันที
- O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนกลับบ้าน
- O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₅ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₆ หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม 2552 จำนวน 40 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. มีความกังวลในระดับปานกลาง ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (State Anxiety Inventory Form X – 1) ได้คะแนนระหว่าง 40 - 59 คะแนน
4. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้น้อย ถึงปฏิบัติได้ปานกลาง
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit & Beck, 2004) เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพร้อมทั้งตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแล หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกันที่สุดในด้าน เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจับคู่แล้วเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการนำฉลากที่ระบุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1977, 1986) เป็นฐานแนวคิดในจัดทำเครื่องมือ มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ตัวแบบวีดิทัศน์ มีความยาวของสื่อวีดิทัศน์ 20 นาที มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1.1 ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการผลิตสื่อวีดิทัศน์

1.1.2 การสร้างตัวแบบ เป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอเรื่องราวจากการที่ต้องรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจนมีความสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) ถ่ายทำในสถานที่ที่เป็นหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2) ใช้การแสดงระหว่าง พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามบทการกำกับการแสดงที่กำหนดไว้

3) นำเสนอทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องการ ดูแลกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ เช็ดตัว แปรงฟัน การแต่งตัว การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นลงจากเตียง การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การสัมผัส โอบกอด การชมเชย ให้กำลังใจ

1.1.3 ดำเนินการสร้างตัวแบบ

1) ผู้วิจัยวางแผนเขียนบทวีดิทัศน์ตามกระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบวีดิทัศน์ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกต เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจ และตั้งใจดูสื่อวีดิทัศน์ ทำให้เกิดกระบวนการตั้งใจและกระบวนการเก็บจำ

2) เขียนโครงเรื่องและเขียนบทสำหรับถ่ายทำ (video scrip) เล่าเรื่องราวของผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จนมีความสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มั่นใจ สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตัวแบบได้รับคำชมเชย และไม่วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการจูงใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแล

3) ถ่ายทอดบทวีดิทัศน์ ให้ผู้จัดทำสื่อวีดิทัศน์เข้าใจตรงกัน

- 4) จัดเตรียมนักแสดง ชักซ้อมบทให้เข้าใจตรงกัน และนัดวันถ่ายทำวีดิทัศน์
- 5) จัดเตรียมสถานที่ถ่ายทำ และอุปกรณ์ประกอบฉาก และเริ่มถ่ายทำ
บันทึกเทปเป็นตอน ๆ จัดรูปแบบสถานการณ์ให้เหมือนจริงมากที่สุด
- 6) จัดเตรียมผู้บรรยาย และชักซ้อมเนื้อหาในบทบรรยาย
- 7) หลังถ่ายทำเสร็จแล้วนำภาพที่ได้มาตัดต่อให้สมบูรณ์ และบรรยาย
ภาพประกอบ พร้อมบันทึกเสียงบรรเลงและเสียงดนตรีตามเนื้อหาในภาพและบทวีดิทัศน์ จนได้
วีดิทัศน์เสร็จสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิอีกหนึ่งท่าน ให้เพิ่มเติมเนื้อหาในบทวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ในเรื่องการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจึงดำเนินการสร้างสื่อวีดิทัศน์

2. ผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์และสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโสตทัศนศึกษา ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการผลิตสื่อวีดิทัศน์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมตลอดจนขั้นตอนการถ่ายทำตัดต่อสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มรายละเอียดของภาพเพื่อให้สื่อความหมายได้ชัดเจนและปรับระดับเสียงให้ดังเท่ากันในแต่ละฉาก ผู้วิจัยจึงนำสื่อวีดิทัศน์ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ดูแลเข้าใจเนื้อหาในบทวีดิทัศน์ สามารถสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของตัวแบบในวีดิทัศน์ได้ชัดเจน ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด และสามารถนำไปใช้ดำเนินการวิจัยต่อไปได้

1.2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.2.1 การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 ดำเนินการสร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ใช้บททวนทักษะการดูแลผู้ป่วย ภายหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ส่วนผู้ทรงคุณวุฒิอีกหนึ่งท่าน ให้ปรับขนาดตัวหนังสือในคู่มือให้ใหญ่ขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยนำคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ดูแลเข้าใจเนื้อหาในคู่มือได้ดี ตัวหนังสือและภาพชัดเจน สามารถนำไปใช้ดำเนินการวิจัยต่อไปได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เพศ อาชีพ บทบาทในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีส่วนที่บันทึกคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งวัดโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแล เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger et al (1970) ที่เรียกว่า State Anxiety Inventory Form X – 1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสัยสุข (2524) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงกันข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน มีการแปลค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 1 - 19	แสดงว่า	ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน 20 - 39	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลน้อย
คะแนน 40 - 59	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 60 - 80	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ในส่วนของคำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเกี่ยวกับระดับการศึกษา จากตัวเลือกที่ระบุว่า “อื่น ๆ” ให้เปลี่ยนเป็น “ไม่ได้เรียนหนังสือ” ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อติดตามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล โดยนำมาวิเคราะห์ว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง มากน้อย เพียงใด โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 35 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ	0 คะแนน

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 70 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
1 - 41	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
42 - 56	ร้อยละ 60 - 80	ระดับปานกลาง
57 - 70	มากกว่า ร้อยละ 80	ระดับมาก

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าหรือเท่ากับ 57 คะแนนจากคะแนนเต็ม 70 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองผู้วิจัยจะทบทวนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล และร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นโดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้อง ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อ และการแปลความหมายของคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความให้สื่อความหมายชัดเจนยิ่งขึ้นและตัดคำที่สื่อความหมายซ้ำซ้อนในแบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงของเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยนำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของสื่อวีดิทัศน์ที่ได้พัฒนาขึ้น สำหรับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย แผ่นซีดี เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โทรทัศน์สี 1 เครื่อง และเครื่องเล่นดีวีดี 1 เครื่อง พร้อมทั้งติดต่อกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย เพื่อขอใช้ห้องประชุมประจำตึกอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย ในการให้ผู้ดูแลได้ชมวีดิทัศน์

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยใน เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1 กลุ่มทดลอง

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หรือ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นกันเอง แจ่มแจงวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล แล้วจึงดำเนินการกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ตามกระบวนการดังนี้

- 1) กระบวนการตั้งใจ เป็นระยะที่เตรียมกลุ่มตัวอย่างให้มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ทักษะการดูแล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นกับผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง เปิดโอกาสให้

ผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้น รับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความสนใจ กระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแล พบว่าผู้ดูแลต่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี พร้อมทั้งแสดงท่าทางสนใจและกระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

2) กระบวนการเก็บจำ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวีดิทัศน์โดยการชมวีดิทัศน์ มีความยาว 15 นาที เกี่ยวกับทักษะการดูแลในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งผู้ดูแลสนใจและตั้งใจสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของตัวแบบจากวีดิทัศน์เป็นอย่างดี หลังชมวีดิทัศน์พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอย่างซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจหรือไม่ทันต้องการดูซ้ำเพื่อให้ผู้ดูแลได้จดจำทักษะการดูแลผู้ป่วยจากตัวแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลสามารถติดตามสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของตัวแบบได้อย่างเข้าใจ และไม่ต้องดูวีดิทัศน์ซ้ำ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายวันและเวลาแก่ผู้ดูแล เพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้เห็นจากตัวแบบวีดิทัศน์ โดยได้นัดหมายผู้ดูแลในวันถัดไป ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 หรือ 3 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อ ตามกระบวนการขั้นต่อไป คือ

3) กระบวนการกระทำ ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ ตามที่ได้เห็นจากตัวแบบในวีดิทัศน์ พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ดี คือ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ เช่นการ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การจัดท่านั่ง ท่านอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การช่วยออกกำลังกายแขนขา รวมทั้งการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีการฝึกซ้ำได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้ และจากเก้าอี้ไปยังเตียง เนื่องจากผู้ดูแลไม่มั่นใจ กลัวเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และการให้อาหารและยาทางสายยางให้อาหาร ผู้วิจัยจึงช่วยแนะนำวิธีที่ถูกต้อง และช่วยเหลือดูแลการฝึกทักษะอย่างใกล้ชิด จนผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้องและมั่นใจ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4) กระบวนการจูงใจ เมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการดูแลและสามารถปฏิบัติได้พยาบาลให้กำลังใจ ชมเชย เป็นการเสริมแรงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง พร้อมกับให้คู่มือการดูแลโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนทักษะปฏิบัติในการ

ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลว่านอกจากจะมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้นแล้วยังมีความภาคภูมิใจในตนเองและคิดว่าสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เหมือนกับที่ได้เห็นจากตัวแบบ และจะนำทักษะการดูแลที่ได้รับการฝึกไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อไป หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลหลังการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (ก่อนกลับบ้าน)

หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิดีโอทัศน์สำหรับผู้ดูแล และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยตามที่ได้รับฝึกทักษะการดูแลผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ดูแลทุกวัน ทบทวนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ติดตามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลตามที่ได้ฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิดีโอทัศน์ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อแพทย์วางแผนการจำหน่าย ก่อนกลับบ้านผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

5.2 กลุ่มควบคุม

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หรือ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการใช้เวลา 15 - 20 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 หรือ 3 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

