

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล



นางสาว อัญชลี ยศกรณ์

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING SUPPORT PROGRAM ON CAREGIVERS BURDEN OF STROKE PATIENTS

Miss Anchalee Yosakorn



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing science Program Adult Nursing

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2008
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

โดย

นางสาวอัญชลี ยศกรณ


สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

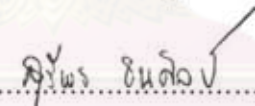
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

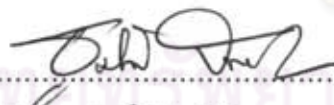
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุตักดี ชัมภลขิต)

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อัญชลี ยศกรณ์ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล. (THE EFFECT OF NURSING SUPPORT PROGRAM ON CAREGIVERS BURDEN OF STROKE PATIENTS) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 140 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาดำเนินการในสถาบันประสาทวิทยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ความเหมือนกันในเรื่องความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโปรแกรมนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล 2) การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล 3) การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินภาระการดูแล แบ่งเป็นภาระการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย วัดภาระการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง ส่วนภาระเชิงปรนัยวัดเฉพาะหลังการทดลอง แบบประเมินมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และเชิงปรนัยเท่ากับ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลเชิงอัตนัย และเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....ลายมือชื่อนิสิต..... อัญชลี ยศกรณ์.....
 ปีการศึกษา.....2551.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... สุวีพร ธนศิลป์.....

4977636936 : MAJOR ADULT NURSING

KEY WORD: STROKE PATIENTS / BURDEN / CAREGIVER

ANCHALEE YOSAKORN : THE EFFECT OF NURSING SUPPORT PROGRAM ON CAREGIVERS BURDEN OF STROKE PATIENTS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 140 pp.

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of nursing support program on caregivers burden of stroke patients. The sample consisted of 40 caregivers and 40 stroke patients who admission in Prasat Neurological Institute, Bangkok. The participants were matched by relationship of stroke patients into the control group and experimental group. The control group received conventional while the experimental group received the nursing support program. This program comprised of 4 sessions: 1) assessment ability of caregivers 2) identify needs of caregivers 3) education and supportive for caregivers, and 4) evaluation. The instrument for collecting data was the Caregiver Burden Scale that composed of 2 dimensions, the subjective burden and objective burden. Cronbach's alpha coefficient of subjective burden was .88 and objective burden was .81 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test (Dependent t-test, Independent t-test).

The major findings were as follows:

1. The mean scores of posttest on subjective burden of the experimental group was significantly lower than at pretest.
2. The mean scores of posttest on subjective burden and objective burden of the experimental group were significantly lower than those of the control group.

Field of study.....Adult NursingStudent's signature.....*Anchalee Yosakorn*.....
Academic year.....2008.....Principal Advisor's signature.....*Sureeporn Thanasilp*.....

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคหลอดเลือดสมอง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล.....	18
แนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	35
โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง.....	37
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43

บทที่	ช หน้า
3	การดำเนินการวิจัย..... 52
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 60
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 60
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 61
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 63
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 72
	สรุปผลการวิจัย..... 72
	อภิปรายผลการวิจัย..... 76
	ข้อเสนอแนะ..... 81
	รายการอ้างอิง..... 82
	ภาคผนวก..... 93
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 90
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายอนุญาตให้ใช้ เครื่องมือวิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลวิจัย..... 93
	ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง และหนังสือ อนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง..... 100
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 105
	ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 133
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 140

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว อวัยวะของร่างกายที่อ่อนแอ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	64
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	66
3	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเป็นภาวะหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง	68
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test....	70
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองและภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test	70
6	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม เพศและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	135
7	การทดสอบการแจกแจงของคะแนน ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	136
8	แสดงคะแนนรวม ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลอง.....	137
9	แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	138

ตาราง		หน้า
10	แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงปรณัยรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	139



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนทดลองและภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	69



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาลและมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกา และทำให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลรักษาในระยะยาวต่อไป (Grant et al, 2006) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงมาก (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 690: 100,000 คน (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการพยาบาลพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้การรักษาและการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่กลับมีความพิการอย่างถาวรช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความพิการหลงเหลือ เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปดูแลต่อที่บ้าน (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะดำรงชีวิตอยู่กับความพิการของร่างกาย และมีปัญหาด้านจิตใจและสังคมเสมอ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ผู้ดูแลต้องเข้ามารับบทบาทในการดูแล และประสบกับภาระในการดูแล ซึ่งเป็นงานที่หนัก และต้องการความอดทนอย่างต่อเนื่อง ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม มีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

การที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงภาระในการดูแลนั้น เนื่องมาจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไปกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม (Stephens, et al. 1988; Aranda and Hayman, 2001 อ้างถึงใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546)

ภาระการดูแล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับการพึ่งพา ระยะเวลาในการดูแล ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (เพ็ญใจ ตริไพรวงศ์, 2540) และการพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์กันกับภาวะของผู้ดูแล (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539)

ภาวะในการดูแลเป็นลักษณะของความยากลำบากที่ผู้ดูแลได้รับจากกิจกรรมการดูแลโดยตรง และเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนัก และความเดือดร้อน จากประสบการณ์การดูแล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ (Montgomery, Gonyea and Hooyman, 1985 อ้างถึงใน พัสตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546: 4) คือ มิติที่ 1 ภาวะเชิงอัตนัยในการดูแล (Subjective Burden) หมายถึง สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ ความรู้สึกเกินกำลัง และ มิติที่ 2 ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (Objective Burden) หมายถึง สถานการณ์การดูแลที่ผู้ดูแลได้รับโดยตรง เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลน้อยลง (Elliot, 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีวาทิ, 2545) แม้ว่าผู้ดูแลจะเต็มใจดูแลผู้ป่วย แต่หากต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการพึ่งพามาก ภาวะของผู้ดูแลก็จะมากไปด้วย เพราะระดับความพึ่งพาจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณงานที่ผู้ดูแลจะต้องตอบสนองเพิ่มมากขึ้น (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) การที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน มีประสบการณ์ ทักษะและมีการปรับตัวมาแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาวะการดูแลที่มากขึ้นตามไปด้วย (เพ็ญใจ ตรีไพรวงศ์, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่สามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้ ดังการศึกษาของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือ ในด้านข้อมูล อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ จะทำให้ภาระในการดูแลลดลง และ การศึกษาของ ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนความรู้จากพยาบาลอย่างเหมาะสม จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแล และเกิดการรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่ลดลง กล่าวคือภาวะเชิงอัตนัยและปรนัยที่ลดลงและสอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ (2540: 46-47) ในการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่หนึ่งและสอง หลังจากให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ครั้งแรก พบว่าการที่ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ

ช่วยทำให้ผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงการให้ความหมายของสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่รุนแรงหรือมีภาระน้อยลง

แม้ว่าการเยี่ยมบ้าน สามารถช่วยแก้ไขปัญหา ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามถึงข้อสงสัย และได้รับการสาธิตกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลอาจยังไม่ถูกต้อง แต่ก็พบปัญหาจากข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงพอ (จอม สุวรรณโณ, 2546: 2) หลายประเทศได้ใช้โทรศัพท์มาให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการบริการในส่วนของ การติดต่อสื่อสารทางสุขภาพ ที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ ลดข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งให้บริการเชิงรุก ในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย เช่นการให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการเตรียมตัวในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (Moehr et al., 2006: 758 ; Miller, 2006: 3-4) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539: 49) และนงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ (2549: 21) ที่พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและครอบครัวการบริการที่ต่อเนื่องครบวงจร โดยประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล หรือจัดหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย โดยการจัดส่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อการให้บริการสำหรับผู้ดูแล เช่น การให้ข้อมูลและให้คำปรึกษากับผู้ดูแล หรือมีบริการรับปรึกษาปัญหาของผู้ดูแลทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง และการใช้โทรศัพท์ยังเป็นวิธีการที่สะดวกและรวดเร็วเข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย ช่วยลดความกดดันของผู้ดูแลลงได้ (Blake, Lincoln and Clake, 2003: 314)

การเป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่มีผลต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลควรหาวิธีที่เชื่อมต่อผู้รับบริการในการเข้าถึงได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทันทต่อเหตุการณ์ทุกครั้งที่ต้องการ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (อิฐฐาน ชินสุวรรณ, 2549) การให้คำปรึกษาของพยาบาลจะแตกต่างจากนักจิตบำบัดคือ พยาบาลจะให้คำปรึกษานุคคลที่มีสุขภาพจิตดี แต่มีความยากลำบากในการปรับตัวตามปกติ ช่วยปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต บทบาทของพยาบาลมีหลายบทบาท อาจจะทำไปพร้อมๆกัน ไม่สามารถแยกได้ชัดเจน เช่น ระหว่างการดูแลผู้ป่วยก็อาจให้คำปรึกษาไปด้วยเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ ให้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญความเครียด รวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจและสติปัญญา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 13) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และพบอุปสรรคในการดูแล (อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) การพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและประคับประคองช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลสูงขึ้นกว่าเดิม (บุปผาชาติ ชุนอินทร์, 2541) ที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยใดที่เกี่ยวกับการ

สนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกใช้ช่องทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่จะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างปกติและมีความสุขตามอัตภาพซึ่งนับว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล

คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลของตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล และการให้การดูแลนั้นก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระแก่ตน (พรชัย จุลเมตต์, 2540: 46-47) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของการมองภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985: 20) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล และภาระเชิงปรนัยในการดูแล ซึ่งในส่วนของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ของ Orem (1991) ซึ่งช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เข้าใจสถานการณ์การดูแล และวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ทำให้ลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ostwald (1993 อ้างถึงใน สมคิด ตีรารักษ์, 2545) ที่พบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค ช่วยพัฒนาความแข็งแกร่งและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้ดูแล และทำให้ภาระการดูแลลดลงได้ และการศึกษาของ Gibson (1995 อ้างถึงใน สุภาวดี ชุ่ม

จิตต์, 2547: 115-116) ที่พบว่า การเพิ่มความสามรถและความแข็งแรงของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามรถและความแข็งแรงเพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลที่น้อยลง และอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยลดภาวะการดูแลได้คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม การให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย อากาศที่ควรเฝ้าระวัง รวมทั้งการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาวะการดูแลลดลงได้ (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547: 66) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545: 83) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นสูง ว่าตนเองสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะมีผลทำให้รับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระที่น้อยลง และกระบวนการที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นสูงได้ก็คือ การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นที่ 2 การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นที่ 3 การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล และขั้นที่ 4 การประเมินผล

เมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ในภาวะเชิงอัตนัย คือ ทำให้ผู้ดูแลคลายความรู้สึกเป็นทุกข์ คลายความเครียด ความกังวลใจ เป็นห่วง กลัว ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปกับผู้ป่วยโดยหลังจากที่ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย การได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในการดูแล และสำหรับในภาวะเชิงปรนัย คือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแล แบ่งเวลาได้เหมาะสมมีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยทำให้ผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นสถานการณ์การที่ไม่รุนแรง

กล่าวโดยสรุป คือการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ ประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดี คลายความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความกังวลใจของผู้ดูแล และมีความรู้สึกที่ดี ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การทดลอง (Pre-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและภาวะการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะการดูแล หมายถึง ความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากงานที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา โดยแบ่งออกได้เป็นสองประเภทตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea and Hooman (1985) คือ

1. ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล ได้แก่ความรู้สึกเครียด กังวลใจ เป็นห่วง กลัว รู้สึกเกินกำลัง รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ ท้อแท้ น้อยใจ เศร้าใจ

2. ภาวะเชิงปรนัย เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ดูแลต้องการทั้งเวลา และความพยายามในการปฏิบัติกรดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตของผู้ดูแลตามมา ได้แก่รบกวนเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เสียเวลาในการทำงาน รับผิดชอบกิจกรรมต่างๆในการดูแลมากขึ้น มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองลดลง นอนหลับไม่เพียงพอ มีปัญหาทางสุขภาพ ไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง ทำ

กิจกรรมร่วมกับครอบครัวน้อยลง เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับคนอื่น

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในด้านการดูแล และสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยใช้แนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) และเลือกใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางหนึ่งที่น่ามาช่วยเสริมในส่วนของการชี้แนะและการให้คำปรึกษารวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและแสดงความปรารถนาดี ที่จะช่วยเหลือบรรเทาภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างจริงใจเป็นรายบุคคล

ขั้นที่ 2 การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยกับผู้ดูแลร่วมกันระบุความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นที่ 3 การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล ผู้วิจัยสนับสนุนทั้งด้านคำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การสัมผัส การแสดงท่าทีที่เข้าใจในความรู้สึกของผู้ดูแล และในด้านให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง

3.1 ด้านการสอน สาธิตและพัฒนาทักษะผู้ดูแล เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.2 ด้านการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมที่ซับซ้อนยุ่งยาก เพื่อเป็นการให้กำลังใจให้พัฒนาทักษะความสามารถต่อไป

3.3 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีการพัฒนาความสามารถในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้คู่มือแก่ผู้ดูแลนำไปทบทวนความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ

3.4 ด้านการชี้แนะและการให้คำปรึกษา ในด้านรายบุคคลแบบพบกันที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ชี้แนะให้ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีหรือการตัดสินใจที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง โดยผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ถูกต้องที่เป็นจริง และในด้านเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้กับผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด 6 ครั้งและผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาหรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ตามกระบวนการให้คำปรึกษา

ขั้นที่ 4 การประเมินผล หลังการสอนให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม และประเมินปัญหาหลังการให้คำปรึกษาทุกครั้งโดยการโทรศัพท์ถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทีมสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมความรู้สำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขเครือข่ายใกล้บ้านของผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งชนิดหลอดเลือดแตก ตีบ และอุดตัน

ผู้ดูแล หมายถึง สตรีที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์สายตรงซึ่งอาจเป็นมารดา ภรรยา หรือบุตรสาวและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากที่สุดโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล โดยเป็นผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและไม่ได้รับค่าตอบแทน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่องรวดเร็ว
2. ได้แนวทางการให้คำปรึกษา ในส่วนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ทดแทนการเยี่ยมบ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลในการออกเยี่ยมบ้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทาง
การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวน
วรรณกรรมในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ความสำคัญของผู้ดูแล
 - 2.4 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล
 - 3.1 ความหมายของภาวะการดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล
 - 3.3 การประเมินภาวะในการดูแล
 - 3.4 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.5 บทบาทพยาบาลในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม
 - 4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 4.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง
 - 4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) หมายถึงอาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอย่างทันทีที่มักจะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทแบบเฉียบพลัน โดยอาการนี้คงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก แต่หากเป็นชั่วคราวแล้วหายภายใน 24 ชั่วโมง ก็ไม่ถือว่าเป็นโรคนี้ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550: 77)

โดยทั่วไปสามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการเกิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke หรือ Occlusive Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic Stroke) ร้อยละ 53 จากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic Stroke) ร้อยละ 31 จากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) ร้อยละ 10 และจากเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) ร้อยละ 6 (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541: 51-52)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องมาจากโรคนี้ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อายุมาก ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่จัด เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก ส่วนพวกที่เป็นจาก Embolism จากหัวใจก็มักมีปัญหากจากโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น mitral stenosis เป็นต้น (กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ, 2549: 168)