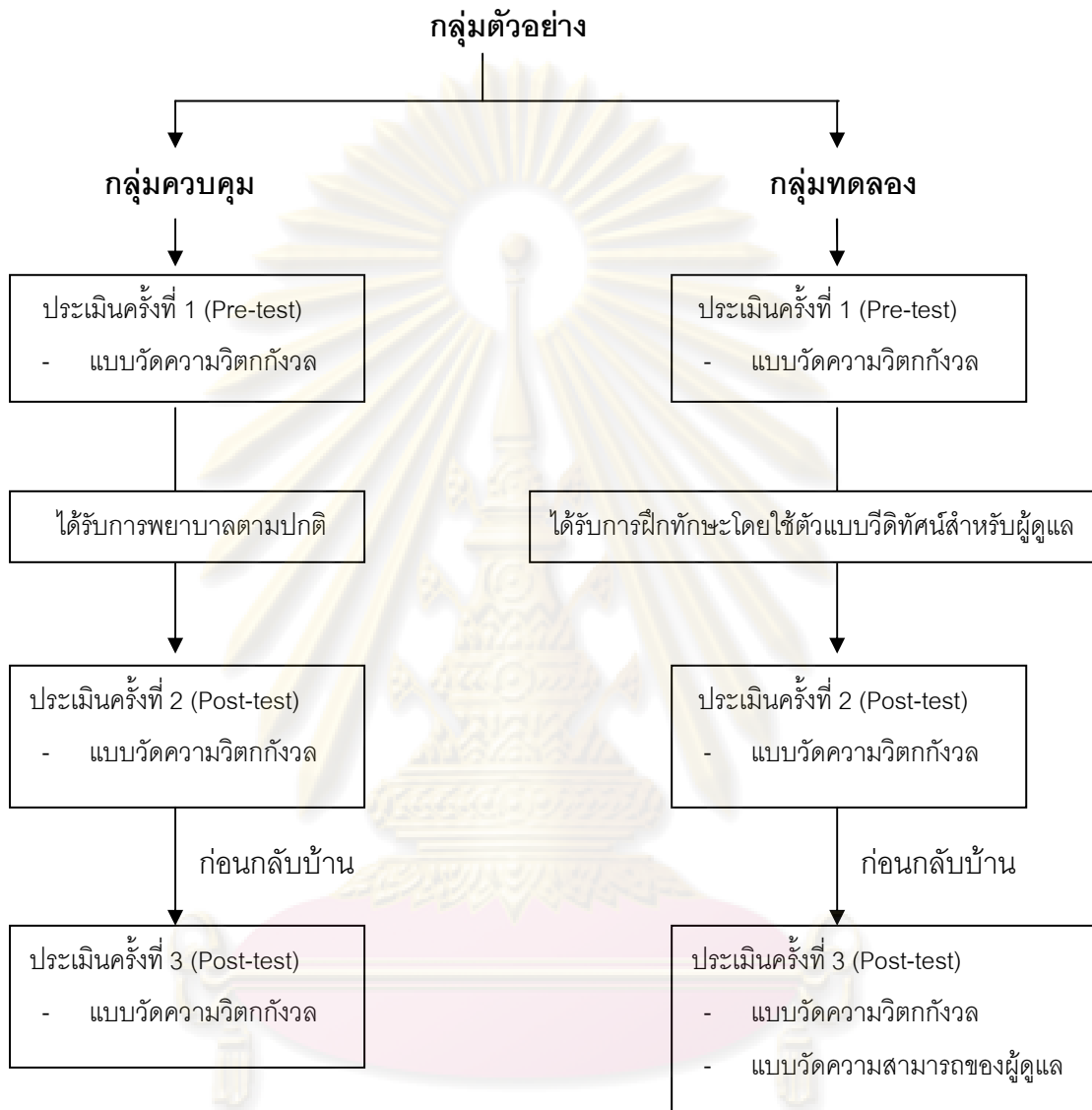
ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญใช้เวลา 15 - 20 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (ก่อนกลับบ้าน)

หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัย สามารถแจ้งโดยตรงกับผู้วิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ

จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (patient/participant information sheet) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)
2. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลอง หลังทดลอง และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวกรณีการวัดซ้ำ (Repeated Measures One - way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธี Scheffe'
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และก่อนกลับบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน มีนาคม 2552 จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและก่อนกลับบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และก่อนกลับบ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คุณลักษณะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	17	85.00	17	85.00	34	85.00
ชาย	3	15.00	3	15.00	6	15.00
อายุ (ปี)	$(\bar{X}=43.60, SD=11.83)$		$(\bar{X}=43.65, SD=12.32)$		$(\bar{X}=43.63, SD=11.94)$	
20 – 45	9	45.00	9	45.00	18	45.00
46 – 59	10	50.00	10	50.00	20	50.00
60 ปี ขึ้นไป	1	5.00	1	5.00	2	5.00
สถานภาพสมรส						
โสด	6	30.00	5	25.00	11	27.50
คู่	12	60.00	13	65.00	25	62.50
หม้าย/หย่าร้าง	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ศาสนา						
พุทธ	20	100	17	85.00	37	92.50
คริสต์	-	-	2	10.00	2	5.00
อิสลาม	-	-	1	5.00	1	2.50
อาชีพ						
ค้าขาย	5	25.00	4	20.00	9	22.50
เกษตรกรรม	4	20.00	8	40.00	12	30.00
รับจ้าง	8	40.00	5	25.00	13	32.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15.00	3	15.00	6	15.00

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50.00	9	45.00	19	47.50
มัธยมศึกษา	4	20.00	6	30.00	10	25.00
อนุปริญญา	3	15.00	2	10.00	5	12.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	15.00	3	3.00	6	15.00
รายได้ (บาท)	$(\bar{X} = 9550, SD=6320)$		$(\bar{X} = 10650, SD= 6141)$		$(\bar{X} = 10100, SD= 6176)$	
น้อยกว่า 5,000	2	10.00	1	5.00	3	7.50
5,000 – 10,000	12	60.00	12	60.00	24	60.00
มากกว่า 10,000	6	30.00	7	35.00	13	32.50
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี – ภรรยา	2	10.00	3	15.00	5	12.50
บุตร	13	65.00	11	55.00	24	60.00
พี่	1	5.00	-	-	1	2.50
น้อง	1	5.00	1	5.00	2	5.00
หลาน	2	10.00	3	15.00	5	12.50
สะใภ้	1	5.00	2	10.00	3	7.50

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุอยู่ระหว่าง 46 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับ

ผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือ เป็นสามี - ภรรยา และเป็น หลาน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 10

ผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุอยู่ระหว่าง 46 - 59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 และมีอายุ 60 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 65 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 55 เป็นสามี- ภรรยา และเป็นหลาน จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายข้างที่อ่อนแรง

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	12	60.00	10	50.00	22	55.00
ชาย	8	40.00	10	50.00	18	45.00
อายุ (ปี)						
60 - 69	6	30.00	7	35.00	13	32.50
70 - 79	5	25.00	3	15.00	8	20.00
80 ปีขึ้นไป	9	45.00	10	50.00	19	47.50
สถานภาพสมรส						
โสด	-	-	1	5.00	1	2.50
คู่	12	60.00	11	55.00	23	57.50
หม้าย/หย่าร้าง	8	40.00	8	40.00	16	40.00
บทบาทในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	9	45.00	11	55.00	20	50.00
สมาชิกในครอบครัว	11	55.00	9	45.00	20	50.00
สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง						
เลือดสมอง						
ตีบ/ตัน	16	80.00	17	85.00	33	82.50
แตก	4	20.00	3	15.00	7	17.50
ร่างกายข้างที่อ่อนแรง						
ขวา	7	35.00	9	45.00	16	40.00
ซ้าย	10	50.00	9	45.00	19	47.50
ทั้ง 2 ข้าง	3	15.00	2	10.00	5	12.50

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 55 และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน คิดเป็นร้อยละ 80 อ่อนแรงซีกซ้ายคิดเป็นร้อยละ 50

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 55 และสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน คิดเป็นร้อยละ 80 อ่อนแรงซีกซ้าย ขวาเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50

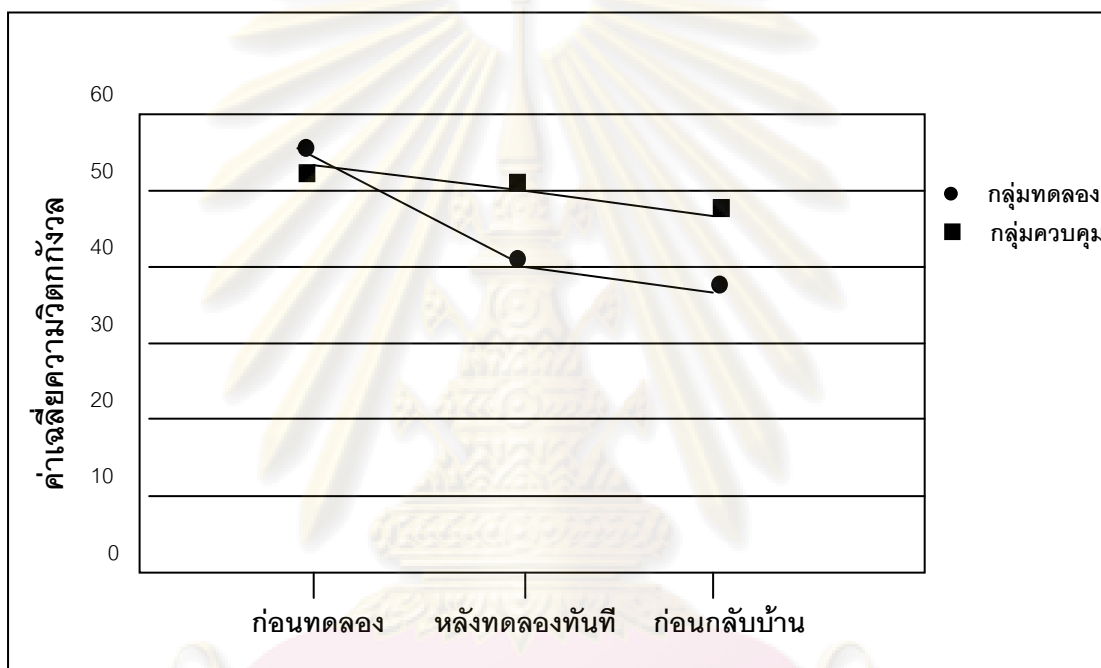
ส่วนที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน

ระยะเวลา	ความวิตกกังวล					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	\bar{X}	SD	ระดับความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	ระดับความวิตกกังวล
ก่อนได้รับการฝึก			ระดับ			ระดับ
ทักษะการดูแล	57.30	3.84	ปานกลาง	54.30	5.57	ปานกลาง
หลังได้รับการฝึก						
ทักษะการดูแล	43.60	3.61	ปานกลาง	50.60	6.11	ปานกลาง
ทันที						
ก่อนกลับบ้าน	39.80	3.33	น้อย	48.40	4.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 นำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และก่อนกลับบ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมานำเสนอเป็นกราฟดังนี้

ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนสำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน



จากตารางที่ 3 และกราฟนำเสนอค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนสำหรับผู้ดูแลมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 57.30$; $SD = 3.84$) หลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนสำหรับผู้ดูแลทันทีที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 39.80$; $SD = 3.61$) และก่อนกลับบ้านมีความวิตกกังวลระดับน้อย ($\bar{X} = 39.80$; $SD = 3.33$) จากการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศนสำหรับผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องมั่นใจ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนกลับบ้านลดลงอยู่ในระดับความวิตกกังวลน้อย ส่วนในกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 54.30$; $SD = 5.57$) หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 50.60$; $SD = 6.11$) และก่อนกลับบ้าน ($\bar{X} = 48.40$; $SD = 4.04$) มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ในทุกระยะ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและก่อนกลับบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันทีและก่อนกลับบ้าน (n = 20)

source	SS	df	MS	F-ratio
Subject	522.73	19	-	
time	3389.20	2	1724.10	301.3*
Subject X time	217.46	38	5.72	
Total	4129.40	59		

*P< .05

จากตารางที่ 4 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้านเท่ากันที่ระดับ .05 [$301.3 > .05$ $F(2,38) = 3.23$] และสมควรทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Scheffe' ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ด้วยวิธี Scheffe'

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล	ก่อนได้รับโปรแกรม (57.30)	หลังได้รับโปรแกรมทันที (43.60)	ก่อนกลับบ้าน (39.80)
ก่อนได้รับโปรแกรม	-	13.70*	17.50*
หลังได้รับโปรแกรมทันที		-	3.80*
ก่อนกลับบ้าน			-

(P<.05)

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ปรากฏว่าทุกการทดสอบมีค่ามากกว่าค่าสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล มากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันทีและมากกว่าก่อนกลับบ้านด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน (n=20)

source	SS	df	MS	F-ratio
Subject	1196.06	19	-	
time	355.60	2	177.80	16.34*
Subject X time	413.73	38	10.88	
Total	1965.39	59		

*P< .05

จากตารางที่ 6 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้านเท่ากันที่ระดับ .05 [$16.34 > .05$ $F(2,38) = 3.28$] และสมควรทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Scheffe' ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน ด้วยวิธี Scheffe'

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล	ก่อนได้รับการ พยาบาลตามปกติ (54.30)	หลังได้รับการ พยาบาลตามปกติ (50.60)	ก่อน กลับบ้าน (48.40)
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	-	3.70*	5.90*
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		-	2.20
ก่อนกลับบ้าน			-

(P<.05)

จากตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลรายคู่ของกลุ่มควบคุม ปรากฏว่า หลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ และก่อนกลับบ้าน คะแนนเฉลี่ยวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติและก่อนกลับบ้านค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และก่อนกลับบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลองหลังการทดลองทันทีและก่อนกลับบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที	57.30	3.84	1.98	.056
กลุ่มทดลอง				
กลุ่มควบคุม	54.30	5.57		
หลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที	43.60	3.61	- 4.41	.000
กลุ่มทดลอง				
กลุ่มควบคุม	50.60	6.10		
ก่อนกลับบ้าน				
กลุ่มทดลอง	39.80	3.33	- 7.33	.000
กลุ่มควบคุม	48.40	4.04		

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลอง ทั้งหลังได้รับการการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design) ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศูนย์สุราษฎร์ธานี ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม 2552 จำนวน 40 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีความกังวลในระดับปานกลาง ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (State Anxiety Inventory Form X – 1) ได้คะแนนระหว่าง 40 - 59 คะแนน
4. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้น้อย ถึงปฏิบัติได้ปานกลาง
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit & Beck, 2004) เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ (matched pair) โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพร้อมทั้งตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแล หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกันที่สุดในด้าน เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจับคู่แล้วเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการนำฉลากที่ระบุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1977, 1986) เป็นฐานแนวคิดในจัดทำเครื่องมือ มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ตัวแบบวีดิทัศน์ มีความยาวของสื่อวีดิทัศน์ 20 นาที มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1.1 ศึกษาค่าน้ำและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับทักษะการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการผลิตสื่อวีดิทัศน์

1.1.2 การสร้างตัวแบบ เป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอเรื่องราวจากการที่ต้องรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจนมีความสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) ถ่ายทำในสถานที่ที่เป็นหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2) ใช้การแสดงระหว่าง พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามบทการกำกับการแสดงที่กำหนดไว้

3) นำเสนอทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ เช็ดตัว แปรงฟัน การแต่งตัว การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นลงจากเตียง การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การสัมผัส โอบกอด การชมเชย ให้กำลังใจ

1.1.3 ดำเนินการสร้างตัวแบบ

1) ผู้วิจัยวางแผนเขียนบทวีดิทัศน์ตามกระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบวีดิทัศน์ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสังเกต เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจ และตั้งใจดูสื่อวีดิทัศน์ ทำให้เกิดกระบวนการตั้งใจและกระบวนการเก็บจำ

2) เขียนโครงเรื่องและเขียนบทสำหรับถ่ายทำ (video scrip) เล่าเรื่องราวของผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจนมีความสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มั่นใจ สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตัวแบบได้รับคำชมเชย และไม่วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการจูงใจและเสริมแรงแก่ผู้ดูแล

3) ถ่ายทอดบทวีดิทัศน์ ให้ผู้จัดทำสื่อวีดิทัศน์เข้าใจตรงกัน

- 4) จัดเตรียมนักแสดง ชักซ้อมบทให้เข้าใจตรงกัน และนัดวันถ่ายทำวีดิทัศน์
- 5) จัดเตรียมสถานที่ถ่ายทำ และอุปกรณ์ประกอบฉาก และเริ่มถ่ายทำ บันทึกเทปเป็นตอน ๆ จัดรูปแบบสถานการณ์ให้เหมือนจริงมากที่สุด
- 6) จัดเตรียมผู้บรรยาย และชักซ้อมเนื้อหาในบทบรรยาย
- 7) หลังถ่ายทำเสร็จแล้วนำภาพที่ได้มาตัดต่อให้สมบูรณ์ และบรรยายภาพประกอบ พร้อมบันทึกเสียงบรรยายและเสียงดนตรีตามเนื้อหาในภาพและบทวีดิทัศน์ จนได้วีดิทัศน์เสร็จสมบูรณ์

1.2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.2.1 การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 ดำเนินการสร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ใช้ทบทวนทักษะการดูแลผู้ป่วย ภายหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เพศ อาชีพ บทบาทในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีส่วนที่บันทึกคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งวัดโดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแล เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger et al. (1970) ที่เรียกว่า State Anxiety Inventory Form X – 1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศษภักดี สายฤดี วรกิจโกศาจร และมาลี นิสัยสุข (2525) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงกันข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก คะแนนรวมต่ำหมายถึง มีความวิตกกังวลน้อย

คะแนน	1 - 19	แสดงว่า	ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน	20 - 39	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลน้อย
คะแนน	40 - 59	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน	60 - 80	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลมาก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 35 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ	0	คะแนน

เกณฑ์ประเมินผลการกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 70 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
1 - 41	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
42 - 56	ร้อยละ 60 - 80	ระดับปานกลาง
57 - 70	มากกว่า ร้อยละ 80	ระดับมาก

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าหรือเท่ากับ 57 คะแนนจากคะแนนเต็ม 70 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะทบทวนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล และร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย บทวิถีทัศน์เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความครอบคลุม ความสอดคล้อง ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อ และการแปลความหมายของคะแนน จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้มาตรวจสอบความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน พร้อมทั้งนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 นำแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .89

2.2 นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความ .94

2.3 ผู้วิจัยนำบทวิดิทัศน์และสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านโสตทัศนศึกษา ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการผลิตสื่อวีดิทัศน์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสม ตลอดจนขั้นตอนการถ่ายทำตัดต่อสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 1 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 นำสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่และคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา ภาพ เสียงและภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยใน เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1 กลุ่มทดลอง

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระบายความวิตกกังวล ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองโดยใช้

แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแล และเริ่มโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล ตามกระบวนการดังนี้

1. กระบวนการตั้งใจ เป็นระยะที่เตรียมกลุ่มตัวอย่างให้มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ทักษะการดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย รับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความสนใจ กระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือ อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

2. กระบวนการเก็บจำ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวิถีทัศน์โดยการชมวิถีทัศน์เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ หลังชมวิถีทัศน์พยาบาลเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจหรือดูไม่ทันเพื่อให้ผู้ดูแลจดจำทักษะการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 – 40 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลตามกระบวนการขั้นตอนต่อไป คือ

3. กระบวนการกระทำ กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตใจ โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือปฏิบัติไม่ได้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

4. กระบวนการจูงใจ เมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะและสามารถปฏิบัติได้ พยาบาลให้กำลังใจ ชมเชย พร้อมกับให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลหลังการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที เป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (ก่อนกลับบ้าน)

หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลตามที่ได้ฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และประเมินความยั่งยืนของการจัดกระทำที่ให้ ซึ่งเป็นการติดตามความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

5.2 กลุ่มควบคุม

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ็งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ดูแล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการใช้เวลา 15 - 20 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญใช้เวลา 15 - 20 นาที

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (ก่อนกลับบ้าน)

หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในหอผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)
2. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และก่อนกลับบ้าน โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวกรณีการวัดซ้ำ (Repeated Measures One - way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการตรวจสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธี Scheffe'

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ต่ำกว่าก่อนการได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล หลังการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=177.86$) (ตารางที่ 4) เมื่อทดสอบหาความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า หลังการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($MD= 8.70$ และ 11.70 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาวาทิพย์ วงศ์พันธ์ (2545) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการเรียนจากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้วีดิทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธิ์ไทร ผลการวิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลประจำการ หลังการเรียนจากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้วีดิทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ดีกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกานต์ กาละ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ และโสเพ็ญ ชูนวน (2547) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอด ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อการฝึกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องไปฝึกครั้งแรกในแหล่งฝึกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยให้กลุ่มทดลองดูสื่อวีดิทัศน์การพยาบาลระยะคลอด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตัวด้วยตนเอง โดยการฝึกปฏิบัติที่ศูนย์การเรียนรู้อย่างตนเอง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้ฝึกปฏิบัติในห้องคลอดโดยใช้ชุดสื่อการสอนวีดิทัศน์ประกอบการเรียนรู้ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอด มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่มีการจัดการเรียนการสอนตามปกติ นอกจากนี้งานวิจัยได้

นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพด้านอารมณ์และความรู้สึก พบว่านักศึกษาในกลุ่มทดลองได้เห็นภาพรวมในการปฏิบัติงานในห้องคลอดจากสื่อวีดิทัศน์ ทำให้รู้สึกกังวลน้อยลง มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ลดความกลัว และลดความตื่นเต้นในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอด

การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ สามารถอธิบายได้ว่า สื่อวีดิทัศน์ เป็นที่สื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง ภาพเคลื่อนไหวที่เหมือนจริงและเสียงประกอบภาพจะช่วยเราประสาทสัมผัสของผู้เรียนได้หลายทาง ช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดีกว่าการสื่อสารผ่านประสาทสัมผัสทางเดียว (Robert et al., 1996) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสื่อวีดิทัศน์ เป็นสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสทางตา ร้อยละ 83 และทางหู ร้อยละ 11 (กิดานันท์ มลิทอง, 2536) การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การเรียนรู้โดยการสังเกต ตามทฤษฎีทางสังคม (social cognitive theory) ของ Bandura มาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้อัตว์แบบวีดิทัศน์

Bandura (1986) และ Bandura (1989) เสนอว่า พฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะคือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง และ 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยการเสนอตัวแบบอาจเป็นตัวแบบบุคคล หรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกระทบอย่างไร และการได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวก็ก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน โดยมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและความไว้วางใจ พยาบาลให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความสำคัญของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจ และตั้งใจจดจำการกระทำของตัวแบบที่ได้สังเกตจากสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ พร้อมทั้งฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้สังเกตจากตัวแบบทันที ก็จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น เพราะการฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้ดูแลได้ฝึกความสามารถของตนเองหลังการเรียนรู้ (Guilbert, 1976 อ้างใน สุริยา ชาติไทย, 2531) เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ก็สามารถสอบถามพยาบาลได้ทันที โดยพยาบาลให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน ซึ่งจะช่วยให้คลายความสงสัยและจดจำเนื้อหาต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ในระยะที่ผู้ดูแลให้การ

ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ จึงเป็นการทบทวนความรู้และความเข้าใจต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง โรงพยาบาลชมเชยให้กำลังใจ เป็นการเสริมแรงให้กับผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างให้มีความมั่นใจในการดูแล และนำทักษะการดูแลที่ได้รับ ไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติเพื่อทบทวนทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการติดตามประเมินความสามารถในการดูแลและความวิตกกังวลของผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีความต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลง โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันทีและก่อนจำหน่าย ต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา กล่าวได้ว่าผลการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยความวิตกกังวลหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่า ก่อนได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล เป็นวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองลงได้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล และก่อนกลับบ้านค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 43.60 (SD = 3.61 และ 39.80 (SD = 3.33) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 50.60 (SD = 6.11) และ ก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 48.40 (SD = 4.04) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้สังเกตเห็นเหตุการณ์ และการกระทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบอย่างใกล้ชิด (Bandura, 1997) เพราะสื่อวีดิทัศน์สามารถสังเกตได้ทั้งภาพและเสียง สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหา เพื่อทำความเข้าใจ หรือเมื่อดูไม่ทันต้องการดูซ้ำ และสามารถฝึกทักษะไปพร้อม ๆ กันได้ ดังเช่น การศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแล จะได้เห็นพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องนำไปปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีโอกาสฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ตามที่ได้สังเกตจากตัวแบบ โดยมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำช่วยในการฝึกทักษะ เมื่อทำไม่ได้หรือทำไม่ถูกต้องก็มีโอกาสได้ซักถามพยาบาล และฝึกปฏิบัติซ้ำเพื่อทบทวนความเข้าใจ จนสามารถทำได้ถูกต้อง การกระทำเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตจากสื่อวีดิทัศน์ได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ดูแลจึงสามารถตัดสินใจได้ว่าสิ่งใดควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางที่ดีขึ้น และมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ตรีเงิน (2543) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและมีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพิชญา นุทกิจ (2546) ที่ศึกษาผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสตรีที่มีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยกลุ่มทดลองได้ดูวีดิทัศน์เนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานใน 6 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้แล้วการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ยังเป็นการเพิ่มพูนความสามารถใน

การดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและจดจำขั้นตอนต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เมื่อนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหายจากโรคดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ สามารถปรับตัวกับความเครียดจากการดูแลได้ดีขึ้น และความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลดลง

จากที่ได้อภิปรายมา สามารถสรุปได้ว่าการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกทักษะการดูแล และช่วยเพิ่มความมั่นใจก่อนการฝึกทักษะการดูแล ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้กลุ่มทดลองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองลดลง ทั้งหลังการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันทีและก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล มีคะแนนความวิตกกังวลหลังการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลทันที และก่อนกลับบ้าน ต่ำกว่าก่อนการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล แสดงว่าการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล เป็นการฝึกทักษะที่ดีและมีความเหมาะสมในการใช้ฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวางใจพยาบาล และร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

1.2 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลในทุกช่วงเวลาของการศึกษา พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ดูแลและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด ก็ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงความวิตกกังวลของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลให้น้อยที่สุด และส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลให้ดีขึ้น โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการหาสาเหตุและประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด รวมทั้งมีการเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการโดยการสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เห็นคุณค่าในตัวเอง และเกิดแรงจูงใจที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

1.4 ควรมีการนำรูปแบบ การใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลไปใช้ในการฝึกทักษะการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำ โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์ ไปทดลองใช้ในการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลแตกต่างกัน เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด หากผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะในการดูแล จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล จะเป็นแนวทางการฝึกทักษะที่ดี โดยการวัดผลของการฝึกทักษะที่มีต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.2 ควรมีการทำวิจัย เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ประเภทอื่นๆ เช่น ตัวแบบบุคคล หรือตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่ออื่น ๆ ได้แก่ สื่อทางคอมพิวเตอร์ เช่น การนำสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไปใช้ในโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษณมณฑล วิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2536). เทคโนโลยีการศึกษาร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: เอดิสัน เพรสโปกส์.
- กิตติ ลีมอภิชชาติ. (2534). ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- กุลอนงค์ ฉัตรทอง. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อลดระดับความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อตลก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คะเนิงนิศย์ บุรีเทศน์. (2540). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 47 (3): 147 – 157.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุ่. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารึก ธานีรัตน์. (2544). ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ มานะสุกร. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา ตริเงิน. (2543). ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). **ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยสตรีที่มีปัญหาการดูดและการกลืน. **วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ.** (มกราคม-เมษายน). 11-18.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทเดอะเบสท์ กราฟฟิค.
- ชนิตา มณีวรรณและคณะ. (2538). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. **วารสารพยาบาล.** 43 (4): 236 - 244.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2528). **ผลของการใช้ตัวแบบในการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ก่อนการศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2535). **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ แก้ววรรณ. (2533). **ผลการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนา นุ่นงาม. (2542). **ผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นาฏยา เอื้องไพโรจน์. (2535). **ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา คชศิลา. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). **โรคหลอดเลือดสมอง Stroke.** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นุกูล ตะบูนพงศ์. (2537). **ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.** 14 (10 - 12): 1 - 12.

ฝ่ายเวชระเบียน. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (2550). **สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.**

พรทิพย์ พิมพ์สมานและคณะ. (2544). **การศึกษาความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานประสาทวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.** 1 (2):18 - 25.

พวงน้อย อรุณ. (2536). **ปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารจิตวิทยาทางคลินิก.** 24 (1): 46 - 53.

พาริดา อิบราฮิม. (2539). **ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

ยุพาพิน ประสานอธิคม. (2535). **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**
 ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี**
พยาบาลสาร. 2 (มกราคม – เมษายน): 84 - 93.

ราณี พรมานะจรัสกุล. (2537). **ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

รุจา ภูไพบูลย์. (2535). **ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล,** 41: 9 -19.

วชิระ อินทร์อุดม. (2539). **เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การผลิตวีดิทัศน์เพื่อการศึกษา. ขอนแก่น: ภาควิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

- วิภา อุดมฉันท. (2544). **การผลิตสื่อโทรทัศน์และสื่อคอมพิวเตอร์: กระบวนการสร้างสรรค์และเทคนิคการผลิต**. กรุงเทพฯ: บั๊คพอยท์.
- วิมลรัตน์ ภู่วรวุฒิพานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 12 (4): 33 -38.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar, R. และ Newens, A. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. **วารสารพญณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 1 (4): 15 – 24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). ทุกขภาวะของผู้ดูแล. **วารสารพญณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 4: 39 – 42.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13 (ตุลาคม – ธันวาคม): 76 - 87.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต. (2536). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหญิง เจริญจิตกรรม. (2529). **เทคโนโลยีทางการศึกษาเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- สันต ภิบาลสุข. (2538). **การใช้สื่อการสอน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พีระพัธนา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2544). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิ่งจำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2544). **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้สูงอายุไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้แลสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะ แนวทางนโยบายและการวิจัย**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพิชญา นุทกิจ. (2546). **ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุรศักดิ์ พุฒินิธิชัย. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภา กรรณสูตร. (2542). **การใช้ชุดสื่อประสมสำหรับผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2543). **การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพรสแอนด์กราฟิค จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: social cognitive theory.** Engle Wood Cliffs: Prentice – Hall.
- Barnett, K. (1972). **A Theoretical Construct of the Concepts of Touch as They Relate To Nursing.** *Nursing Research* 21 (2): 102 – 110.
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). **The barthel ADL index: Reliability study.** *Int Disabil Stud*, 10 (9), 61 - 63.
- Decker, P. J. & Nathan, B. R. (1985). **Behavior Modeling Training.** New York: Praeger Publisher.
- Donlon, B. C. (1999). **Theories of Aging.** In Stanley, and Beare, P. G. (eds.), *Gerontological nursing.* 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Eliopoulos, C. (2001). **Gerontological nursing.** 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Enterlante, T. M., & Kern, J. M. (1995). **Wives reported role changes following a husband's stroke; A pilot study.** *Rehabilitation Nursing.* 64: 61 – 64.