1.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นคือ เป็นคนขี้ง่วง กะทันหัน ภายในเวลาเป็นนาทีหรืออาจเป็นหลังตื่นนอน โดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่ ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือดหรือเส้นเลือดสมองอุดตันก็มักจะมีอาการขึ้นมาฉับพลันทันใด แต่ถ้าเป็นแบบมีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในเส้นเลือดก็จะค่อยๆปรากฏอาการส่วนที่เป็นแบบเส้นเลือดในสมองแตกก็มักจะมีอาการขึ้นมาเฉียบพลันแล้วอาการจะเลวลง เช่น สับสน คลื่นไส้อาเจียนปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยอาการทางระบบประสาทจะสอดคล้องกับบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550: 89) เช่น

1.2.1 หลอดเลือดแดงแอนทีเรียล (Anterior cerebral artery) เมื่ออุดตันจะมีอาการขา เท้า อ่อนแรง โดยแขนเป็นน้อยกว่า เสียประสาทสัมผัสของขา เท้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.2.2 หลอดเลือดแดงมิดเดิล เซรีบรัล (Middle cerebral artery) เมื่อตีบตันจะมีอาการอ่อนแรงที่ใบหน้าและแขนมากกว่าขา เสียประสาทรับความรู้สึกของใบหน้าแขนและขา มีอาการขาตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น พูดไม่ได้

1.2.3 หลอดเลือดแดงโพสทีเรียเซรีบรัล (Posterior cerebral artery) เมื่ออุดตันจะมีอาการตามองไม่เห็น จำไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย ซึม การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ

1.2.4 หลอดเลือดแดงเวทิบรัลเบซิลาร์ (Vertebral basilar artery) เมื่ออุดตันจะเกิดวิงเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งเดียว พูดไม่ชัด อ่อนแรงและขาไปครึ่งซีก การตีบตันของหลอดเลือดแดงแขนงเล็กๆ ทำให้สมองขาดเลือดเป็นหย่อมๆ อาจมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า แขน ขา มีอาการขาอย่างเดียวโดยไม่อ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรงขามากกว่าแขน พูดไม่ชัดกลืนลำบาก ปากเบี้ยว

ความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมองอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550: 90-91) ดังนี้

1. อาการน้อย คือ กลุ่มของผู้ที่มีหลอดเลือดสมองแตก หรือตีบตันเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กยังไม่เกิดการทำลายของเซลล์สมองในบริเวณนั้น สมองขาดเลือดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้เกิดอาการซึ่งอาจเป็นวินาที่ นาทิ หรือชั่วโมงแต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง
2. อาการปานกลางหรืออัมพาต กลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายไปแล้วบางส่วน แต่ไม่ทั้งหมดภายหลังการรักษาแล้ว อาการอาจดีขึ้นเรื่อยๆ ภายใน 3 - 6 เดือน
3. อาการมากหรืออัมพาต กลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายโดยถาวร มีการอ่อนแรงของแขนและขา ชยับแขนหรือขาเองไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว เป็นต้น

1.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

สมองของคนเราแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ สมองซีกขวา สมองซีกซ้าย สมองน้อย และก้านสมองโดยสมองแต่ละส่วนทำหน้าที่ต่างกัน (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550: 94-95)

1.3.1 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวา การพูดและภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้ จะมีการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้แต่รับฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟังและการพูด

1.3.2 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกซ้าย การกระยะ และตำแหน่ง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้ จะมีการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อ เสื้อผ้า หรือผูกเชือกทรงเท้า

1.3.3 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่การทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

1.3.4 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อ ก้านสมองเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง หรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพาต เมื่อเป็นโรคนี้แล้วหากไม่เสียชีวิตก็อาจพิการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย

1.4 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียหรือไร้ความสามารถ ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ปัญหาที่พบบ่อยๆ ซึ่งต้องการการดูแลและฟื้นฟู ได้แก่

1.4.1 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบลงจากการไม่ได้ใช้งานมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ข้อตื้อยึดติด แผลจากการเสียดสี และเป็นอุปสรรคต่อการจัดท่าหรือดูแลสุขอนามัย (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547: 68-70)

1.4.2 การทรงตัวและกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน การรับความรู้สึกลดลงหรือผิดปกติ การเปลี่ยนอิริยาบถและการเคลื่อนไหวที่มีผลต่อการยืน การเดิน และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทำให้เสี่ยงต่อการล้ม (วิษณุ กัมทรทิพย์, 2547: 95-104)

1.4.3 อาการกลืนลำบาก ก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง เช่น การขาดน้ำและอาหาร การสำลักก็อาจเกิดปอดอักเสบหรือหลอดลมอุดกั้นซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547: 162)

1.4.4 ด้านการขับถ่ายซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลได้แก่ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การมีปัสสาวะค้างคั่ง การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ กลั้นไม่ได้ ท้องผูก รวมไปถึงการดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547: 189-199)

1.4.5 อารมณ์และพฤติกรรม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ แสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ (ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2547: 225)

1.4.6 ด้านการกำหนดรู้ ทำให้มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การขาดสมาธิ หงุดหงิด ละเอียดอ่อนของร่างกายและสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน ด้านการสื่อความหมาย ความบกพร่องในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นทราบถึงความต้องการของตน และไม่สามารถระบายความคับข้องใจที่เกิดจากความพิการได้ บางรายเข้าใจเหตุการณ์รอบข้างแต่ไม่สามารถออกเสียงพูดได้ให้ชัดเจนพอที่ผู้อื่นจะเข้าใจ บางรายรู้สึกว่าคุณคนรอบข้างพูดกันด้วยภาษาที่ฟังไม่เข้าใจ หนังสือเต็มไปด้วยภาษาที่อ่านไม่ออก เป็นต้น (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547: 201-219)

1.4.7 ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน มีความต้องการที่จะแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ ไม่ได้หรือหาเทคนิคต่างๆ มาชดเชยความบกพร่อง และปัญหาด้านสังคมเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวต่างก็ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นดังนั้นการดูแลรักษาฟื้นฟูจึงต้องมีการให้คำปรึกษาปัญหาด้านนี้ร่วมด้วยเสมอ (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547: 70)

จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรายมีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน มีความพิการตามมาทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพร่องในการดูแลตนเองทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน และในด้านกิจกรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติเองได้

หากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนอง อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่นการกำเริบของโรค และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้การดูแลและช่วยเหลือดังกล่าวกลายเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล และเป็นภาระงานที่จะต้องทำเพิ่มขึ้นจากงานเดิมของผู้ดูแลอีกด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

ปัจจุบันการดูแลมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้นและเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนเกินกว่าที่จะสนองตอบได้ด้วยตัวเองตามลำพังหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังจะต้องมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 36-37) จากความบกพร่องในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536)

2.1 ความหมายของการดูแล

การดูแลมีความหมายโดยทั่วไป ดังนี้

คำว่า Care เป็นคำกริยามาจากคำเก่าแก่ของภาษาอังกฤษคือ Caru และมาจากภาษาเยอรมัน Kara หมายถึงเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ส่วน Caring เป็นนาม หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การปกครอง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 147) ส่วน Macquaric และ Robinson (Morse et al., 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 147) ให้ความหมายการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่า เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลกับสัตว์ และระหว่างบุคคลกับสรรพสิ่งต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสรรพสิ่ง

การดูแลมีความหมายทางการพยาบาล ดังนี้

นักคิดทางการพยาบาลหลายท่านเชื่อว่า Care /Caring เป็นมโนทัศน์และเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล (Watson, 1988; Benner, 1989; Leininger, 1993; อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 148) แต่ความหมายของ Care /Caring ของนักทฤษฎีแต่ละคนอาจจะแตกต่างกันไป แต่โดยสรุป Care /Caring มีคุณลักษณะดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 148)

1. เป็นการกระทำ เพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล ซึ่งคุณลักษณะในข้อนี้เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ดูแลในกิจกรรมต่างๆ และเป็นการใช้เครื่องมือและใช้เทคนิคต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นความรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแลในฐานะปัจเจกบุคคล
3. เป็นการป้องกันระแวดระวัง เพื่อให้เกิดการกระทำที่ถูกต้องตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล

Care /Caring จะมีลักษณะสมบูรณ์เมื่อมีคุณลักษณะทั้ง 3 อย่างและคุณลักษณะเหล่านี้ อาจจะต้องเกิดพร้อมๆ กัน

การดูแล คือ กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกายและจิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลโดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ผู้ดูแลต้องใช้กลวิธีเทคนิคต่างๆ ตามลักษณะงานดูแลที่ต่างกันไปในแต่ละระดับความรุนแรงของโรคนั้นๆ (Kane and Kane, 2000; Schoenfelder and Swanson, 2000 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน , 2546)

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

Horowitz (1985 อ้างถึงใน ปิยรัตน์ ตวงสิน, 2545; 23) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546: 109) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล (Caregiver) หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family caregiver) ว่า หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่รับผิดชอบให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นหรือผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ที่ช่วยรับผิดชอบบางอย่างเป็นครั้งคราวให้แก่ผู้ป่วย

Wood (1991 อ้างถึงใน นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ บุคคลซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย โดยการแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยสนับสนุนหรือการช่วยเหลือบุคคลหรือกลุ่มคนให้มีความชัดเจนและการปรับปรุงวิถีชีวิตให้ดีขึ้น

Davis (1992 อ้างถึงใน นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทุพพลภาพ หรือเป็นบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือด เพื่อน

National Family Caregiver Association (2000) อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอันเป็นที่รักซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย จิตใจที่อ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

Grant et al. (2002) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล คือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในทางกฎหมายหรือทางสายเลือด โดยเฉพาะ คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

จึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลที่กระทำพฤติกรรมดูแลให้กับบุคคลที่รับการดูแล เพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย จิตอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้รับการดูแล และเป็นผู้

ตอบสนองแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลสำคัญในชีวิตในสถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

2.3 ความสำคัญของผู้ดูแล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ความช่วยเหลือในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตามแผนการรักษา และฟื้นฟูอย่างถูกต้อง การปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับสุขภาพและแผนการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ประกอบกับการเพิ่มอัตราชุมชนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น นั่นหมายถึงผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้านหากยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ แต่เมื่อพยาธิสภาพของโรคที่เป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลงต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นตามลำดับดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งผู้ดูแลที่บ้านจึงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่น่าสนใจและให้ความสำคัญ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 109-110)

หากไม่มีผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะคำนึงถึงแต่ผู้ป่วยโดยลืมคิดถึงปัญหาของผู้ดูแลไป และเพื่อเป็นการช่วยเหลือส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการอย่างแท้จริงย่อมทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดไป

2.4 บทบาทพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยมีความรู้และทักษะความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ดูแลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 64-65) ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่มีวิธีการให้ความช่วยเหลือ 5 วิธีดังนี้ (Orem, 1995 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 130-135)

2.4.1 การชี้แนะผู้ดูแลให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือปรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ

โรค โดยการให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยรวมทั้งสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดูแลผู้ป่วยหรือวิธีปฏิบัติให้ผู้ดูแลเลือกและตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติและขอความช่วยเหลือได้ตั้งแต่แรก

2.4.2 การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น พยาบาลแสดงให้ญาติผู้ดูแลรู้ว่าเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้รับฟังปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจและสนับสนุนให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือพยาบาลเยี่ยมบ้าน และแหล่งประโยชน์ต่างๆ

2.4.3 การสอน เป็นวิธีช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้หรือทักษะรวมถึงการสาธิตในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะประกอบด้วยความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุ อาการแสดงความรุนแรงของโรค การรักษา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งอาจใช้สื่อการสอนหรือใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำไม่ถูกต้อง และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

2.4.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เช่น จัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือวิธีต่างๆ ได้

2.4.5 การให้คำปรึกษา เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านญาติต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆ มากมายส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดต้องการระบายความรู้สึกเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ทั้งปัญหาจากตัวผู้ป่วยและจากตัวผู้ดูแลเอง แหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ ควรเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อให้เกิดความสะดวก มีแผนกที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะรวมทั้งควรมีระบบการสื่อสารติดต่อสอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากพยาบาลได้จัดการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ให้ดีขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาและข้อคับข้องใจต่างๆ เกิดการปรับตัวในทางที่ดีและรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล

3.1 ความหมายของภาระการดูแล

Hoening and Hamilton (1966 cited in Chou, 2000: 398) ได้แบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่เป็นการรับรู้ความรู้สึกที่ถูกรบกวนด้านอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีความยากลำบาก เป็นประสบการณ์ทางลบของผู้ดูแลที่เกิดจากงานและหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

Zarit, Reeve and Peterson (1980 cited in Chou, 2000) ได้อธิบายว่าเป็นการรับรู้และเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับทางด้านสภาพอารมณ์ สุขภาพทางกาย การดำเนินชีวิตในสังคม เศรษฐกิจการเงินและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแล

Zarit et al. (1980 cited in Hunt, 2003) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับภาระว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ก่อความลำบากให้แก่ผู้ดูแล ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแล

Platt (1985 cited in Chou, 2000) ได้ชี้ให้เห็นเกี่ยวกับภาระเชิงอัตนัยว่าขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวของผู้ดูแลเองทั้งหมดและต่างจากภาระเชิงปรนัยที่ทำให้เกิดความยุ่งยากแก่ชีวิตส่วนตัวของสมาชิกและคนในครอบครัว

Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985: 21) ให้ความหมายของภาระการดูแลโดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยเป็นทัศนคติหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อประสบการณ์การดูแล และภาระเชิงปรนัยเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรบกวนหรือการเปลี่ยนแปลงในปัญหาที่หลากหลายในชีวิตของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

Oberst (1990 อ้างถึงในปิยรัตน์ ตวงสิน, 2545: 30) ให้ความหมายว่า คือ การรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล และประเมินภาระการดูแลออกมาเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยวัดจากการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลแต่ละกิจกรรม และภาระการดูแลเชิงวัตถุวิสัย ซึ่งวัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม เมื่อนำทั้ง 2 ส่วนมาคูณและถอดรากที่สองจะได้เป็นภาระการดูแล

มีนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายว่า ภาระการดูแล หมายถึง ความยากลำบากในการดูแล เป็นภาระที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้จึงเรียกว่าภาระเชิงจิตวิสัย ส่วนปริมาณความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ เป็นภาระ

ที่สามารถเห็นได้จึงเรียกว่าภาวะเชิงอัตถิวิสัย (Sheehan and Nuttall, 1988; Oberst, 1990; Walhagen, 1992 อ้างใน ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545: 29-30)