- Galameau, L. (1993). An interdisciplinary approach to mobility and safety education for Caregiver and stroke patients. **Rehabilitation Nursing**. 18 (3): 395 - 399.
- Grimm, P. M. (1997). Measuring anxiety. In S.M. Frank & S. J. Olsem (Eds). **Intruments for clinical health – care research**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). **Assessing older persons: Measures, meaning, and practical application**. New York: Oxford University Press.
- Kernich, C. A. (2001). **Management of clients with stroke**. In J. m. Black, J. H. Hawks, Keene (Eds.), **Medical - surgical nursing** (6 ed, pp1444-1453). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kneisl, C. R. (1996). **Stress, anxiety, and coping**. In Wilson, H. S. & Kneisl, C.R. (Eds.). **Psychiatric nursing**. 5th ed. California: Benjamin /Cummings Publishing.
- Kramer, B. (1993). Marital history and the prior relationship as predictors of positive and negative outcome among wife caregivers. **Family Relation**, 42: 367 - 375
- Legger, K. E. (1994). Dysphagia in the elderly stroke patient. **Journal of Neuroscience Nursing**. 26 (2): 78 – 84.
- Leventhal, H. & Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation development of the Theory of self-regulating. In Wooldridge, P. T., Schmitt, M. H., Leonard, R. C. and Skipper, J. K., eds. **Behavioral Science and Nursing Theory**. St Louis: The C. V. Mosby.
- Marti, G., and Pea, J. (1988). **Behavior modification: What it is and How to do it**. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Musolf, L. W. (1991). Easing the impact of the family caregiver' role. **Rehabilitation Nursing**, 16: 82 – 84.
- O' Conner, R. D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behavior Analysis** 2: 15 – 22.
- Phillips, L. R. (1998). Elder – Family caregiver relationship determining appropriate nursing interventions. **Nursing Clinic of North America** 24: 795 – 807.
- Phipps, M. A. (1991). Assessment of neurologic deficits in stroke: Acute care and rehabilitation implications. **Nursing clinics of north America**, 26: 957 – 970.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). **Nursing Research: Principles and methods** (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). **Behavior therapy :Technique and empirical findings.** 2 nd ed. New York: An Academic Press.
- Robinson, V. M. (1986). Humor is a serious business. **Dimension of critical care nursing** 5(3): 132 – 133.
- Rosenthal, S. G. Picuth, M., Greninger, L O., & Metress, E. S. (1993). Perceived need of wives of stroke patients. **Rehabilitation Nursing**, 18: 148 -153.
- Spielberger, D. C. (1972). **Anxiety as an motional state.** In D. C Spielberger (ed.), **Anxiety: Currwent trend in theory and research**, pp. 23 - 49. New York; Academic press.
- Spielberge, C. D. (1983). **The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological Issue in emotion.** New York: Ravan Press.
- Spielberger, C. D. (1983). **Manual for the state - trait Anxiety: Inventory (STAI) from Y: Self - evaluation questionnaire.** Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Stuart, G. W. & Sundeen. S. J. (1995). **Psychiatric nursing.** St. Louis: Mosby company.
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). **Maintaining caregivejng at home: A culturally: sensitive grounded theory of providing care in Thailand.** *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (3): 166 - 173.
- Suchman, A. L., Botelho, R. J., and Walker, P. H. (1998). **Partnerships in health care: transforming relation process.** New York: University of Rochester.
- Swindale , J. E. (1989). The nurse's role in giving pre – operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital elective minor surgery. **Journal of Advanced Nursing** 14: 899 – 905.
- Teri., L. et al. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problem checklist. **Psychology and Aging**, 7: 622 – 631.
- Thelander, B. L. (1997). The psychotherapy of hildegard peplau in the treatment people with serious mental illness. **Perspective in Psychiatric Care.** 33 (3): 24 – 32.
- Vacaroli, E. M. (1998). **Foundation of psychiatric mental health nursing (3rd ed.)** Philadelphia: W. B. Saunders.

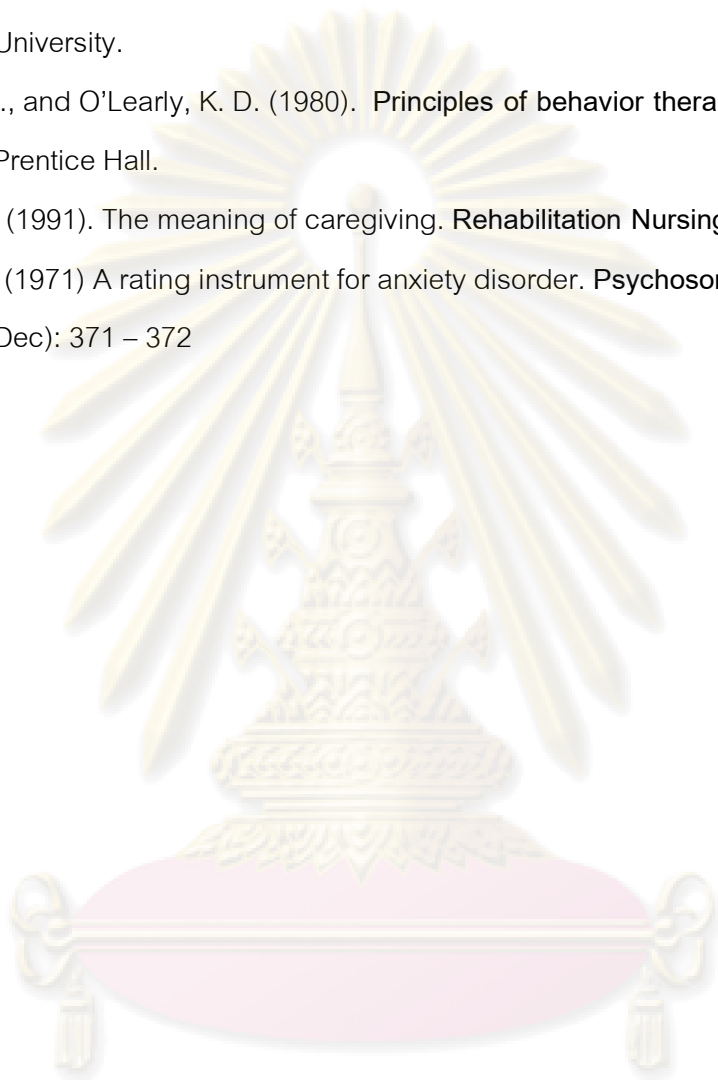
Wade, D. T., Legh - Smith, J., & Hewer, R. L. Skillbeek, C. E. (1986). Effects of living with and looking after survivors of stroke. *Britis Medical Journal*, 293: 418 - 420.

Whitmore, B. (1987). *Living with stress and anxiety*. Great Britain: Manchester University.

Wilson, G. T., and O'Learly, K. D. (1980). *Principles of behavior therapy*. New York: Prentice Hall.

Wood, F. G. (1991). The meaning of caregiving. *Rehabilitation Nursing*, 16 (4): 195 -198.

Zung, W. K. (1971) A rating instrument for anxiety disorder. *Psychosomatics*, 12 (Nov-Dec): 371 – 372



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
นายแพทย์ ธาณี ไบแก้ว	นายแพทย์ 8 สาขาประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ ธานี
ผศ.ดร.พิชญภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. พิลาศ เกี่ยมมี	อาจารย์ประจำภาควิชาเทคโนโลยีทาง การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาว ลินดา คล้ายปักซี่	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนีสุราษฎร์ธานี
นางสาว ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์	พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางสาว เตือนใจ ภักดีพรหม	พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ
หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ ๒๒๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยุทิศ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๒ พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

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

เนื่องด้วย นางนิตยา อินทร์ภักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลด้วยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จะขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ ธาณี ไบแก้ว | นายแพทย์ 8 สาขาวิชาประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม |
| 2. นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะ ไพบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN) |
| 3. นางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม | พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN) |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

นายแพทย์ ธาณี ไบแก้ว, นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะ ไพบูลย์

และนางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อ นิสิต

นางนิตยา อินทร์ภักดิ์ โทร. 08-1079-6446

ที่ศบ 0512.11/ ๑๑๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี

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

เนื่องด้วย นางนิตยา อินทร์ภักดิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางสาวลินดา คล้ายปิกมี พยาบาลวิชาชีพ 8 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตัวเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวลินดา คล้ายปิกมี

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์ โทร. 0-2218-9814

นางนิตยา อินทร์ภักดิ์ โทร. 08-1079-6446

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา อินทร์เกษียร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สุาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิลาศ เกื้อมี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิลาศ เกื้อมี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สุาสตร์ โทร. 0-2218-9814

ที่อนิสิต

นางนิตยา อินทร์เกษียร โทร. 08-1079-6446

ที่ ศษ 0512.11/ 00๖๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1๙ มกราคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางนิตยา อินทร์รักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้นิติศาสตร์จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนิตยา อินทร์รักษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน
งานบริการการศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิติ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาตย์ โทร. 0-2218-9814
นางนิตยา อินทร์รักษ์ โทร. 08-1079-6446



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/00๕๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2552

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนิตยา อินทร์ักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศุภิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814

ผู้สมัคร นางนิตยา อินทร์ักษ์ โทร. 08-1079-6446

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัย คือ นางนิตยา อินทร์

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า
ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่าน
ความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

ลงชื่อ

(นายทรงศักดิ์ เสรโรคม)

นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายประวิง เอื้อนัทธ)

ผู้อำนวยการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่ 4/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

โทร. (077) 272231 ต่อ2464, 2079 โทรสาร (077) 283257

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตก

กังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นางนิตยา อินทร์ักษ์ ที่อยู่ 81/100 ม.5 ต. บางกุ่ม อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจาก การวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
(นางนิตยา อินทร์ักษ์)

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

.....
()
พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางนิตยา อินทร์ภักดิ์ ตำแหน่ง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000
(ที่บ้าน) 81/100 ม.5 ต. บางกุ้ง อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 8400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-273231 ต่อ 2140; โทรศัพท์ที่บ้าน 077- 282525

โทรศัพท์มือถือ 081-0796446; E-mail: Nittaya.l@student.chula.ac.th

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล

2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับการรักษาทันทีในแผนกอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 ราย ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติการเข้ากลุ่มตัวอย่างและการจับคู่ โดยกำหนดคุณสมบัติการเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้น้อย ถึงปฏิบัติเองได้ปานกลาง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ การศึกษา

5. กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และมีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้รับในงานวิจัยอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด คือ

ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 วันที่ 1-2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ สัปดาห์ที่ 2 ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 วันที่ 1-2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผ่านตัวแบบวีดิทัศน์ ครั้งที่ 2 วันที่ 3 – 4 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมฝึกทักษะการดูแลตามที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ครั้งที่ 3 หนึ่งสัปดาห์หลังการทดลองก่อนผู้ป่วยจำหน่าย และสิ้นสุดการวิจัย

6. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติในการดูแลข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆ

8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางนิตยา อินทร์ักษ์ ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-0796446 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว โดยมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

10. คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างในการวิจัยจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

11. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

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

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

- 2.1 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- 3.1 วัตถุประสงค์เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 3.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับผู้วิจัย

ลำดับที่.....

วัน/เดือน/พ.ศ.

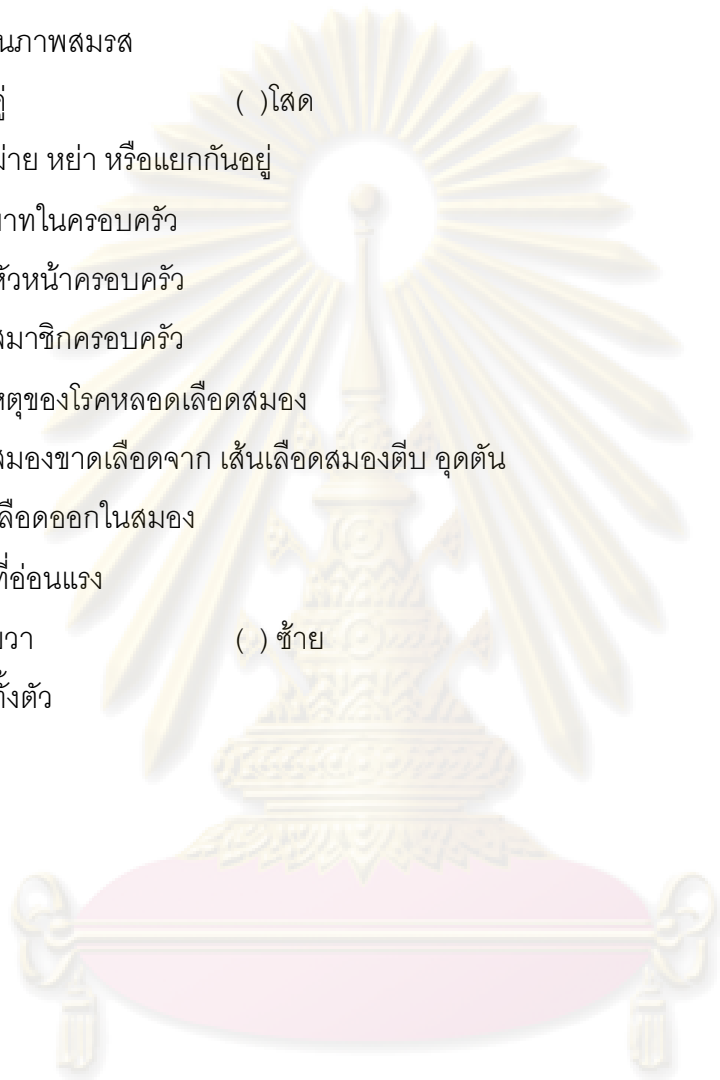
คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

I ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. เพศ
 - () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () คู่ () โสด
 - () ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา
 - () พุทธ () คริสต์
 - () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - () รับราชการ () ค้าขาย
 - () เกษตรกรรม () รับจ้าง
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
7. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - () สามี () ภรรยา
 - () บุตร () พี่/น้อง/หลาน/สะใภ้

II ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. เพศ
 - () ชาย
 - () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () คู่
 - () โสด
 - () ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่
4. บทบาทในครอบครัว
 - () หัวหน้าครอบครัว
 - () สมาชิกครอบครัว
5. สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
 - () สมองขาดเลือดจาก เส้นเลือดสมองตีบ อุดตัน
 - () เลือดออกในสมอง
6. ข้างที่อ่อนแรง
 - () ขวา
 - () ซ้าย
 - () ทั้งตัว



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (barthel ADL Index)

การให้คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

0-4 คะแนน	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาก (ต้องช่วยเหลือทั้งหมด)
5-8 คะแนน	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง)
9-11 คะแนน	อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง)
12 คะแนนขึ้นไป	สูงกว่าเกณฑ์ (พึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก)

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับเรียบร้อยต่อหน้า

- 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กไว้ล่วงหน้า
- 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ

2. การทำความสะอาดหลังตื่นนอน (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปเก้าอี้)

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) ต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนหรือดันขึ้นมานั่งจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

4. การใช้ห้องส้วม

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 ทำได้เองบ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองหลังเสร็จธุระ)
- 2 ช่วยตัวเองได้ (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดเรียบร้อย หลังเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ในบ้าน

- 0 เคลื่อนไปไหนไม่ได้
- 1 ต้องการใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินเคลื่อนที่ได้เอง

6. การแต่งตัว (สวมเสื้อผ้า)

- 0 ต้องการให้คนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ช่วยเหลือตนเองได้ รวบรวมละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

7. การขึ้น-ลงบันได

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องการใช้เครื่องช่วยเดินเช่น Walker จะต้องเอาขึ้น-ลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0 ต้องมีคนช่วย
- 1 อาบน้ำได้เอง

9. การกลั้นอุจจาระ

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งในสัปดาห์)
- 2 กลั้นได้ตามปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะ

- 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั้นได้ตามปกติ

รวมคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน.....คะแนน

1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- กลุ่ม ควบคุม ทดลอง
- Pre-test วันที่..... เวลา.....
- Post-test วันที่..... เวลา.....

คำชี้แจง: ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของตัวท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ให้ท่านเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ขณะนี้ให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- หมายเลข 1 หมายถึง **ไม่มีเลย** คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้
- หมายเลข 2 หมายถึง **มีบ้าง** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย
- หมายเลข 3 หมายถึง **ค่อนข้างมาก** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก
- หมายเลข 4 หมายถึง **มากที่สุด** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มากที่สุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่มีเลย 1	มีบ้าง 2	ค่อนข้างมาก 3	มากที่สุด 4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลกับเคราะห์ ร้ายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเรงเบิกบาน				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	เท่ากับ	0 คะแนน

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 35 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-70 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
1- 41	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับน้อย
42- 56	ร้อยละ 60 - 80	ระดับปานกลาง
57 -70	มากกว่า ร้อยละ 80	ระดับมาก

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องได้คะแนนแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าหรือเท่ากับ 57 คะแนนจากคะแนนเต็ม 70 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง แบบสอบถามข้างล่างนี้เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่าน

ลำดับ ข้อ	กิจกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล		
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง(1)	ไม่ปฏิบัติ (0)
1.	ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ/เช็ดตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
2.	ทำความสะอาดปาก ฟันช่องปาก อย่างน้อยวัน ละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
3.	สระผมให้ผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง			
4.	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ			
5.	จัดหาเสื้อผ้า สวมใส่ให้ผู้ป่วย ไม่ให้อับชื้น			
6.	•			
7.	•			
8.	•			
35.	เป็นสื่อกลาง เป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วยในการ ติดต่อสื่อสารกับแพทย์และบุคคลอื่น			

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 บทวิทัศน์เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เรื่องย่อ

นางสาว สมศรี อายุ 35 ปี พามารดาวัย 75 ปี มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ เป็นลม แขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ขณะเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลสังเกตเห็นว่า น.ส. สมศรีซักถามอาการของมารดาบ่อย ๆ และมีสีหน้าไม่สดชื่น พยาบาลจึงได้พูดคุย ซักถามปัญหา ได้รับคำตอบว่า ตนเองมีความวิตกกังวลในการให้การดูแลมารดา เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย ไม่มั่นใจ และไม่แน่ใจว่าการปฏิบัติต่อมารดาในการให้การดูแลจะเกิดผลเสียหรือมีผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่หรือไม่อย่างไร และกังวลว่าเมื่อมารดาได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ตนเองคงไม่สามารถให้การดูแลที่ดีแก่มารดาได้ พยาบาลจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย และให้น.ส.สมศรีฝึกการดูแลด้านต่าง ๆ จนมีความสามารถให้การดูแลได้ดี มีความมั่นใจในการดูแลมารดา น.ส.สมศรีรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ให้การดูแลมารดาอย่างดีเพื่อทดแทนบุญคุณ ปัจจุบันน.ส.สมศรีมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีความวิตกกังวลในการดูแลมารดาซึ่งป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอีกต่อไป