สรุปได้ว่า ภาวะการดูแล คือ ภาวะเชิงอัตถิวิสัย คือตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องหรือความต้องการการดูแลกับผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้เชิงประนัยของผู้ดูแลต่อความพร่องของผู้ที่ได้รับการดูแล หรือความต้องการการดูแลที่เขาต้องรับผิดชอบ ซึ่งสามารถวัดได้จากความยากลำบาก ความพยายามหรือความรู้สึกที่ไม่ดีของผู้ดูแลต่อความพร่อง หรือกิจกรรมการดูแลที่เขาต้องรับผิดชอบและภาวะเชิงประนัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือขัดขวางวิถีชีวิตของผู้ดูแลที่สำคัญ 2 ประการได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัว และขัดขวางกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบที่สังเกตเห็นได้จึงเรียกว่าภาวะเชิงประนัย

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) ซึ่งภาวะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งเพ็ง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oberst, Thomas, Gass and Ward (1989) ที่พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาวะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

3.2.2 เพศ (Lidell, 2002) ซึ่งพบว่าในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Choi-Kwon et al., 2005) และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีความกดดันทั้งในด้านส่วนบุคคลและในด้านบทบาทที่ได้รับจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Takano and Arai, 2005)

3.2.3 อายุ จากการศึกษานของ Cook et al. (1993 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะทำให้มีการรับรู้ภาระต่างกันเนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้

ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา เพราะผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้รับรู้ว่ามีภาระน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระน้อย

3.2.4 การศึกษา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ต่ำกว่ามีผลต่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาซึ่งมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.2.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จากการศึกษาของShelves (1986 อ้างถึงใน อัญชลี ทวง ผาสุก, 2547) พบว่าบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้นและความสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกันจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ และในผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในครอบครัว (Choi-Kwon et al., 2005) และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยจะมีความเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thomson and Doll, 1982 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

สรุป ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและเลือกศึกษาเฉพาะเพศหญิง

3.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบวิธีการประเมินภาระการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1990 อ้างถึงใน จริยา วิทยะศุกร, 2539: 28) โดยพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ประกอบไปด้วย กิจกรรมการดูแล 3 ด้าน คือ

1) การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

2) การดูแลระหว่างบุคคล ได้แก่ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ จัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

3) การกระทำกิจกรรมทั่วไป ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่าย งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ การวางแผนเพื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ

และการประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1991 อ้างถึงใน พัสตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546: 40) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลว่า ควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ออกเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล (Subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมซึ่งมีความยากลำบาก (Different) ในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

2) ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (Demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบประเมินภาระการดูแล (Caregiving Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus and Folkman ซึ่งได้ถูกแปลและดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และสิ่งแวดล้อม โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปใช้กับภรรยาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .77 การดูแลโดยตรงมีค่าเท่ากับ .69 การดูแลระหว่างบุคคลมีค่าเท่ากับ .67 หลังจากตัดข้อ 13 ออก ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในเพิ่มขึ้นเป็น .72 การดูแลทั่วไป .71 (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536: 50-51)

3.3.2 การประเมินภาระการดูแลของ Momtgomery, Gonyea and Hooyman (1985 อ้างถึงใน พัสตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546: 40) แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทัดคนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดียดร้อน ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2) ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ

แบบประเมินภาระการดูแลดังกล่าว ได้ถูกพัฒนาและสร้างใหม่จากแนวคิดของ Momtgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดย

นพรัตน์ ไชยธานี (2544: 90-92) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม รวม 24 ข้อ ดังนี้คือ 1. ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเชิงอัตนัย 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 12 ข้อ 2. ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเชิงปรนัย 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ และข้อความทางลบ 11 ข้อ และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .94 แล้วนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .93 แยกเป็นภาวะเชิงอัตนัยเท่ากับ .88 และภาวะเชิงปรนัยเท่ากับ .89

3.3.3 การประเมินภาระการดูแลของ Zarit (J-ZBI_8) (1980 cited in Arai, Kumamoto and Washio, 2004) โดย Arai, Tamiya and Yano (2003) ได้พัฒนาเป็น Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI_8) จากแนวคิดของ Zarit (1980) ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นด้านจิตใจ ความรู้สึกที่ก่อความลำบากให้แก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถาม 2 ด้าน คือ ความกดดันส่วนบุคคล มีข้อคำถาม 5 ข้อ และความกดดันในบทบาทการดูแล มีข้อคำถาม 3 ข้อ โดย Arai, Tamiya and Yano (2003) นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่อง ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวมเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกแบบประเมินภาระการดูแลของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ เนื่องจากการประเมินในลักษณะของคะแนนรวมในแต่ละมิติ ที่สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป

3.4 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบจากโรคและทำให้เกิดความพิการเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมักจะส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเสมอ นั่นก็หมายถึงภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีพื้นฐานมาจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการเวลา ความพยายาม และแรงงานสำหรับการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในสิ่งที่รู้สึกเป็นภาระหนักหรือยากลำบาก (Montgomery, Stull and Borgatta, 1985 อ้างใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539: 37)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย คือ กิจกรรมทั้งหมดที่ผู้ดูแลควรกระทำภายในระยะเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แต่เนื่องจากความไม่แน่นอนที่

เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ไม่สามารถทำนายได้ทั้งหมด ทำให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวางแผนกิจกรรมและเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง

จากการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วยมีสาเหตุ 3 ประการ (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84-93) คือ

1. ความบกพร่องทางร่างกายที่เกิดจากโรค หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน หรือกิจกรรมขั้นสูงก็ตาม ซึ่งล้วนเป็นภาระงานหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านจะต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย

2. ปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญาหรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์และวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึก ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ จากความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าว มีผลไปสู่ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วย

ในผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยมากและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อย ก็ยังต้องการเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นและต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพามากนั้น พบว่ามีภาระในการดูแลมาก ในด้านการเฝ้าดูอาการ ระวังอุบัติเหตุ การจัดการเดินทาง และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (วิภาวรรณ ชะอุม, ประคอง อินทรสมบัติ และ พรรณวดี พุฒวัฒน์, 2539)

จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพร่องในการดูแลตนเองหรือดูแลตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำตัวเอง และด้านจิตใจที่ต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมขั้นสูง เช่น การดูแลให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย

3.5 บทบาทพยาบาลในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การหาผู้ช่วยในการดูแล การขาดแหล่งประโยชน์ในการให้คำแนะนำ คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย (เพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540) การให้ข้อมูลและคำแนะนำเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ เนื่องจากสามารถช่วยให้การดูแลเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จรรยา กฤตยาวรรณ, 2546) ผู้ดูแลต้องการความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นของการดูแลรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ในการรับบทบาทของผู้ดูแลทำให้เกิดความกดดันให้กับผู้ดูแลมาก สาเหตุมาจากการที่ไม่รู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องเตรียมข้อมูลอะไรที่ต้องรู้ ซึ่งการที่ไม่ได้รับการสนับสนุนดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความเครียดและไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Shyu, Chen and Lee, 2004) ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์เป็นงานใหม่ที่ไม่ว่างใจและไม่ได้เตรียมตัวกับการดูแลผู้ป่วย และไม่รู้ว่าจะจัดการภารกิจเดิมที่เคยทำอย่างไร สร้างความลำบากใจกับสภาพที่ต้องเผชิญในการดูแลชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย มีความกังวลในอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยกลัวว่าจะดูแลได้ไม่ดีพอ (อริษฐาน ชินสุวรรณ, 2549) การช่วยเหลือสนับสนุนจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ (Grant et al., 2006) ผู้ดูแลต้องการเตรียมความพร้อมในการดูแล ต้องการทักษะในการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ (Elliott, Shewchuck and Richard, 2001)

พยาบาลสามารถลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ให้การชี้แนะ เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และในด้านการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกทักษะ สาธิตขั้นตอนวิธีการของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ให้สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยได้

ดังนั้นการศึกษาเพื่อลดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกการสนับสนุนทางการพยาบาลและใช้วิธีการช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4. แนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม(Orem, 1985; Orem and Taylor, 1986 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536; เอื้อมพร ทองกระจาย, 2538) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มี

ความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ในทุกสังคมและวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกันผู้ใหญ่มักจะถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเอง ดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่นผู้ป่วย ผู้พิการ ต้องได้รับการช่วยเหลือในส่วนที่ช่วยตนเองไม่ได้ และได้รับการพัฒนาให้ใช้ศักยภาพของตนให้สูงสุดเท่าที่จะสามารถรับผิดชอบตนเองได้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคคลในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยบุคคลกระทำเพื่อตนเอง และเพื่อผู้ที่ต้องพึ่งพา การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำงานที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายใน และภายนอกที่จำเป็นในการคงไว้และส่งเสริมสุขภาพให้เจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะเวลาหนึ่งๆ ซึ่งมีจุดเน้นที่การป้องกัน การบรรเทา การรักษา หรือการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุก รวมทั้งการแสวงหาและการมีส่วนร่วมในการรักษาและการพยาบาล (Orem, 1995: 95,103-108 อ้างถึงในจันทรเพ็ญ สันตวาจา, 2548)

4.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง

เกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองต่อความต้องการ การดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพาไม่เพียงพอ แนวคิดในเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญกับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่มีความเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเองซึ่งพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยด้วย ถ้าหากว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 26-27)

Taylor (1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 58-60) ได้เสนอแนะขั้นตอนในการนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียมโดยการประยุกต์ทฤษฎีกับกระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

ขั้นที่1 ความต้องการ คือ การกำหนดการดูแลที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง และกำหนดความต้องการการกระทำเพื่อดูแลตนเอง

ขั้นที่ 2 ความสามารถ คือ การวินิจฉัยความสามารถและข้อจำกัดในการดูแล

ขั้นที่ 3 ความพร้อม คือ การวินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเอง

ขั้นที่ 4 ระบบการพยาบาล คือ การกำหนดรูปแบบการพยาบาล และกำหนดบทบาท การกระทำของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา มีมิติโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor, 1989; Orem, 1995 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) และมีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีความพิการ และผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่ย่างยากซับซ้อนเกินกว่าที่จะสนองตอบได้ด้วยตนเอง ตามลำพังหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง คือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติ เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 36-37)

Gast et al. (1989; อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 33-37) เสนอโครงสร้างที่ประกอบด้วยความสามารถ 3 ระดับ ซึ่งสามารถนำมาอธิบายความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาดังนี้ คือ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล เป็นความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอก การเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ และมีความสามารถในการจัดการให้กับบุคคลที่รับผิดชอบ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 10 ประการ ได้แก่

2.1 ความสนใจเอาใจใส่บุคคลที่ต้องการพึ่งพา
2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองเพื่อการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาจากบุคคลที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ ติดต่อกับและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ได้อย่างต่อเนื่อง

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ประกอบด้วย

3.1 การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ และพัฒนาความสามารถที่จำเป็น สำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ต้องทราบดีความหมาย และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

3.2 การปรับเปลี่ยน เป็นกระบวนการวางแผน และตัดสินใจเลือกว่าควรปฏิบัติกิจกรรมใด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

3.3 การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา รวมทั้งการตัดสินใจกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป หรือยกเลิกกระทำ

4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล

คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ในแนวคิดของโอเรมน์ การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 37-48) คือ

1. ระบบทางสังคม
2. ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
3. ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาลสามารถแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการหรือตามชนิดของการดูแล

4.3.1 การแบ่งตามหน่วยที่พยาบาลให้บริการ ได้แก่ บุคคลแต่ละคน กลุ่มบุคคลชุมชน หรือกลุ่มที่ทำงานอยู่ด้วยกัน ครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

4.3.2 การแบ่งตามชนิดของการดูแล อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ ซึ่งเป็นกิจกรรมหรือชุดของกิจกรรมที่พยาบาลจัดหาให้ เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ

4.3.2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่อาศัยตนเองเป็นผู้ชี้นำ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วย หรือบุคคลที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรม ที่กระทำอย่างจริงจังไม่ว่ารูปแบบใด ๆ

4.3.2.2 ระบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้ป่วยปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่สนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจช่วยในด้านความต้องการการดูแลที่จำเป็น

4.3.2.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วย และครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้วยังคอยกระตุ้นและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

การดูแลทั้ง 3 ระบบจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเสมอ วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไปซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธี ได้แก่

1. การกระทำให้ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองต่อความต้องการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้พยาบาลทราบและต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำ และจะต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องกระทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกายและไม่รู้สึกร่างกายที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพยาบาลจะต้องคอยปกป้องสิทธิ

ของผู้ป่วยด้วย การกระทำนี้จะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ดูแล สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีให้การดูแลภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลและผู้ดูแล จะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด หรือเหตุการณ์ที่ประสพ โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของผู้ดูแล หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ มีความสำคัญไม่น้อย การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ดูแลแต่ละบุคคล บางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ และมีความพยายามในปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้

4. การสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพของในการดูแล ซึ่งเชื่อว่าการสอนให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล

การสอนโดยถือหลักว่า แพทย์และพยาบาลเป็นครูของผู้ดูแล จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ต้องพึ่งพาแพทย์พยาบาล และอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีตนเองของผู้ดูแล อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อนั้น แตกต่างไปจากพยาบาล ซึ่งต้องระลึกไว้เสมอว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลอาจจะเลือกทำตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา

หลักในการสอนมีดังนี้

4.1 สอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรค และ/หรือการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการ

รับรู้ของผู้ดูแลซึ่งจะช่วยให้รู้สึกว่ายบายบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ปวยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพบายบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

4.2 เนื้อหาที่สอน จะต้องเสริมจากความรู้เดิม เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่พบายบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอน เพื่อเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้มากขึ้น

4.3 ความพร้อมของผู้ดูแล เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากเกินไป ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ดูแลในขณะนั้น จะต้องสอนให้แจ่มชัด เฉพาะเจาะจง ใช้เวลาสั้นๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ พบายบาลควรสอน แนะนำ และเอื้ออำนวยให้ผู้ดูแลได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

4.4 การเรียนรู้ จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแลกับพบายบาล หรือระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล ให้ได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการดูแลต่างๆ ควรให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมเมื่อทำกิจกรรมนั้นๆ ให้ผู้ปวย เช่น การให้อาหารทางสายยาง

4.5 การประเมินไต่ถามผู้ดูแล จะช่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม พบายบาลต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเรียนรู้และกระทำการดูแลผู้ปวยได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น ในกิจกรรมที่กระทำไม่ได้ถูกต้องพบายบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีเตียน หรือทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตรซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพบายบาลกับผู้ดูแล

4.6 เนื้อหาและวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคน ต้องคอยสังเกตว่า ถ้าผู้ดูแลไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพบายบาลจะสอน แนะนำ หรือกระทำอะไรให้ ผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ดูแลด้วย

4.7 การมีสิ่งรบกวน เช่น ในหอผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พบายบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอน

4.8 สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่นระหว่างพบายบาลกับผู้ดูแล จะช่วยเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ความไว้วางใจในตัวเองและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

4.9 การส่งเสริมให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหา การสอนผู้ดูแลที่มักจะได้พบได้เสมอ คือ ผู้ดูแลไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอน วิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลมีการวางแผนเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

4.10 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแล เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ดูแลในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ

โอเร็มได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเป็นสิ่งจำเป็น และควรจะใช้ในการดูแลครอบครัว สถาบันเลี้ยงดูเด็ก โรงเรียน และโรงพยาบาล ซึ่งมีคนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการนับถือบุคคลอื่นของพยาบาล หรือผู้ให้ความช่วยเหลือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการมักจะเอื้อต่อการเรียนรู้ การช่วยเหลือด้วยวิธีนี้มักจะใช้ร่วมกับวิธีอื่นเช่น การสอน เป็นต้น

การให้คำปรึกษายังเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตจะเห็นว่าวิธีการช่วยเหลือทุกกรณีเกี่ยวเนื่องกันเป็นส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาที่พยาบาลสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองเสมอ ถ้าเขามีสติสัมปชัญญะและมีความรู้สึกนึกคิด และพยาบาลกับผู้ป่วยต่างก็มีบทบาทในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆมีหลายบทบาท แต่ละบทบาทอาจจะกระทำไปพร้อมๆกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ชัดเจน และการให้คำปรึกษาก็เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการให้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเผชิญกับความเครียด รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสติปัญญา การให้คำปรึกษาของนักจิตบำบัดกับพยาบาลอาจมีความแตกต่างกัน คือ นักจิต

บำบัดให้คำปรึกษาบุคคลที่มีปัญหาแล้ว แต่พยาบาลให้คำปรึกษากับคนที่มีสุขภาพดีที่อาจมีความยากลำบากในการปรับตัวตามปกติ และพยาบาลเน้นการช่วยเหลือบุคคลพัฒนาความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่มากกว่าส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสติปัญญา พยาบาลจะกระตุ้นให้มองหาทางเลือก รู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 12-13)

ในด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ก็เป็นกระบวนการหนึ่งในการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพะที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณโดยอาศัยเทคนิควิธีการให้คำปรึกษาในการช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองปรับตนเองในการดูแลสุขภาพรวมถึงเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตน ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระลึกเสมอว่าเป็นการช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเอง ช่วยให้บุคคลมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ แม้จะมีปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ก็สามารถตัดสินใจเลือกและจัดการกับสภาวะปัญหาความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ รวมไปถึงบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้างที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลเป็นอย่างมาก บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลมีความเครียด ความกลัว โกรธหรือสับสนต่อภาระที่เพิ่มขึ้นในการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแล การดูแลและให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน โดยมีกระบวนการให้คำปรึกษาดังที่ประกอบด้วยขั้นตอน 8 ขั้นตอน (Lubkin 1986 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549: 158-162) คือ

1. ขั้นยอมรับสภาพปัญหา ถือเป็นขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือต่อพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึก สับสน ตกใจ ของผู้รับบริการที่แสดงต่อผู้ให้คำปรึกษาในขั้นแรก ใช้ความอดทน ยอมรับว่าผู้รับบริการกำลังตกอยู่ในภาวะทุกข์ เปิดโอกาสให้เขาได้ระบายทุกข์และสถานการณ์อย่างเต็มที่ การรับฟังด้วยท่าทียอมรับและเห็นใจจะช่วยสร้างความอบอุ่นและไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา
2. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ถือเป็นหัวใจของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องยึดเป็นหลักการของการให้คำปรึกษาทุกสถานการณ์ เพราะสัมพันธภาพที่ดี สามารถเปลี่ยนความคิดความรู้สึก ความเข้าใจต่อสถานการณ์ ไปในทางที่ดีได้ สัมพันธภาพที่ดีจะนำไปสู่ความศรัทธาความไว้วางใจ ความเชื่อถือในตัวผู้ให้คำปรึกษา เมื่อผู้ให้คำปรึกษามีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา ถือว่ากระบวนการให้คำปรึกษาสำเร็จไปแล้วเกือบครึ่ง สามารถดำเนินการไปถึงขั้นจัดการกับปัญหาได้

3. ชั้นประเมินสภาพปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสำรวจปัญหาประเมินปัญหาที่แท้จริงเพราะในแต่ละรายต่างก็มีปัญหาและรายละเอียดของปัญหาที่แตกต่างกัน การช่วยเหลือจึงต้องเน้นสภาพปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

4. การสนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งประเด็นที่ชัดเจนถึงการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและสิ่งที่จะสร้างความหวังและกำลังใจที่เป็นไปได้จริง การให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. การกระตุ้นให้ระบายความทุกข์และปัญหา เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องดำเนินการต่อก็คือการสนับสนุนและรับฟังผู้รับบริการระบายทุกข์และปัญหา ด้วยการชี้เทคนิคกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยที่จะระบายปัญหาที่แท้จริง ผู้ให้คำปรึกษาตั้งใจฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ และพยายามชี้ประเด็นปัญหาให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหาที่แท้จริง

6. การจัดการกับภาวะทุกข์ โดยเริ่มต้นที่การสนับสนุนให้ผู้มีปัญหาระบายทุกข์และปัญหาที่แท้จริง ผู้ให้คำปรึกษารับฟังด้วยความสนใจ เข้าใจ เห็นใจ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขร่วมกับผู้รับบริการ โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลและการปรับตัว การยอมรับความจริงและมีความเชื่อว่าปัญหาทุกปัญหามีทางแก้สร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการมั่นใจว่า เขาไม่ได้ถูกทอดทิ้ง แต่มีผู้ให้คำปรึกษาคอยสนับสนุนอยู่

7. การร่วมวางแผนและการจัดการกับปัญหาทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมไปถึงภาวะที่ต้องร่วมรับผิดชอบ อาศัยความร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาและการกำหนดแผนการดูแลจะต้องได้รับการปรับในลักษณะที่ผู้ดูแลจะกระทำได้โดยสะดวกถูกต้องเหมาะสม

8. การเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้เกิดความมั่นคง มั่นใจในศักยภาพของตนเอง อาจเริ่มต้นจากการสร้างสถานการณ์หรือค้นหาสถานการณ์ที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จที่ละน้อยจนในที่สุดผู้ดูแลรู้สึกว่ามีพลังความสามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์อื่นๆได้ต่อไป

5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารโทรคมนาคมมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมากและเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบันที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เดิมหน้าที่หลักของโทรศัพท์เป็นการใช้ในการติดต่อทางด้านธุรกิจ แต่ในปัจจุบันหน้าที่ของโทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งบริการทางด้านสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Garland, 1992 อ้างถึงใน วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548: 55) การติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่อยู่ในชุมชนเพื่อ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hunter, 2000) การติดตามดูแลเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (Elliott and Reimer, 1998)

ระบบบริการสุขภาพควรขยายออกไปให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น และผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตรอบอยู่ที่บ้าน ในสังคมและชุมชน บริการสุขภาพจึงควรขยายออกไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น มีระบบเชื่อมโยงกันระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล และสถานบริการสุขภาพ แทนที่จะให้การดูแลในระยะเฉียบพลันเป็นส่วนใหญ่ และลดช่องว่างในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยเหลือบุคคลที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาด้วย ดังนั้นการบริการสุขภาพจึงต้องให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้กับประชาชน ได้แก่ จัดระบบการส่งต่อที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์เต็มที่จากการมาโรงพยาบาล จัดบริการสุขภาพตามบ้าน จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรศัพท์ สนับสนุนการมีบริการสุขภาพอื่นๆ เช่นคลินิกบรรเทาอาการเจ็บปวด สนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536: 161-162)ระบบบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดยเฉพาะโทรศัพท์นับเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับพยาบาลในการสร้างสรรค์งานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยให้การขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 2000)และสามารถช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกภายหลังการจำหน่าย (Elliott and Reimer, 1998) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ยังเป็นอีกวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้และคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้มีการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายที่ถูกต้องมีวิธีการได้หลายวิธี เช่นการเยี่ยมบ้าน แต่ก็ประสบปัญหาในการดำเนินงานเนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลในด้านให้ความรู้ คำแนะนำ การสนับสนุน ให้ความมั่นใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะฉะนั้นการรักษายาบาลผู้ป่วยไม่ควรสิ้นสุดการดูแล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ควรพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เน้นระบบการดูแลที่ครอบคลุม ลักษณะบริการที่ต่อเนื่องครบวงจรให้เพิ่มมากขึ้น โดยมีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลและส่งต่อ หรือจัดหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ซึ่งการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นวิธีการที่สะดวกและรวดเร็ว สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย มีประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ , 2549: 25)

โทรศัพท์เป็นเทคโนโลยีแรกเริ่มในการติดต่อสื่อสาร และเป็นที่ยอมรับกันว่าช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นเครื่องมือในด้านการนัดหมาย ประเมินพฤติกรรม ติดตามอย่างใกล้ชิด และให้การแก้ไขในภาวะวิกฤติ (Liedson, 1997 cited in Maheu, Whitten and Allen, 2001: 77) โทรศัพท์มีวิธีใช้ค่อนข้างง่าย เข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย ประหยัดเวลาบุคลากรและ ค่าใช้จ่าย (Stricklin, Jones, and Niles, 2000 อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) สามารถติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้จำนวนมากในแต่ละสัปดาห์ สะดวก รวดเร็ว แต่ในขณะที่การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถติดตามผู้ป่วยจำนวนมากได้ในหนึ่งสัปดาห์ (Kinsella, 1997 อ้างถึงใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นบทบาทของพยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการติดตามให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมายการบริการ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548; Shu et al, 1996 อ้างใน นงเยาว์ ภูริวัฒนกุลและคณะ, 2549) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้มากขึ้นทั้งในด้านความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเดิม (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548)

ในการศึกษา ของ Elliott and Reimer (1998); จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ (2535) และ นงคินุช สุเมธ (2545) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการกำลังใจจากพยาบาล ซึ่งบางครั้งที่โทรศัพท์เข้ามาคุยด้วยอาจไม่มีเรื่องปรึกษาแต่รู้สึกสบายใจที่ได้พูดคุยกับคนที่เข้าใจซึ่งสามารถช่วยประคับประคองจิตใจได้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Shearer, Cisar and Greenberg (2007) ที่พบว่าจะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น เช่นการชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน การสังเกตภาวะบวม และการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shu, Merminia and Nystrom (1996) ที่พบว่าสร้างความมั่นใจในการดูแลหลังจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้านได้ โดยกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ การให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2 ครั้ง พบว่าในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ภาวะการดูแล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จารึก ธานีรัตน์ (2544) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนความสามารถในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแล

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล และพบว่าภาวะและความรับผิดชอบในระหว่างให้การดูแล ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลสูง แต่ความเครียดจะน้อยลงถ้าได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลสำคัญและบุคคลในระบบเกื้อหนุน

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองรับรู้ต่อภาวะการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล

ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะการดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามทางโทรศัพท์

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่าย พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์จะ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) ได้ศึกษาผลของการให้การดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้งๆละประมาณ 15-20

นาที่ หลังการจำหน่าย 2 และ 7 วัน มีความรู้ทั้งในด้านความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม

Elliott and Reimer (1998) ได้ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามารดาที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 1-7 วันแรกหลังการจำหน่าย มีการเลี้ยงดูทารกและสามารถช่วยปรับระดับประคองจิตใจมารดาได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการติดตามทางโทรศัพท์

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการปรับระดับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง โดยใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย พบว่าสามารถช่วยปรับระดับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรังได้

Shearer, Cisar and Greenberg (2007) ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ในการช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เริ่มจาก ครั้งที่ 1 ภายใน 3 วันของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และนับครั้งต่อไปอีกในอาทิตย์ที่ 2, 4, 6, 8, 12 หลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีความสามารถในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ ดีกว่ากลุ่มควบคุม

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และการใช้โทรศัพท์นำมาช่วยเสริมในส่วนของการชี้แนะและการให้คำปรึกษาตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว โดยที่ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง โดยแบ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง และเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยอีก 6 ครั้ง รวมระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมดคือ 1 เดือน ดังรายละเอียด

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและแสดงความปรารถนาดี ที่จะช่วยเหลือบรรเทาภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างจริงใจเป็นรายบุคคล

1.2 อธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยและประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และอธิบายความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ดูแลให้เข้าใจ

1.3 ประเมินระดับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยในการระบุความต้องการในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆได้เหมาะสมก่อนการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ขั้นที่ 2 การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ผู้วิจัยกับผู้ดูแลร่วมกันระบุความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละราย ที่อาจมีความแตกต่างกันจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันในด้านต่างๆเพื่อออกแบบระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและผู้ดูแลสามารถสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ซึ่งเกิดจากการร่วมมือช่วยเหลือกันระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัยในการร่วมระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางในกิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเองทั้งหมด ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนได้รับทราบถึงปัญหาความต้องการของตนเอง ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลที่ตรงกับผู้ป่วยที่ตนเองต้องรับผิดชอบในการดูแลได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

ขั้นที่ 3 การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล

ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การตัดสินใจ วางแผน และจัดกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและสถานะของผู้ดูแล

3.1 ด้านการสอน สาธิตและพัฒนาทักษะผู้ดูแลเป็นรายบุคคลที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสอนในเรื่องที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการรู้ และเนื้อหาที่สอนจะเสริมจากความรู้เดิมร่วมกับการปฏิบัติตามประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล ความพร้อมของการเรียนรู้อบรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย มีการประเมินผู้ดูแลในการเรียนรู้อบรม เนื้อหาและวิธีการสอน และปรับให้เข้ากับการเรียนรู้ของผู้ดูแลแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน ควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมและเอื้อต่อการเรียนรู้ ความมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น

ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหา

3.2 ด้านการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจพัฒนาทักษะความสามารถที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ โดยมีผู้วิจัยคอยสนับสนุนให้กำลังใจด้วยคำพูด กิริยา ท่าทาง การสัมผัส การรับฟังความทุกข์ และการช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ให้คำแนะนำเพิ่มเติม สอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านการดูแลผู้ป่วยและข้อสงสัยจากการใช้คู่มือในการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาและช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล ช่วยเหลือในกิจกรรมที่ซับซ้อนยุ่งยากที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

3.3 ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีการพัฒนาความสามารถในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคง มั่นใจ และมีแหล่งสนับสนุนให้ผู้ดูแลที่จะช่วยลดภาระการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดไปโดยให้คู่มือแก่ผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ

3.4 ด้านการชี้แนะ และการให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยชี้แนะให้ผู้ดูแล เลือกใช้วิธีหรือการตัดสินใจที่ความเหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง โดยที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ถูกต้อง ที่เป็นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย

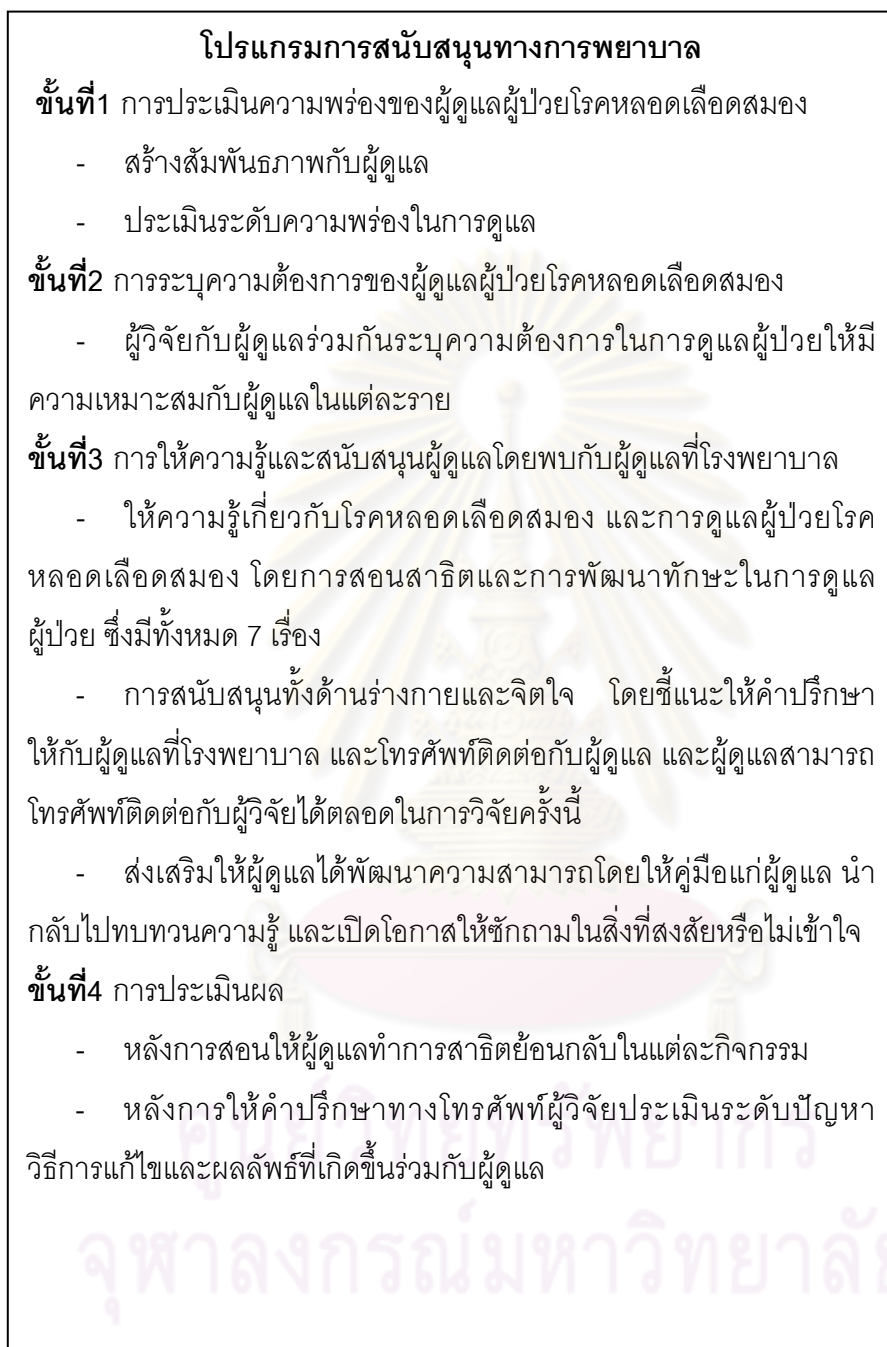
ขั้นที่ 4 การประเมินผล

หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนครบตามที่กำหนด โดยจะทำการประเมินผลเป็น 2 ขั้นตอน คือ

4.1 หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เกิดความมั่นคง มั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปได้

4.2 หลังการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีการบันทึกรายละเอียดของปัญหาที่พบ ประเมินระดับของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์ที่ได้หลังการนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



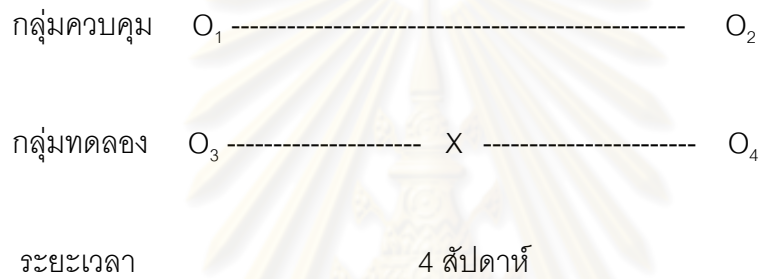
**ภาระการดูแล
ของผู้ดูแล**

- ภาระเชิง
อัตนัย
- ภาระเชิงปร
นัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest Posttest control Group Design) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกุ่มทดลอง และเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยหลังการทดลองระหว่างกุ่มควบคุมและกุ่มทดลอง



- X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- O₁ หมายถึง ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด 4 สัปดาห์
- O₃ หมายถึง ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- O₄ หมายถึง ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่มีความสัมพันธ์สายตรงซึ่งอาจเป็นมารดา ภรรยา หรือบุตรสาวที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและเป็นผู้ที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาค้างเป็นผู้ป่วยในของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน ซึ่งอาจเป็นมารดา ภรรยา และบุตรสาว มีอายุ 16 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และเป็นผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล และอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลค้างนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. มีอายุค้างตั้งแต่ 16 - 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและรับการรักษาค้างที่สถาบันประสาทวิทยา
3. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ในการเข้าร่วมศึกษาค้างในครั้งนี้ได้
4. มีความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งมีความต้องการการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ไปจนถึงการพึ่งพาในระดับรุนแรงมาก โดยประเมินจาก Barthel ADL Index
5. ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ มีการรับรู้ที่ดี โดยเฉพาะการพูดและการได้ยิน
2. ผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ และในกลุ่มทดลองผู้ดูแลจะต้องมีโทรศัพท์ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยค้างนี้ยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burns and Grove, 2001) ในการวิจัยค้างนี้ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยดูจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม และให้กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทดลอง

โดยคำนึงถึงความเหมือนกันของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือภรรยา จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกัน อย่างแน่นแฟ้น และความสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันจะนำไปสู่ ความคาดหวัง และความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระมาก (Choi-Kwon et al., 2005)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำเอาหลักการของการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของบุคคลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย การพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความบกพร่องทางร่างกายที่พบ และระดับความต้องการการดูแล

1.1.3 แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาของผู้ป่วย โดยประเมินจาก Barthel ADL Index (Jitapunkul et al., 1994) ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542 หน้า 148-150 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ได้นำแบบประเมินของ Collin et al. (1988) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนไทย โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .79 ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย

โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้ 4 ระดับ ตามระดับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	0 – 4	คะแนน	หมายถึง	การฟังพาระดับรุนแรงมาก
ช่วงคะแนน	5 – 8	คะแนน	หมายถึง	การฟังพาระดับรุนแรง
ช่วงคะแนน	9 – 11	คะแนน	หมายถึง	การฟังพาระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	12 – 20	คะแนน	หมายถึง	การฟังพาระดับต่ำเล็กน้อย

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแล หรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

1.2 แบบประเมินภาวะการดูแล

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) จากแนวคิดของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) และผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 23 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเชิงอัตนัย จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเชิงปรนัย จำนวน 11 ข้อ สำหรับการประเมินภาวะในการดูแลผู้ป่วยทำโดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีประสบการณ์ ความรู้สึกและความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด คำถามแต่ละข้อจะตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดนั้น ประเมินโดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา	5	คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน	4	คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์	3	คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย	1	คะแนน

โดยให้ผู้ดูแลประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 คะแนน นำคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลในแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ย แล้วหารด้วยจำนวนข้อของภาวะในด้านนั้นๆ ได้แก่ คะแนนรวมของภาวะเชิงอัตนัยนำไปหาค่าเฉลี่ยแล้วนำไปหารด้วย 12 และคะแนนรวมของภาวะเชิงปรนัยนำไปหาค่าเฉลี่ย แล้วหารด้วย 11 จะได้เป็นค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านของภาวะที่ใช้ในการประเมินค่าคะแนน สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูต (2542 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544)

คะแนน	4.50 – 5.00	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนน	3.50 – 4.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนน	2.50 – 3.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนน	1.50 – 2.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนน	1.00 – 1.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล

ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลโดยการค้นคว้าจากตำรา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และเลือกใช้โทรศัพท์เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่น่ามาช่วยเสริมในส่วนของการชี้แนะและการให้คำปรึกษาตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ประกอบไปด้วยสื่อการสอนดังนี้

2.1.1 คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาของการสอนและการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการค้นคว้าจากตำรา ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 7 หน่วยความรู้ ได้แก่

หน่วยความรู้ที่ 1 ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยความรู้ที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน

หน่วยความรู้ที่ 3 การดูแลพิเศษเฉพาะด้าน
 หน่วยความรู้ที่ 4 การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 หน่วยความรู้ที่ 5 การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย
 หน่วยความรู้ที่ 6 การดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหาร
 การเคลื่อนไหวข้อต่อ
 หน่วยความรู้ที่ 7 การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความสามารถในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ พร้อมทั้งจะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้

3.1 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของจินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) และเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 7 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปของผู้ป่วย
3. การดูแลพิเศษเฉพาะด้าน
4. การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย
6. การดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ
7. การดูแลด้านจิตใจ

การคิดค่าคะแนนของแต่ละข้อ แบ่งระดับความสามารถของผู้ดูแล ออกเป็นระดับมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 ซึ่งแสดงถึงระดับของความถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอของการดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมีการประเมินผลและปรับวิธีอยู่เสมอ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย หรือส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนแต่ขาดการประเมินผลการดูแล หรือไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมออาจมีผลให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ได้ผลเต็มที่

1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง แต่ไม่ครบถ้วนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

สำหรับเกณฑ์ในการประเมินความสามารถของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมีการประเมินผลและปรับวิธีอยู่เสมอ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย หรือมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ดูแลมีคะแนนการประเมินความสามารถ 3 คะแนน จึงจะสามารถประเมินได้ว่าผ่านเกณฑ์

การประเมินผลหลังการสอนประเมินโดยให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถเพื่อระดับคะแนนว่าถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์ หรือไม่ หมายถึงในแต่ละกิจกรรมจะต้องได้คะแนนความสามารถ 3 คะแนน หากไม่ถึงเกณฑ์จะทำการพูดคุยซักถามข้อสงสัยในส่วนที่ไม่เข้าใจ

ซึ่งพบว่าผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง โดยดูได้จากแบบประเมินความสามารถผู้ดูแลที่มีระดับคะแนนถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยเหตุผลที่ผู้ดูแลสามารถทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง เพราะว่าเป็นการสอนและสาธิตรายบุคคลที่มีเวลาในการให้คำแนะนำและการสอนสาธิตในแต่ละกิจกรรมต่าง ๆ ได้ละเอียด และเป็นกิจกรรมที่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ เป็นเหมือนการติวเข้ม ที่สามารถทำให้ผู้ดูแลมีระดับคะแนนถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์ทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดภาวะการดูแล โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบไปด้วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

1. แพทย์จากสถาบันประสาทวิทยาผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคในในระบบประสาทวิทยา จำนวน 1 คน

2. พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคในระบบประสาทวิทยา และเป็นอาจารย์สอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาทวิทยาของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคในระบบประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางด้านภาวะการดูแลของผู้ดูแล จำนวน 1 คน

1. แบบวัดภาวะการดูแล

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการลำดับเนื้อหา และค่านวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของภาวะด้านอัตนัย เท่ากับ .83 และภาวะด้านปรนัย เท่ากับ .83 และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของภาวะการดูแลแต่ละด้านพบว่า ภาวะเชิงปรนัย ได้เท่ากับ .81 ภาวะเชิงอัตนัย ได้เท่ากับ .88 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้ คือ

ภาวะเชิงอัตนัย

1. ควรเติมชื่อโรคของผู้ป่วยคือโรคหลอดเลือดสมองในข้อคำถามทุกข้อ
2. ปรับข้อคำถามข้อที่ 5 คือ ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วย เป็น ท่านรู้สึกเศร้าใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากคำว่ารู้สึกซึมเศร้า อาจทำให้เกิดความเข้าใจไปในความหมายของผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติทางด้านจิตใจได้
3. ปรับข้อคำถามข้อที่ 6 คือท่านรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยดูว่าท่าน เป็นท่านรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงท่าที่ไม่พอใจท่าน เนื่องจากถ้าผู้ป่วยดูว่าไม่ได้ แต่แสดงท่าทางแทน อาจทำให้เกิดความเข้าใจความหมายที่ไม่ตรงกันได้

4. ปรับข้อคำถามข้อที่ 8 คือท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิผู้ป่วย เป็นท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือนึกตำหนิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากในบางครั้งไม่ได้ตำหนิด้วยคำที่พูดออกมา แต่อาจเป็นการนึกคิดในใจ

5. ปรับข้อคำถามข้อที่ 9 คือท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยออกนอกบ้าน เป็นท่านรู้สึกกังวลใจหากต้องพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกนอกบ้าน เนื่องจากบางครั้งเหตุการณ์นั้นอาจเกิดหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้

6. ปรับข้อคำถามข้อที่ 10 คือท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วย เป็นท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่เกินกำลัง เพราะไม่แน่ใจว่ารู้สึกสงสารเป็นภาระอย่างไร แต่เมื่อดูจากนิยามศัพท์แล้วน่าจะใช้คำว่าเกินกำลังหรือกดดันจะมีความเหมาะสมกว่า

ภาระเชิงปรนัย

1. ควรเติมชื่อโรคของผู้ป่วยคือโรคหลอดเลือดสมองในข้อคำถามทุกข้อ

2. ปรับข้อคำถามข้อที่ 2 คือ ท่านต้องเสียเวลาทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย เป็นท่านต้องเสียเวลาทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้อ่านได้เข้าใจง่ายขึ้น

3. ปรับข้อคำถามข้อที่ 3 คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลงท่านต้องรับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเลวลงท่านต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้อ่านได้เข้าใจง่ายขึ้น

4. ปรับข้อคำถามข้อที่ 4 คือผู้ป่วยทำให้ท่านโกรธ เป็นภาระเชิงอัตนัยไม่ใช่เชิงปรนัย ควรตัดออก

5. ปรับข้อคำถามข้อที่ 5 คือการดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ท่านนอนหลับไม่เพียงพอ เพื่อให้อ่านได้เข้าใจง่ายขึ้น

6. ปรับข้อคำถามข้อที่ 12 คือการดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ เพราะอาการปวดศีรษะมักเกิดขึ้นได้ง่ายเช่นเดียวกับอาการอ่อนเพลีย และรับประทานอาหารไม่ได้

2. โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการลำดับเนื้อหา และค่านวนค่า

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ .80 และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 ราย พบว่ามีความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา ของแต่ละกิจกรรม

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้ คือ

ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอน และในคู่มือให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ปรับปรุงเนื้อหาบางส่วนซึ่งละเอียดมากไป และมีขั้นตอนที่ซับซ้อน เคร่งครัด คล้ายกับสอนนักศึกษาพยาบาลซึ่งเมื่อนำไปใช้กับผู้ดูแลอาจทำให้เพิ่มภาระของผู้ดูแล ควรจะปรับให้ง่ายขึ้น เน้นในหลักการที่สำคัญเพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทที่บ้านได้มากกว่า

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการลำดับเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 ราย พบว่ามีความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา ของแต่ละกิจกรรม

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ปรับรายละเอียดของข้อคำถามข้อที่ 1 คือ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ สังเกตระดับความรู้สึกตัว สังเกตลักษณะอาการมีไข้ สังเกตลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตลักษณะการขับถ่ายอุจจาระ โดยปรับเพิ่มอีก 10 ข้อ คือ ซีพจร การหายใจ สีผิวหนังริมฝีปาก ข้อติด แผลกดทับ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว ความเครียดของผู้ป่วย ความตึงตัวของผิวหนัง

2. ปรับรายละเอียดของข้อคำถามข้อที่ 5 เพิ่มการแสดงออกถึงการให้กำลังใจซึ่งอาจมีวิธีที่มากกว่านี้ควรเป็นคำกว้างๆ การปลอบใจ การยอมรับในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

3. ปรับกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ให้เป็นด้านเดียวกัน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

โดยปรับเพิ่มเป็น

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวอาการมีไข้ ซีพจรการหายใจสีผิวหนังและริมฝีปาก ภาวะข้อติด ความตึงตัวของผิวหนัง การเคลื่อนไหว ลักษณะแผลกดทับ การรับประทานอาหาร ความเครียดของผู้ป่วย การนอนหลับ

การขับถ่ายปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ

2. การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป ได้แก่ การป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การสระผมผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การทำความสะอาดปากและฟันผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและฝีเย็บ

3. การดูแลเฉพาะด้าน ได้แก่ การดูดเสมหะกรณีผ่านเข้าทางช่องปากกรณี ผ่านเข้าท่อเจาะคอหลอดลม การทำความสะอาดแผลผ่าตัดหลอดลมคอ การทำความสะอาดแผลกดทับ

4. การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การจัดท่านอน นอนหงายนอนตะแคง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังรถเข็นหรือเก้าอี้ และจากรถเข็นหรือเก้าอี้ไปยังเตียง การช่วยเหลือการเดิน

5. การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย ได้แก่ การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังรถเข็นหรือเก้าอี้ การเคลื่อนย้ายจากรถเข็นหรือเก้าอี้ไปยังเตียง การช่วยเหลือในการเดิน

6. การจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ ได้แก่ การจัดทำของมือ การออกกำลังกายไหล่และแขน หมุนแขนข้ามศีรษะ กางแขน การออกกำลังกายไหล่และศอก โดยการหมุนแขน การงอและเหยียดข้อศอก การงอข้อมือ การงอนิ้วและเหยียดนิ้ว การกางและหุบนิ้วมือ การงอและเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่า การกางขาและการหุบเข่า การบิดสะโพก การออกกำลังเท้า

7. การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ได้แก่ พุดคุยและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย แสดงออกถึงการให้กำลังใจและการปลอบใจผู้ป่วย ยอมรับในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัย

เริ่มตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย หอผู้ป่วยพิเศษประสาทวิทยา หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองให้มีความรู้ในด้านการให้คำปรึกษา โดยการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาในหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2550 จำนวน 2 หน่วยกิต

1.2 เตรียมเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยจาก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์การพึ่งพาของผู้ป่วย โดยประเมินจาก Barthel ADL Index และขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำเครื่องมือมาพัฒนาเป็นแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมในงานวิจัยในครั้งนี้ และพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดที่กล่าวมา

1.3 เตรียมสถานที่ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย หอผู้ป่วยพิเศษประสาทวิทยา หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย หอผู้ป่วยพิเศษประสาทวิทยา หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งมีการพึ่งพาของผู้ป่วยในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง โดยผู้วิจัยขอพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมโดยดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายของศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป และนัดพบผู้ดูแลผู้ป่วยอีก 4 สัปดาห์ ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 พบผู้ดูแลที่ห่อผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และประเมินภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา และก่อนการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้

สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยเหลือบรรเทาภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างจริงใจเป็นรายบุคคล จากนั้นอธิบายขั้นตอนของการทำวิจัยและประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยกับผู้ดูแลร่วมกันระบุนความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแลรายบุคคลทุกเรื่องที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยตามรายบุคคล และเฉพาะด้านในเรื่องที่ผู้ดูแลมีความพร้อมโดยอาศัยข้อมูลจากประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นรายๆไป ตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ ด้านการสอน สาธิตและพัฒนาทักษะผู้ดูแล เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการให้การดูแล ให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ซับซ้อนยุ่งยากที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เพื่อเป็นการให้กำลังใจให้พัฒนาทักษะความสามารถต่อไป

ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ดูแลได้มีการพัฒนาความสามารถในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้คู่มือแก่ผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ด้านการชี้แนะ และให้คำปรึกษากับผู้ดูแล ในการเลือกใช้วิธีหรือการตัดสินใจที่ความเหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล ในระหว่างการพบกันที่โรงพยาบาล และ เลือกใช้ช่องทางการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่งตลอดเวลาในระหว่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยกระบวนการให้คำปรึกษาที่ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน และผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ถูกต้อง ที่เป็นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

1. หลังการสอนให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถได้ตามเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์
2. หลังการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุกครั้งจะมีการบันทึกในส่วนของปัญหาที่พบ การแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ครั้งที่ 2 พบผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ห่างจากครั้งที่ 1 1 วัน)

ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้ไปกับผู้ดูแล และให้ความรู้ สนับสนุนผู้ดูแลรายบุคคล ตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปของผู้ป่วย เน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทักษะ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการประเมินความสามารถของผู้ดูแลเพื่อระดับคะแนนว่าถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์หรือไม่ หากไม่ถึงเกณฑ์จะทำการพูดคุยซักถามข้อสงสัยในส่วนที่ไม่เข้าใจ โดยมีผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอยู่ด้วยและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจได้ โดยที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ถูกต้อง ที่เป็นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งตลอดเวลาในระหว่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

1. หลังการสอนให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถได้ตามเกณฑ์ 100 เปอร์เซ็นต์
2. หลังการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุกครั้งจะมีการบันทึกในส่วนของปัญหาที่พบ การแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ครั้งที่ 3 พบผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ห่างจากครั้งที่2 1วัน)

ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้ไปกับผู้ดูแล และให้ความรู้สนับสนุนผู้ดูแล รายบุคคล ตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การดูแลพิเศษเฉพาะด้าน การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย เน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทักษะ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการประเมินความสามารถของผู้ดูแลเพื่อระดับคะแนนว่าถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซนต์หรือไม่ หากไม่ถึงเกณฑ์จะทำการพูดคุยซักถามข้อสงสัยในส่วนที่ไม่เข้าใจ โดยมีผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอยู่ด้วยและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจได้โดยที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ต้องการ ที่เป็นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งตลอดเวลาในระหว่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

1. หลังการสอนให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถได้ตามเกณฑ์ 100 เปอร์เซนต์
2. หลังการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุกครั้งจะมีการบันทึกในส่วนของปัญหาที่พบ การแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ครั้งที่ 4 พบผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ห่างจากครั้งที่3 1วัน)

ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้ไปกับผู้ดูแล และให้ความรู้ สนับสนุนผู้ดูแล รายบุคคล ตามแนวคิดของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ การดูแลด้านจิตใจ เน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทักษะ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจะทำการประเมินความสามารถของผู้ดูแลเพื่อระดับคะแนนว่าถึงเกณฑ์ 100 เปอร์เซนต์ หรือไม่ หากไม่ถึงเกณฑ์จะทำการพูดคุยซักถามข้อสงสัยในส่วนที่ไม่เข้าใจ โดยมีผู้วิจัยคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอยู่ด้วยและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีการซักถามข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจได้ โดยที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลที่ต้องการ ที่เป็นจริง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยโดยที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด 6 ครั้ง ซึ่งตลอดเวลาในระหว่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

1. หลังการสอนให้ผู้ดูแลทำการสาธิตย้อนกลับในแต่ละกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลทำแบบประเมินความสามารถได้ตามเกณฑ์ 100 เปอร์เซนต์
2. หลังการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุกครั้งจะมีการบันทึกในส่วนของปัญหาที่พบ การแก้ไขปัญหา และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ครั้งที่ 5, 6, 7, 8, 9, 10 ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแล หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 15 – 20 นาที (โดยนับต่อจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือวันที่ 1, 3, 5 ของสัปดาห์ที่ 1 และ วันที่ 7, 10, 13 ของสัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ โดยผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย ในด้านข้อมูลต่างๆที่ถูกต้อง ที่เป็นจริง และ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหา หรือต้องการระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยกระบวนการให้คำปรึกษาที่ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน

การสนับสนุนผู้ดูแลในด้านการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละครั้งจะเหมือนกัน เริ่มจากการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้วิจัยจะรับฟังปัญหาและการระบายความรู้สึกของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ให้การยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล ตลอดจนให้กำลังใจผู้ดูแลโดยการกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถแก้ไขปัญหาและปรับสภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านอารมณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆได้ และผู้วิจัยจะคอยสนับสนุนข้อมูลที่เป็นจริงเป็นทางเลือกในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาให้กับผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะใช้วิธีใดที่ตนเองเห็นว่าดีและเหมาะสมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาอื่นๆ

ขอยกตัวอย่างการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแล ตัวอย่างเช่น

กรณีที่ 1.

ผู้ดูแล : “พี่อยากจะปรึกษาว่า มีคนรู้จักที่สนิทกันเขาเอายามาให้ แบบเป็นผงๆนะ ให้มาต้มกินทุกวัน และอีกห่อก็เป็นผงๆเหมือนกันแต่ให้เอามาน้ำเป็นก้อนๆเองกินทุกวันเหมือนกัน เขาบอกว่าญาติเขาก็เป็นแบบแม่น้ำแหละ พอกินยาได้สักพักก็ดีขึ้นเดินได้เองเลย แต่พี่ก็กลัวว่ามันจะอันตรายเพราะดูจากทีวีเขาก็ว่าไม่ดี แต่คนที่รู้จักเขาก็บอกว่าหายมาหลายคนแล้ว พี่ไม่รู้ว่าจะลองให้แม่กินดูได้มั้ย”

ผู้วิจัย : ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ดูแลว่ายาดังกล่าวจัดอยู่ในประเภทไหน มีอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างไร และสอบถามผู้ดูแลต่อไปว่า จะตัดสินใจอย่างไร กับยาชนิดนี้และผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลรับฟัง เข้าใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ผู้ดูแล : “ถ้าอย่างนั้นก็คงต้องบอกกับคนรู้จักเขาไปก่อนว่า ยังไม่เอา แต่ก็กลัวเขาจะโกรธเหมือนกันนะที่ปฏิเสธความหวังดี แต่ก็ช่างเถอะ แม่เราเขาก็ห่วง เขาไว้ก่อนดีกินยาตามที่หมอที่โรงพยาบาลให้มาดีกว่าที่เห็นๆก็หายตั้งเยอะ”

ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าใจถึงอันตรายจากยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

กรณีที่ 2.

ผู้ดูแล : “บางทีป้ารู้สึกโกรธมากเลยนะว่าทำไมไม่ต้องมาหุงดองกับป้าด้วย ป้าเหนื่อยนะที่ต้องมาดูแลเขา แต่เขาก็ช่างไม่รู้เอาซะเลย เวลาทำอะไรไม่ได้ตั้งใจก็โมโหใส่ป้า ถ้าใครไม่มาเจอแบบป้าก็ไม่รู้หรือว่าเป็นยังไง”

ผู้วิจัย : รับฟังปัญหาและการระบายความรู้สึกของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ให้การยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล หลังจากที่ผู้ดูแลระบายความรู้สึกได้สักพัก สังเกตว่าน้ำเสียงและอารมณ์ค่อยๆดีขึ้น และคลายความโมโหลง จึงสอบถามกลับถึงความรู้สึกในขณะนี้เปรียบเทียบกับตอนแรกเป็นอย่างไร และอธิบายในเรื่องของความบกพร่องทางด้านร่างกาย ปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด

ผู้ดูแล : “จะพยายามเข้าใจไม่โกรธเขาคืน เพราะที่เขาเป็นเพราะเขาไม่สบาย แต่เราเป็นคนปกติก็ต้องไม่ไปโกรธเขา”

ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก รู้สึกดีที่มีคนรับฟังปัญหา เพราะไม่รู้จะไปบ่นให้ใครฟัง

กรณีที่ 3.

ผู้ดูแล : “ไหนๆหนูก็โทรมา พี่ขอระบายหน่อยนะ พอแฟนพี่ออกจากโรงพยาบาลมาก็กลับไปสูบบุหรี่อีกแล้ว ตอนอยู่โรงพยาบาลหมอบอกว่าไม่ดีกว่าก็เชื่อก็หยุดสูบ แต่พอมายู่บ้านก็กลับไปสูบบุหรี่อีกแล้ว พี่บอกเขาก็ไม่เชื่อ หนูลองคุยกับเขาทีสิ เผื่อเขาจะฟังบ้าง”

ผู้วิจัย : รับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ให้การยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ดูแลร้องขอ สอบถามผู้ป่วยว่าทำไมตอนอยู่ที่โรงพยาบาลจึงอดบุหรี่ได้เป็นอาทิตย์ และพอกลับบ้านทำไมถึงกลับไปสูบบุหรี่อีก

ผู้ป่วย : “ตอนอยู่ที่โรงพยาบาลรู้สึกว่าจะตัวเองไม่สบาย หมอและพยาบาลก็ห้ามว่าไม่ได้ และอีกอย่างก็กลัวว่าจะไม่หาย กลัวจะเป็นอัมพาตหนักกว่าเดิม ก็เลยทนเอา ไม่สูบ แต่ตอนนี้ อาการดีขึ้นแล้วก็น่าจะสูบได้เหมือนเดิม และก็ไม่ต้องกลัวเป็นอัมพาต” ได้อธิบายให้ผู้ป่วย รับทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่และผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแล : “รู้สึกสบายใจที่เขาจะพยายามอดบุหรี่ เพราะเป็นห่วงเขากังวลว่าเขาจะกลับไป เป็นอัมพาต อัมพาตอีก แต่ได้ยืนยันว่าเขาจะเลิกก็รู้สึกสบายใจ ที่นี้จะได้อ่างได้ว่าคุยกันกับหนูไว้ แล้ว จะได้ไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก”

ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหา ในส่วนของผู้ป่วย รับฟังและเข้าใจในพิษภัยของการสูบบุหรี่ รวมไปถึงโทษของบุหรี่ที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก ทำให้รู้สึกกลัวและสัญญาว่าจะ พยายามเลิกให้ได้ และในส่วนของผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก รู้สึกดีที่มีคนรับฟังปัญหาและช่วยกัน ร่วมกันหาวิธีแก้ไขปัญหา

กรณีที่ 4.

ผู้ดูแล : “ก่อนหน้านี้ก็รู้สึกกังวลและไม่เข้าใจว่าทำไมสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยจึงดู แปรปรวน หงุดหงิดง่าย พอไปอ่านจากคู่มือที่ให้มาก็รู้สึกว่ามันเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ แต่ก็ ยังไม่แน่ใจว่าเข้าใจถูกต้องหรือเปล่า บ้าเลยตัดสินใจโทรหาหนู พอได้ฟังหนูอธิบายแล้วก็รู้สึกดีขึ้น และเข้าใจในอาการที่เขาเป็น ก็รู้สึกว่ามันไม่โกรธ ไม่นิโทษเขาแล้ว”

ผู้วิจัย : รับฟังปัญหาของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ให้การยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นของ ผู้ดูแล ตลอดจนให้กำลังใจผู้ดูแลโดยการกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถแก้ไขปัญหา

ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลคลายความกังวลลง

ทั้งนี้สรุปได้ว่าการใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยที่ ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือในส่วนของการใช้ช่องทางโทรศัพท์ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในปัญหา ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ ง่าย เป็นการให้ความช่วยเหลือในเชิงรุก แก้ไขปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ และด้านบุคลากร ทางโรงพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน และนอกจากนั้นผู้ดูแลเองยังสามารถโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยได้ ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ เป็นปัจจุบัน เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในขณะนั้นและผู้วิจัยสามารถให้การ ช่วยเหลือเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึง การได้รับการสนับสนุน

ทางด้านจิตใจจากผู้วิจัยและสร้างความมั่นใจกับตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ความรู้สึกลดน้อยใจ ท้อแท้ใจ เศร้าใจ โกรธ รู้สึกผิดนั้นลดลง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย ของผู้ดูแล (Post-test) หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินผลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 4 สัปดาห์ ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาท เพื่อเสนอโครงการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรม
2. หลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยสถาบันประสาท อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาท เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแล้ว จึงดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กับแพทย์เจ้าของไข้ และรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการเพื่อแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องรับทราบ
4. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบขั้นตอน จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นจึงประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนครบขั้นตอน จำนวน 20 ราย
6. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 20 รายจึงเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จนครบ 20 ราย ตามรายละเอียดข้างต้น

7. ประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยของสถาบันประสาทวิทยา อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกราย มีการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรสสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
4. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและภาวะการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พออนุมานได้ว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
5. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

6. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง หอผู้ป่วยประสาทวิทยาชาย หอผู้ป่วยพิเศษประสาทวิทยา หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู และให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับบ้าน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว อวัยวะของร่างกายที่อ่อนแรง ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	90	18	90
หญิง	2	10	2	10
อายุ (ปี)				
30 - 39	0	0	1	5
40 - 49	6	30	3	15
50 - 59	14	70	16	80
	$\bar{X}=52.30,SD=6.26$		$\bar{X}=52.60,SD=5.71$	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	6	30	4	20
ความดันโลหิตสูง	7	35	9	45
ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน	6	30	4	20
ความดันโลหิตสูง และ ไชมันในเลือดสูง	1	5	3	15
อวัยวะของร่างกายที่อ่อนแรง				
แขนและขา ข้างซ้าย อ่อนแรง	12	60	15	75
แขนและขา ข้างขวา อ่อนแรง	8	40	5	25
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
0 - 4 คะแนน (การพึ่งพาในระดับรุนแรงมาก)	3	15	2	10
5 - 8 คะแนน (การพึ่งพาในระดับรุนแรง)	7	35	10	50
9 - 11 คะแนน (การพึ่งพาในระดับปานกลาง)	10	50	8	40

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 90 และมีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย = 52.30 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงคิดเป็นร้อยละ 60 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วงคะแนน 9 – 11 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 80

และในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 90 และมีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย = 52.60 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรงคิดเป็นร้อยละ 75 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในช่วงคะแนน 5 – 8 คะแนน หมายถึง มีการพึ่งพาอยู่ในระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 50



ศูนย์วิทยพัทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20 - 29	2	10	2	10
30 - 39	4	20	5	20
40 - 49	5	25	6	25
50 - 59	9	45	7	35
	$\bar{X}=45.30, SD=11.02$		$\bar{X}=44.50, SD=9.62$	
สถานภาพ				
คู่	18	90	17	85
โสด	2	10	3	15
การศึกษา				
ประถมศึกษา	9	45	8	40
มัธยมศึกษา	5	25	5	25
อนุปริญญา	2	10	5	25
ปริญญาตรี	4	20	2	10
อาชีพ				
งานบ้าน	10	50	10	50
รับจ้าง	3	15	6	30
รับราชการ	3	15	2	10
ค้าขาย	4	20	2	10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
ภรรยา	16	80	16	80
บุตรสาว	3	15	3	15
มารดา	1	5	1	1

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 มีอายุเฉลี่ย = 45.30 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 45 โดยมีอาชีพทำงานบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80

และในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 มีอายุเฉลี่ย = 44.50 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีอาชีพทำงานบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80



คุนยวิทยทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

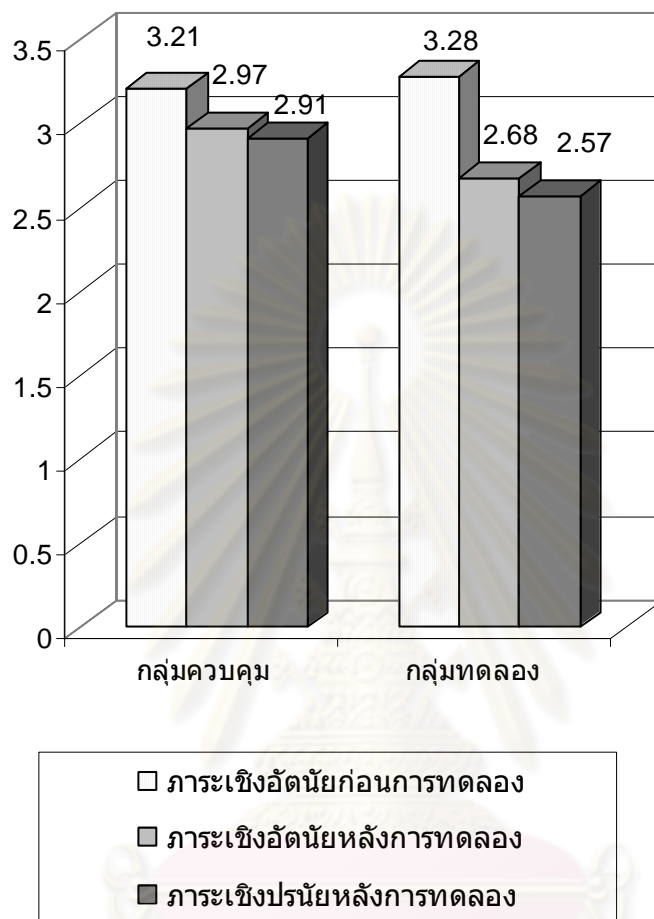
ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเป็นภาวะของกลุ่มควบคุม (n=20) และกลุ่มทดลอง (n=20)

กลุ่ม	ภาวะเชิงอัตนัย				ภาวะเชิงปรนัย	
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ	\bar{X} (SD)	ระดับ
ควบคุม	3.21(0.70)	ปานกลาง	2.97(0.63)	ปานกลาง	2.91(0.47)	ปานกลาง
ทดลอง	3.28(0.59)	ปานกลาง	2.68(0.39)	ปานกลาง	2.57(0.27)	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.21 หลังการทดลองเท่ากับ 2.97 ทั้งนี้มีระดับของภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองเท่าเดิม คือระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองเท่ากับ 2.91 คือเป็นระดับปานกลาง

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.28 หลังการทดลองเท่ากับ 2.68 ทั้งนี้มีระดับของภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองเท่าเดิม คือระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองเท่ากับ 2.57 คือเป็นระดับปานกลาง

นำเอาค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เสนอในรูปกราฟได้ดังภาพที่ 1.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 1 แสดงภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนทดลองและภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (n=20) และกลุ่มทดลอง (n=20) ด้วยสถิติ Dependent t-test

ภาวะเชิงอัตนัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
กลุ่มควบคุม	38.60	8.43	35.65	7.58	2.52*
กลุ่มทดลอง	39.45	7.09	32.25	4.73	6.95*

* p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองเท่ากับ 38.60 และหลังการทดลองเท่ากับ 35.65 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ .05 ($t = 2.52$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองเท่ากับ 39.45 และหลังการทดลองเท่ากับ 32.25 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองที่ระดับ .05 ($t = 6.95$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลองและภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=20) และกลุ่มทดลอง (n=20) ด้วยสถิติ Independent t-test

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
คะแนนภาวะเชิงอัตนัย ก่อนการทดลอง	38.60	8.43	39.45	7.09	-.34 ^{NS}
คะแนนภาวะเชิงอัตนัย หลังการทดลอง	35.65	7.58	32.25	4.73	1.70*
คะแนนภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลอง	32.05	5.17	28.30	3.04	2.79*

NS = No significant, * p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงอัตนัยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 38.60 และของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 39.45 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน

คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 35.65 และของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 32.25 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัย หลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.70$)

คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 32.05 และของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.30 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงปรนัย หลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.79$)



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและภาวะการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแล

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
- 2.ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งอาจเป็นญาติพี่น้อง มารดา ภรรยา บุตร โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีอายุ 16 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคมพ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 8 สิงหาคมพ.ศ. 2551 และเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 40 คน ซึ่งอาจเป็นญาติพี่น้อง มารดา ภรรยา บุตร โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. มีอายุตั้งแต่ 16 - 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและรับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา
3. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ในการเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้
4. มีความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งมีความต้องการการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ไปจนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก โดยประเมินจาก Barthel ADL Index
5. ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านอยู่ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ มีการรับรู้ที่ดี โดยเฉพาะการพูดและการได้ยิน
3. ผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และในกลุ่มทดลองผู้ดูแลจะต้องมีโทรศัพท์ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยาและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลที่หอบผู้ป่วยใน โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน
3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นภรรยา 16 คู่ เป็นบุตรสาว 3 คู่ เป็นมารดา 1 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 แบบประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วย ประเมินจาก ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล
- 1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- 1.4 แบบวัดการะการดูแล

2. เครื่องมือในการทดลอง

- 2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล
- 2.3 คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4 แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 2.1 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยใน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ระยะเวลา และกระบวนการของโปรแกรม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยจับคู่ในแต่ละกลุ่มให้มีความเหมือนกันในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา และนัดพบผู้ดูแลผู้ป่วยอีก 4 สัปดาห์ ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 60 นาที และผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแล หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 15 – 20 นาที และนัดพบผู้ดูแลผู้ป่วยอีก 4 สัปดาห์ ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

3. ประเมินการะการดูแลเชิงอัตนัย และเชิงปรนัยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรสสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลเชิงปรนัยของในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
4. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยและการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พออนุมานได้ว่าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
5. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test
6. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลเชิงอัตนัยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการดูแลเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

1. อภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งสัมพันธ์กับพื้นฐานวัฒนธรรมของสังคมไทยแต่เดิมที่คาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ผูกพันอยู่กับครอบครัวในฐานะของการเป็นบุตรสาว การเป็นภรรยา และเป็นมารดา (Holmstrom, 1973 อ้างถึงใน มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535) ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Hooyman, 1990 cite in May, 1993; รุจา ภูไพบูลย์, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก โสภณ(2540)พบว่าผู้ดูแลที่ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 80 โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 และ 85 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มคืองานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2)

2. อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยของการวิจัยดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของ Orem (1991) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล และการประเมินผล ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่ามีความเป็นภาระน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยเริ่มจากการที่ผู้วิจัยร่วมมือกันกับผู้ดูแลในการการประเมินความพร้อมในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุของ

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความพร่องในการดูแลผู้ป่วย ระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความพร่องในการดูแลคือทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่ามีความเป็นภาระมาก นั้นหมายถึงผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบจากการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย ได้แก่ ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลพิเศษเฉพาะด้านได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย การดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

นอกจากการให้ความรู้และพัฒนาทักษะความสามารถดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแล ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน (อิทธิฐาน ชินสุวรรณ, 2549) เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในขณะที่ทำ ซึ่งผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที (Moehr et al., 2006; Miller, 2006) ทำให้ผู้ดูแลซึ่งต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลเองตามลำพังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รู้สึกได้ถึง การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (นงคินุช สุเมธ, 2545) นั่นคือการติดต่อสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยและผู้ดูแลยังสามารถโทรศัพท์กลับมาหาผู้วิจัยได้ในกรณีที่พบปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าน้อยลง (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ในด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ (เฟื่องลดดา เคนไชยวงศ์, 2539) และยังได้รับการสนับสนุนความรู้จากพยาบาลอย่างเหมาะสม จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแล และเกิดการรับรู้ถึงภาระในการดูแล ภาระเชิงอัตนัยที่ลดลง (ปิยรัตน์ ตวงสิน, 2545) และนอกจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 60 นาที แล้วยังมีการสนับสนุนในด้านการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแล หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 – 20 นาที ให้ความรู้สึกน้อยใจ ท้อแท้ใจ เศร้าใจ โกรธ รู้สึกผิดของผู้ดูแลลดลง

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด ตีรวาทิ (2545) ที่แสดงถึงผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และ สอดคล้องกับ Elliott and Reimer (1998) ที่ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดับประคองจิตใจมารดาและประเมินสุขภาพทารก โดยใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังการจำหน่าย พบว่าสามารถช่วยระดับประคองจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับ Hunter (2000) ที่ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการระดับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง โดยการใช้อุปกรณ์ในการติดตาม พบว่าสามารถช่วยระดับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรังได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยของการวิจัยดังนี้

ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยหลังการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลตามที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ในการอภิปรายผลการวิจัยของสมมติฐานการวิจัยข้อที่1 ไว้แล้วนั้นจะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลไม่ได้รับการให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความกังวลใจ ไม่มั่นใจ จากการที่ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไรดี กังวลใจว่าอาการแบบไหนของผู้ป่วยที่จะบ่งบอกได้ว่าผิดปกติ กลัวว่ากิจกรรมที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยไปนั้นถูกต้องและปลอดภัยหรือไม่ (สุดศิริ หิรัญฑนหะ, 2541) และหลังจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านความรู้สามารถทำให้ผู้ดูแลมองเห็นปัญหาความต้องการและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) มีความสามารถที่จะตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างได้เอง โดยมั่นใจว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยได้ (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)และการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (อัญชลี ทรงผาสุข, 2547) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ (ปิยรัตน์ ตวงสิน, 2545)และผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับความช่วยเหลือในส่วนของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในปัญหาต่างๆทางโทรศัพท์ ถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย(Blake, Lincoln and Clake, 2003) และนอกจากนั้นผู้ดูแลเองยังสามารถโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือเป็นผู้ให้

คำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที(อิชิสุราน ชินสุวรรณ, 2549) ทำให้ผู้ดูแลได้รับกำลังใจหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา จะทำให้ความกดดัน อึดอัดใจ และความกังวลใจลดลง (Breu and Dracup, 1987)

สำหรับภาระการดูแลเชิงประนัยหลังการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลฯ ตามที่ผู้วิจัยได้อธิบายไว้ข้างต้นแล้วนั้นจะเห็นได้ว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านความรู้สามารถทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยในแต่ละคนได้รับทราบถึงปัญหาและความต้องการในการดูแลที่เฉพาะเจาะจงตรงกับผู้ป่วยที่ตนเองต้องรับผิดชอบในการให้ดูแล และในแต่ละกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลต้องสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ดูแลทุกคนต้องผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการดูแล และผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินในแต่ละกิจกรรมว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องตามเกณฑ์หรือไม่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลว่าเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเองแล้วจะสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง (จินนะรัตน์ ศรีภักธิญา, 2540) และจากการที่ผู้ดูแลได้รับคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปด้วยนั้น จะทำให้ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปทบทวน และทำความเข้าใจด้วยตนเองเพิ่มเติมที่บ้าน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้องตลอดไป (จอม สุวรรณโณ, 2546) และการให้ความช่วยเหลือในส่วนของกาเป็นผู้ให้คำปรึกษาในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และให้การสนับสนุนด้านข้อมูล การได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินจากสภาพผู้ป่วยได้ว่าควรที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในด้านใดก่อนหลัง กิจกรรมใดควรรีบทำก่อน กิจกรรมใดที่รอได้ และประเมินได้ว่าในแต่ละกิจกรรมนั้นจะต้องใช้เวลาในการดูแลเท่าไร ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดสรรเวลาในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆของตนเองได้ดีขึ้นและสามารถแบ่งเวลามาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลน้อยลงสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการทำกิจกรรมส่วนตัว พบปะเพื่อนฝูงในสังคม มีเวลาพักผ่อน และนอนหลับได้มากขึ้น (Baker, 1993) และจากการที่ได้รับความรู้ ทักษะและขั้นตอนตลอดจนการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆของแต่ละกิจกรรมนั้นสามารถทำให้ภาระงานที่ต้องทำให้ผู้ป่วยนั้นง่ายขึ้น ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการดูแลในแต่ละกิจกรรมได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) และจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงเหตุและผลของการให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆให้สมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นได้รับรู้และเข้าใจได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและกับคนอื่น ๆ ได้อีกด้วย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถรับบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องมี

ภาระหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นมา สามารถปรับวิถีชีวิตส่วนตัว และคงสภาพการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข(กรรณิกา คงหอม, 2546)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายของศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ตัวแปรตามหลังการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมและจินนระวีรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2540) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับพรชัย จุลเมตต์ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ และปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะการดูแลและยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆได้แก่ รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่าย พบว่าการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับวาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) ที่ศึกษาผลของการให้การดูแลสุขภาพทางโทรศัพท์ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองมีความรู้มากขึ้นทั้งในด้านความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับรุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์ และคณะ(2549) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าการให้คำแนะนำปรึกษาสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Mak, Mackenzie and Lui (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้ดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีคนช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล และใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลผู้ป่วย

รับบทบาทเป็นผู้ดูแลไม่ไหว เหนือกับการดูแลผู้ป่วยและสิ่งที่คุณดูแลต้องการคือการได้รับทราบข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย สอดคล้องกับจารึก ธาณิรัตน์ (2544) ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนความสามารถในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับ Arai (2006) ที่ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการในการดูแลรักษาที่บ้านซึ่งพบว่าทำให้คำแนะนำและมีขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับ Shearer, Cisar and Greenberg (2007) ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ในการช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าสามารถช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น

ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและภาวะการดูแลเชิงปรนัยหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระดับของภาวะการดูแลของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คืออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาภาวะการดูแลเชิงอัตนัยเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกเครียดและกังวลใจจากการดูแลผู้ป่วยสูงสุด ซึ่งหากปล่อยให้ความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยๆเป็นประจำจะส่งผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรม ในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น การประเมิน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นการติดตามผลต่อเนื่อง เปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งเพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรม

2. ผลการวิจัยครั้งนี้แม้ว่าภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดลงหลังการทดลองแต่พบว่าภาวะการดูแลเชิงอัตนัยบางข้อยังคงลดลงไม่มากโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการจัดการด้านจิตใจ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยในประเด็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการลดภาวะการดูแลเชิงอัตนัยที่มีประสิทธิภาพต่อไป เช่นอาจใช้กระบวนการกลุ่ม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพ. กิ่งแก้ว ปาจรีย์, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 68-70. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 2547. ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน. กิ่งแก้ว ปาจรีย์, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 162. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.
- กวรรณิกา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา, มีชัย ศรีใส, สุพัฒน์ โอเจริญ และช่อเพ็ญ เตโชพิสาร. 2549. ประสาทศาสตร์พื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ประสิทธิ์การพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547. ความบกพร่องด้านการกำหนดรู้. กิ่งแก้ว ปาจรีย์, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 201-219. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547. ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ. กิ่งแก้ว ปาจรีย์, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 189-199. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.
- จอม สุวรรณโน. 2546. ความสามารถของญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 18 (กรกฎาคม-กันยายน) : 1-21.
- จันทร์เพ็ญ สันตวา. 2548. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัทนาเพรส จำกัด.
- จรรยา วิริยะศุกร. 2539. แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา กฤตยารวรรณ. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการรับรู้ความต้องการของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. 2540. ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารึก ธานีรัตน์. 2544. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. 2541. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล. . พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- นงค์นุช สุเมธ. 2545. ผลของการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มิ่งคล และ กาญจนา วงษ์เลี้ยง. 2549. ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์ที่กระยะพักฟื้น. สงขลานครินทร์เวชสาร 25 (มกราคม - กุมภาพันธ์) : 19 - 27.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. 2540. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว. ในงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2540, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2536. การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. สมจิต หนูเจริญกุล, การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. 161-162. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิเจ.พรินติ้ง.

- บุปผาชาติ ชุนอินทร์. 2541. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและ
ปรับระดับประคองสำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. 2547. ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม. กิ่งแก้ว ปาจรีย์, การฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 225. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.,
- ปิยรัตน์ ดวงสิน. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และ
การสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์. 2539. รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลใน
สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปฏิกิริยาในการ
ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. 2540. สัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิก
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญแข แดงสุวรรณ. 2550. STROKE ฆาตกรเงียบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2535. ผลการศึกษาศักยภาพทัศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย. เอกสาร
ผลงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี
พยาบาลสาร 1 (มกราคม-เมษายน) : 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2546. การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย.
รามาธิบดีพยาบาลสาร 9 (พฤษภาคม-สิงหาคม) : 156-165.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2546. บทบรรณาธิการ การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง บทบาท
พยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. รามาธิบดีพยาบาลสาร 9 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 109-110.
- รัชณี ศรีหิรัญ. 2544. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลัง
จำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น :
ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุ่งฟ้า สราญเศรษฐ์, สุชาดา สุรพันธุ์, สุทธิพร ภัทรชยากุล และนุจรี ประทีปะวนิช. ผลของการให้
คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่โรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์: การทดลองทางคลินิกเชิงสุ่ม. สงขลานครินทร์เวชสาร 24 (กันยายน-ตุลาคม):
407-417
- วาสนา ชนะพลพัฒน์. 2548. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน
พฤติกรรมดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของ
ผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม, ประคอง อินทรสมบัติ และ พรรณวดี พุทธิวงษะ. 2539. ภาวะในการดูแลและ
ความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2
(กันยายน-ธันวาคม) : 16-23.
- วิษณุ กัมมททิพย์. 2547. ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์, การฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, 95-104. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.
- ศรียรัตน์ คุ่มสิน. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ
และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. 2546. ทุกขภาวะของผู้ดูแล. วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4
(กรกฎาคม – กันยายน): 39 -42.

- สมคิด ตริวราภี. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิเจ.พริ้นติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิเจ.พริ้นติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิเจ.พริ้นติ้ง.
- สมนึก สกูลหงส์โสภณ. 2540. ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อ การลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2547. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2536. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. 2547. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. 2541. ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อธิษฐาน ชินสุวรรณ. 2549. ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. 2549. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- อรรถศิลป์ ชื่นกุล. 2542. การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี ทรงผาสุก. 2547. การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2538. ทฤษฎีการพยาบาล : มโนคติและการปฏิบัติ. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (อัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

- Arai, Y. 2006. Family caregiver burden and quality of home care in the context of the long-term care insurance scheme: an overview. Psychogeriatrics 6 : 134-138.
- Arai, Y., Kumamoto, K., and Washio, M. 2004. Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system: J-ZBI. Geriatrics and Gerontology International 4 : S53-S55.
- Arai, Y., Tamiya, N., and Yano, E. 2003. The short version of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI-8): Its reliability and validity. Jpn J GERIAT 40 : 497-503.
- Arai, Y., et al. 2004. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care insurance system. Psychiatry and Clinical Neurosciences 58 : 396-402.
- Baker, A.C. 1993. The spouse's positive effect on the stroke patient's recovery. Rehabilitation nursing 18: 30-33.
- Blake, H., Lincoln, N.B., and Clarke, D.D. 2003. Caregiver strain in spouses of stroke patients. Clinical Rehabilitation 17: 312-317.
- Breu, C. S., and Dracup, K. A. 1987. Helping the spouse of critically ill patients. American Journal of Nursing 78: 51-53.

- Bull, M.J. 1990. Factors influencing family caregiving burden and health. Western Journal of Nursing Research 12: 758-776.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Choi-Kwon, S., Kim, H.S., Kwon, S.U., and Kim, J.S. 2005. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in south Korea. Arch Phys Med Rehabil 86 : 1043-1048.
- Chou, K. R. 2000. Caregiver burden: A concept analysis. Journal of Pediatric Nursing 16 : 398-407.
- Elliott, S., and Reimer, C. 1998. Postdischarge telephone follow – up program for breastfeeding preterm infant discharged form a special care nursery. Neonatal Network 17 : 41-45.
- Elliott, T.R., Shewchuk, R.M., and Richards, J.S. 2001. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial of the caregiver role. Journal of Counseling Psychology 48 : 223-232.
- Grant, J.S., Elliott, T.R., Weaver, M., Glandon, G.L., Raper, J.L., and Giger, J.N. 2006. Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. Arch Phys Med Rehabil 87: 343-350.
- Hunt, C.K. 2003. Concepts in caregiver research. Journal of Nursing Scholarship 35 : 27-32.
- Hunter, E.F. 2000. Telephone support for persons with chronic mental illness. Home healthcare Nurse 18: 172-179.
- Kinsella, A. 2000. Learning home telehealth: New opportunities. Home Healthcare Nurse 18 : 507-511.
- Lidell, E. 2002. Family support-a burden to patient and caregiver. European Journal of Cardiovascular Nursing 1 : 149-152.
- Mak, K.M., Mackenzie, A., and Lui, H.L. 2007. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. Journal of Clinical Nursing 16 : 971-979.
- Maheu, M.M., Whitten, P., and Allen, A. 2001. E-health, telehealth, and telemedicine. San Francisco : A wiley Company.

- Miller, E.A. 2006. Solving the disjuncture between research and practice : Telehealth trends in the 21st century. Health Policy 9 : 1-9.
- Moehr, J.R., Schaafsma, J., Anglin, C., Pantazi, S.V., Grimm, N.A., and Anglin, S. 2006. Success factors for telehealth-A case study. International Journal of Medical Informatics 75: 755-763.
- Montgomery, E., Gonyea, J.G., and Hooyman, N.R. 1985. Caregiving and experience of subjective and objective burden. Family Relations 34 : 19-26.
- Oberst, M. T., Thomas, S.E., Gass, K.A., and Ward, S.E. 1989. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing 12: 209-215.
- Shearer, N.C., Cisar, N., and Greenberg, E.A. 2007. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. HEART AND LUNG 36 : 159-169.
- Shu, E., Mermina, Z., and Nystrom, k. 1996. Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. Home Health Nurse 14 : 155-161.
- Shyu, Y.L., Chen, M., and Lee, H. 2004. Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. Social Science and Medicine 58: 1395-1403.
- Takano, M., and Arai, H. 2005. Gender difference and caregivers' burden in early-onset Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS 5 : 73-77.
- Takeda, Y., et al. 2005. Relationships among impairment, disability, handicap, burden of care, economic expenses, event-related potentials and regional cerebral blood flow in Parkinson's disease. Geriatrics and Gerontology International 2005 : 189-201.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

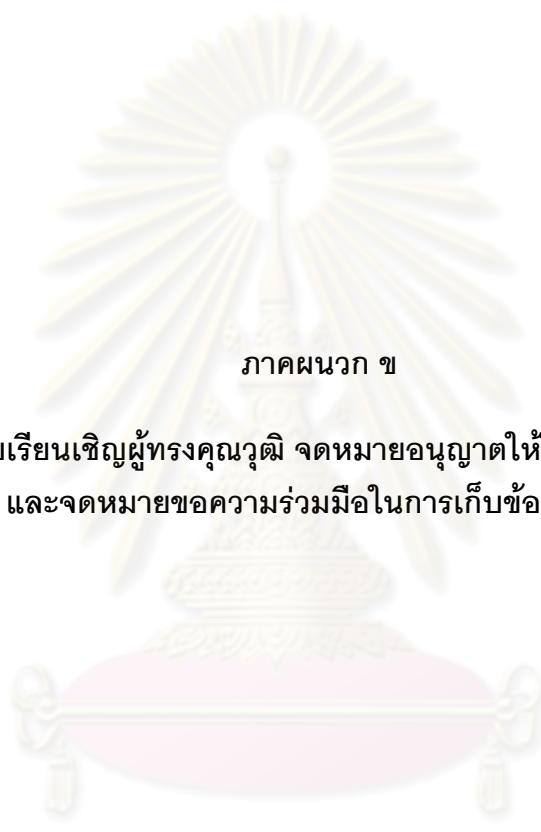
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.พตต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ 10 วช. ที่ปรึกษาผู้อำนวยการด้านการวิจัย หัวหน้าศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา แพทย์ประจำกลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
นางสาวประไพ บุญย์เจริญเลิศ	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0544

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

๑๐ มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล นายแพทย์ 10 วช. ที่ปรึกษาผู้อำนวยการด้านการวิจัย หัวหน้าศูนย์วิจัย
2. นางสาวประไพ บุญย์เจริญเลิศ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอัญชวณิชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และนางสาวประไพ บุญย์เจริญเลิศ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ โทร. 08-1337-1534

ที่ ศษ 0512.11/ ๐๕๓๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๐ มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี ชศกรณ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการดูแลของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ พ.ศ.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ อาจารย์พิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

รองศาสตราจารย์ พ.ศ.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอัญชลี ชศกรณ์ โทร. 08-1337-1534



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0544

วันที่ 10 มีนาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

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

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ โทร. 08-1337-1534

ที่ ศธ 0512.11/ 0544

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการดูแลของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอัญชลี ยศกรรม์ โทร. 08-1337-1534



สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร.02-2564449, โทรสาร 02-2511296

98

13 พฤษภาคม 2551

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ.0512.11/0649 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2551

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ..... 1807
ว.ด.ป..... 16 พ.ค. 51
เวลา..... 9.58 น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ..... 593
ว.ด.ป..... 22 พ.ค. 51
เวลา..... 9.00 น.

ตามหนังสือที่อ้างถึงขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล" ของนางสาวอัญชติยศกรณ์ โดยขออนุญาตใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL Index) นั้น

กระผมยินดีอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบดังกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล)

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

โทร.02-2564449, 02-6524232

โทรสาร. 02-2911296

ที่ ศธ 0512.11/ 0619

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดภาระการดูแล โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน แผนการสอน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