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
1	ภาพบรรยากาศการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทย ชาย- หญิง ที่กำลังทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ	เพลงบรรเลง ในปัจจุบัน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและวัยสูงอายุ เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งผู้สูงอายุยังคงสามารถที่จะดำรงชีวิตและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุข แต่เมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยจากร่างกายเสื่อมสภาพ อาการของโรคย่อมเป็นปัญหา และมีผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นับเป็นปัญหาต่อตัวบุคคล สังคมและผู้ให้การดูแล โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสูงและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลมาก คือโรคหลอดเลือดสมอง สื่อวิทัศน์นี้จะนำเสนอเกี่ยวกับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
2	ภาพจำลองศีรษะ เปิดให้เห็น สมองและหลอดเลือดในสมองทั้ง ที่ปกติและมีพยาธิสภาพของโรค หลอดเลือดสมอง	ประกอบไปด้วยการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การช่วยฟื้นฟูสภาพและการดูแลด้าน จิตใจ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหลังจากที่ท่านได้ดูสื่อ วีดิทัศน์นี้แล้ว ท่านจะเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล และสามารถฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยได้ใน ที่สุด เพลงบรรเลง โรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจาก หลอดเลือดใน สมองตีบ อุดตัน แตกทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมอง และขนาดของพยาธิสภาพ ถ้าเป็นน้อยอาจหายได้เอง ในเวลาไม่นาน ถ้าเป็นมากอาจเสียชีวิตหรือพิการได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบากแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เรียกว่า อัมพาต ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง คือ 1.ปัญหาทางสมอง ได้แก่ชัก ซึมลง สมองเสียหายที่ 2.ปัญหาทางกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ พูดลำบาก กลืนลำบาก สำลัก ปัสสาวะ ไม่ได้ ท้องผูก ปวดข้อและกล้ามเนื้อ แผลกดทับ 3.ปัญหาทางจิต เช่น เครียด หงุดหงิด วิตกกังวล น้อยใจ ซึมเศร้า ญาติหรือผู้ดูแล เป็นบุคคลสำคัญ ที่จะให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและ จิตใจให้กับผู้ป่วยได้

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
3	<p>ข้อความ การดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง</p> <p>- ภาพภายในหอผู้ป่วย มารดา ของ น.ส.สมศรีนอนอยู่บนเตียง น.ส.สมศรีกำลังเช็ดหน้าให้ มารดาด้วยท่าทางไม่มั่นใจสีหน้า ท่าทางวิตกกังวล พยาบาลเข้ามา ให้การพยาบาล ทักทายผู้ป่วย และ น.ส.สมศรี</p>	<p>บทสนทนา</p> <p>พยาบาล สวัสดิ์ค่ะ เข้านี้เป็นอย่างไรบ้าง หน้าตา ไม่ค่อยสดชื่นเลย</p> <p>น.ส.สมศรี สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันกำลังจะเช็ดตัวให้แม่ แต่ เช็ดลำบากเหลือเกินเพราะแม่ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ค่อยได้ ดิฉันไม่แน่ใจว่าปฏิบัติ ถูกต้องหรือไม่และถ้าเมื่อไหร่ที่คุณหมอ ให้แม่กลับบ้าน ดิฉันคงไม่สามารถดูแล แม่ได้เพราะดิฉันไม่เคยดูแลผู้ป่วยมา ก่อน</p>
4	<p>ข้อความ การดูแลกิจวัตร ประจำวัน</p> <p>- ภาพ น.ส.สมศรี กำลังให้การ ดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย โดยมีพยาบาลคอยดูแล</p> <p>- ภาพการทำความสะอาดในช่อง ปาก</p> <p>- ภาพการใช้หมอนอนและภาพ ผู้ป่วยเดินเข้าห้องน้ำที่มีราวเกาะ</p>	<p>ใจเย็น ๆ ค่ะ ไม่เป็นไร เดี่ยวพยาบาลจะ แนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและคุณ จะ</p> <p>ได้เริ่มฝึกการดูแลในด้านต่าง ๆ ในวันนี้ เลยค่ะ</p> <p>ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลควร ระลึกไว้เสมอว่าความสามารถและศักยภาพแต่ละคน ในการทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เหมือนกัน ต้องคอย กระตุ้น ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วย ภาคภูมิใจและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด</p> <p>- การดูแลความสะอาดในช่องปาก อาจใช้สำลี หรือ ใช้ด้ามช้อนพันผ้ากอซให้หนาและนุ่ม ชุบน้ำเกลือเช็ด ช่องปาก พัน และลื่นให้สะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง</p> <p>- การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลไม่ให้ท้องผูก โดย รับประทานอาหารมีกากใย ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน ฝึก ขับถ่ายให้เป็นเวลาอาจใช้หมอนอนหรือ จัดห้องส้วม ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีราวเกาะ</p>

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
	<p>- ภาพการใช้แผ่นรองเข็มซับ และ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและภาพแสดง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวน ปัสสาวะ</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรีเช็ดตัวผู้ป่วย</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรีช่วยผู้ป่วยแต่งตัว</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรีให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยตามขั้นตอน</p>	<p>- การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจกลั้น ปัสสาวะไม่ได้ หรือมีปัสสาวะคั่งค้างเนื่องจากถ่าย ออกไม่หมด เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ ควรควบคุมการดื่มน้ำ ไม่เกิน 2,000 ซีซีต่อวัน ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ผู้ดูแลอาจใช้แผ่นรองเข็มซับ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้ และเปลี่ยนเมื่อชุ่ม โดยทำความสะอาด สะอาดด้วยวะขับถ่ายก่อนเปลี่ยนผ้าอ้อมขึ้นใหม่ทุกครั้ง</p> <p>การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ต้องทำความสะอาด สะอาดด้วยวะขับถ่าย เช้า - เย็นป้องกันการติดเชื้อ วางถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะป้องกันการ ไหลย้อนกลับ ดูแลไม่ให้สายหลุดตัน พับงอ</p> <p>- การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลเช็ดตัวให้ใน รายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้โดยเช็ดใบหน้า แขน หน้าอก ท้อง ขา เข่ามือและเท้าในน้ำอุ่น ในรายที่ ช่วยเหลือตนเองได้บ้างควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำเอง ผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนที่เช็ดไม่ถึง</p> <p>การแต่งตัว การสวมเสื้อผ้า สอดแขนขาเข้าเสื้อ กางเกงข้างที่เป็นอัมพาตก่อนแล้วจึงสอดแขนขาด้ำน ดีเข้าไปในเสื้อและกางเกงอีกข้าง</p> <p>การให้อาหารทางสายยาง อาหารทางสายยาง ได้แก่ 1)ประเภทนม 2)อาหารทางการแพทย์ 3)อาหารผสม ปปรุงเอง วิธีให้อาหารทางสายยาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ล้างมือให้สะอาด - จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาป้องกันการอาหาร ไหลย้อนกลับลงหลอดลม - เช็ดปลายสายยางด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
5	<p>ข้อความการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรีพลิกตะแคงผู้ป่วย</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรี จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในท่าศีรษะสูง</p> <p>- ภาพน.ส.สมศรี ทำความสะอาดหลังซัปดาห์ผู้ป่วยและแสดงภาพถุงปัสสาวะที่อยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ</p>	<p>- ทดสอบปลายสายยางให้อยู่ในกระเพาะอาหาร</p> <p>- ให้อาหาร ยา น้ำตาม 50 ซีซี เพื่อล้างสาย</p> <p>- ปิดหัวสายยางด้วยฝักอกสะอาด</p> <p>ให้ผู้ป่วยนอนพักท่าศีรษะสูง 45 องศา นาน ครึ่งชั่วโมง ป้องกันอาหารไหลย้อนกลับของอาหาร</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แผลกดทับ ปอดบวมจากการสำลักอาหาร ปลายมือปลายเท้าบวม ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>- การป้องกันแผลกดทับทำได้ โดยพลิกตะแคงผู้ป่วยบ่อยๆ ทุกครึ่งชั่วโมง ใช้ลูกโป่งหรือถุงน้ำใสขนาดพอเหมาะรองบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงหรือบริเวณที่ผิวหนังเป็นรอยแดงหรือบริเวณที่มีปุ่มกระดูกแข็ง เช่น ส้นเท้า ก้นกบ สะโพก</p> <p>- การป้องกันปอดบวมจากการสำลักอาหาร ควรให้อาหารอ่อนถ้ามีลักษณะเป็นเส้น ชื่นยาวใหญ่ ควรตัดหรือหั่นให้เป็นชิ้นเล็ก จัดให้ผู้ป่วยรับประทานในท่าศีรษะสูง หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนปอดบวม จะมีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ให้รีบปรึกษาแพทย์</p> <p>- การป้องกันการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องรักษาความสะอาดหลังซัปดาห์ กรณีที่ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ต้องดูแลสายสวนและถุงปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และถุงปัสสาวะควรอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จะมีไข้ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่น ให้รีบปรึกษาแพทย์</p>

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
6	<p>ข้อความ การช่วยฟื้นฟูสภาพ</p> <p>- ภาพ น.ส.สมศรีกำลังจัดท่านอนให้ผู้ป่วย</p>	<p>การช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีจุดประสงค์ เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันแผลกดทับ - ป้องกันข้อติด กล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว - ป้องกันการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ - กระตุ้นให้กล้ามเนื้อมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น <p>การจัดท่าทางที่ถูกต้อง ได้แก่ ท่านอนหงาย หมอนไม่ควรสูงมาก ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง แขนเหยียดข้างลำตัว ข้อมือตรง คว่ำมือหรือหงายมือก็ได้ นิ้วมือเหยียดออก ขาเหยียดตรง มีผ้าขนหนูรองใต้เข่าให้เข้างอเล็กน้อยปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็กๆหรือถุงมือใส่น้ำ รองด้านข้างของข้อเท้าเพื่อให้เท้าตั้งตรง กันแผลกดทับที่ตาตุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ท่านอนตะแคงทับข้างดี ให้ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรง ควรมีหมอนรองใต้แขนตั้งแต่ต้นแขนจนถึงปลายแขน โดยแขนของผู้ป่วยยื่นไปข้างหน้า ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดออก สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรง มีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าจัดให้ข้อสะโพกและเข่าองประมาณ 30 องศาข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ - ท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรงให้ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย สะโพกและเข่าข้างดีมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรง หงายมือ ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดขวา เข่าองเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
	<p>- ภาพ น.ส.สมศรีช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย</p> <p>- ภาพ น.ส.สมศรีช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นลงเตียงและรถเข็น</p>	<p>การบริหารร่างกายและข้อมีข้อควรปฏิบัติ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนไหวข้อให้ผู้ป่วยควรทำซ้ำๆ - ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวปกติ - ทำในแต่ละท่าซ้ำๆ ทำละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ - ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆหรือในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้ - ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด <p>- การบริหารส่วนแขน ได้แก่ ยกแขนขึ้นและลง ทางแขนออกและหุบแขนเข้า หมุนข้อไหล่เข้าและออกงอข้อศอกเข้า และเหยียดออก กระจกข้อมือขึ้นและลง กำมือเหยียดมือ</p> <p>- การบริหารส่วนขาและสะโพกได้แก่ งอเหยียด ขาเข้าและข้อสะโพก หมุนข้อสะโพกเข้าและออกกางและหุบขาและข้อสะโพก การกระจกข้อเท้าขึ้นและลง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงลงรถเข็นและรถเข็นลงเตียง ต้องเคลื่อนย้ายไปข้างที่ดีเสมอ และต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือญาติผู้ป่วยจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดรถเข็นหรือเก้าอี้เท้าแขนวางทแยงมุมกับเตียงหันหน้าเข้าชิดทางแขน-ขา ข้างที่ดี ล็อครถเข็นก่อนเคลื่อนย้ายทุกครั้ง 2. โน้มตัวมาข้างหน้า ใช้มือข้างดียันขอบเตียง ดันตัวลุกขึ้นยืน นำหนักตัวอยู่บนขาข้างดี

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
7	<p>ข้อความ การดูแลด้านจิตใจ</p> <p>- ภาพ น.ส.สมศรีกำลังพูดคุยกับมารดาและ สัมผัสโอบกอด ด้วยความรัก ความห่วงใย</p>	<p>3. เอื้อมมือข้างดีมาจับพนักงานเก้าอี้หรือขอบของรถเข็นข้างนอก ค่อย ๆ หมุนตัวหันหลังให้เก้าอี้หรือรถเข็นแล้วหย่อนตัวลงนั่ง</p> <p>ส่วนการเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้มายังเตียงนอนมีลำดับขั้นตอนเช่นเดียวกัน</p> <p>หลักในการดูแลด้านจิตใจ</p> <p>- ให้การดูแลด้วยใจ มีจิตใจที่อยากให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ</p> <p>- ให้การดูแลด้วยความรัก และความปรารถนาดีแก่ผู้ป่วย</p> <p>ข้อปฏิบัติในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เวลาพูดควรชัด สั้น ง่าย เป็นประโยคสั้น ๆ 2. แสดงความเห็นอกเห็นใจ 3. สัมผัส โอบกอด 4. ให้รางวัล คำชม จูบ โอบกอด 5. หลีกเลี่ยงคำพูดที่ทำให้เสียใจ เสียขวัญและกำลังใจ 6. ไม่ทำโทษ หยิกตีและตำหนิ 7. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ต้องให้ความสนใจ ยอมรับสภาพของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการหัวเราะเยาะ พูดเสียดสี หากิจกรรมให้ทำ ให้กำลังใจและชมทุกครั้งที่ทำได้
8	<p>- ภาพ น.ส.สมศรี กำลังเตรียมตัวพามารดากลับบ้านหลังจากแพทย์จำหน่าย และพูดคุยกับพยาบาล ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส</p>	<p>บทสนทนา</p> <p>พยาบาล วันนี้ได้กลับบ้านแล้วนะ เป็นอย่างไรบ้าง คุณสมศรี คิดว่ากลับไปบ้านแล้วสามารถดูแลคุณแม่ได้ไหมคะ</p>

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
	- ภาพ น.ส.สมศรีไหว้และยิ้มสดชื่น แจ่มใส	<p>น.ส.สมศรี หลังจากดิฉันได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแล้วดิฉันไม่วิตกกังวลเรื่องการดูแลคุณแม่แล้วค่ะ และดิฉันมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลคุณแม่ได้เป็นอย่างดีเมื่ออยู่ที่บ้าน ขอขอบคุณค่ะ สวัสดิ์ค่ะ</p> <p>เพลงบรรเลง</p>



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 คู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ

คู่มือ

โรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและญาติ



ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

นางนิตยา อินทร์กัน

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .89

**** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	N of Variance	Std Dev	Variables
SCALE	52.7333	88.8920	9.4283	20

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ANX1	50.1333	84.0506	.3252	.8973
ANX2	50.2667	83.5126	.2950	.8990
ANX3	50.3667	80.4471	.6153	.8901
ANX4	50.3333	79.2644	.4452	.8960
ANX5	49.4667	79.9816	.4984	.8932
ANX6	50.9667	85.3437	.3072	.8972
ANX7	50.1000	75.6103	.7365	.8853
ANX8	49.6667	83.2644	.4470	.8944
ANX9	50.1333	80.3264	.6197	.8900
ANX10	49.3667	80.5161	.6096	.8903
ANX11	50.2000	78.5103	.6324	.8891
ANX12	50.5667	83.0816	.3365	.8976
ANX13	50.6667	79.4023	.6343	.8893
ANX14	50.7000	77.6655	.6652	.8879
ANX15	49.5333	80.5333	.6121	.8902
ANX16	49.8667	79.6368	.4580	.8951
ANX17	50.3000	80.4931	.4975	.8931
ANX18	50.7000	78.9759	.7362	.8870
ANX19	49.2333	82.8747	.4902	.8934
ANX20	49.3667	79.6885	.5921	.8904

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 20

Alpha = .8972

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อที่	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนฝึกทักษะ		หลังฝึกทักษะ ทันที		ก่อนกลับบ้าน		ก่อนฝึกทักษะ		หลังฝึกทักษะ ทันที		ก่อนกลับบ้าน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1	3.25	.71	2.35	.48	2.10	.44	2.70	.80	2.70	.57	2.75	.55
2	3.00	.91	2.60	.68	2.55	.68	2.30	.97	2.25	.91	2.05	.75
3	2.50	.51	2.05	.22	2.00	.00	2.50	.68	2.45	.68	2.40	.50
4	2.40	.75	2.15	.67	2.10	.64	2.50	1.10	2.60	.94	2.60	.88
5	3.40	.50	2.25	.55	2.05	.39	3.35	.81	3.30	.57	2.95	.39
6	2.15	.48	1.80	.41	1.75	.44	1.85	.58	2.00	.32	2.05	.39
7	2.45	.68	2.15	.48	2.05	.39	2.65	.81	2.70	.73	2.80	.61
8	3.35	.48	2.75	.44	2.45	.51	3.20	.61	3.00	.45	2.80	.41
9	3.10	.55	2.10	.30	1.85	.36	2.55	.51	2.60	1.60	2.45	.68
10	3.40	.59	2.95	.60	2.80	.61	3.35	.67	2.95	.51	2.85	.48
11	3.15	.74	2.05	.68	1.55	.60	2.60	1.09	2.40	.94	2.20	.69
12	2.45	.60	1.85	.67	1.35	.48	1.95	.82	2.05	.51	1.85	.58
13	2.10	.44	1.25	.44	1.10	.30	1.90	.71	1.70	.47	1.75	.55
14	2.30	.57	1.80	.41	1.65	.48	2.15	.93	1.95	.68	2.05	.51
15	3.65	.48	2.35	.48	2.00	.45	3.20	.61	2.90	.44	2.80	.61
16	3.10	.64	2.15	.67	1.85	.48	2.85	.93	2.50	.68	2.55	.60
17	2.65	.67	1.90	.44	1.90	.44	2.60	.75	2.45	.51	2.55	.51
18	2.35	.58	1.25	.44	1.00	.00	2.05	.82	1.55	.60	1.70	.47
19	3.60	.50	2.95	.51	2.80	.41	3.60	.50	3.30	.47	3.25	.44
20	3.45	.60	2.75	.44	2.55	.51	3.40	.50	3.25	.63	3.05	.39

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลรายบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนฝึก ทักษะ	หลังฝึกทักษะ ทันที	ก่อนกลับ บ้าน	ก่อนฝึก ทักษะ	หลังฝึกทักษะ ทันที	ก่อนกลับ บ้าน
1	57.00	41.00	39.00	45.00	39.00	42.00
2	55.00	45.00	41.00	56.00	49.00	49.00
3	48.00	38.00	37.00	47.00	49.00	50.00
4	58.00	42.00	38.00	46.00	46.00	46.00
5	48.00	40.00	39.00	56.00	53.00	50.00
6	58.00	44.00	40.00	50.00	49.00	47.00
7	59.00	39.00	34.00	50.00	48.00	47.00
8	60.00	43.00	38.00	63.00	56.00	55.00
9	54.00	45.00	38.00	60.00	54.00	52.00
10	61.00	46.00	40.00	62.00	57.00	50.00
11	59.00	43.00	38.00	52.00	47.00	44.00
12	58.00	40.00	38.00	53.00	43.00	41.00
13	54.00	40.00	38.00	58.00	51.00	50.00
14	57.00	43.00	42.00	49.00	46.00	43.00
15	59.00	44.00	41.00	53.00	51.00	47.00
16	61.00	50.00	48.00	52.00	69.00	57.00
17	60.00	52.00	46.00	58.00	51.00	48.00
18	59.00	48.00	45.00	57.00	52.00	51.00
19	62.00	46.00	39.00	64.00	54.00	51.00
20	59.00	43.00	37.00	55.00	48.00	48.00

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลโดยใช้ตัวแบบวิถีทัศน์สำหรับผู้ดูแล

คนที่	คะแนน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล	ร้อยละ
1	60	85.71
2	65	92.85
3	57	81.42
4	66	94.28
5	59	84.28
6	68	97.14
7	65	92.85
8	63	90.00
9	65	92.85
10	67	95.71
11	60	85.71
12	58	82.85
13	64	91.42
14	62	88.57
15	64	91.42
16	65	92.85
17	60	85.71
18	59	84.28
19	62	88.57
20	65	92.85

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนิตยา อินทร์ักษ์ เกิดเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2511 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ.2534 สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธาณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2541 ศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (ระยะเวลา 4 เดือน) พ.ศ. 2549 ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ พยาบาลประจำการโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2534 - 2542 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำการหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย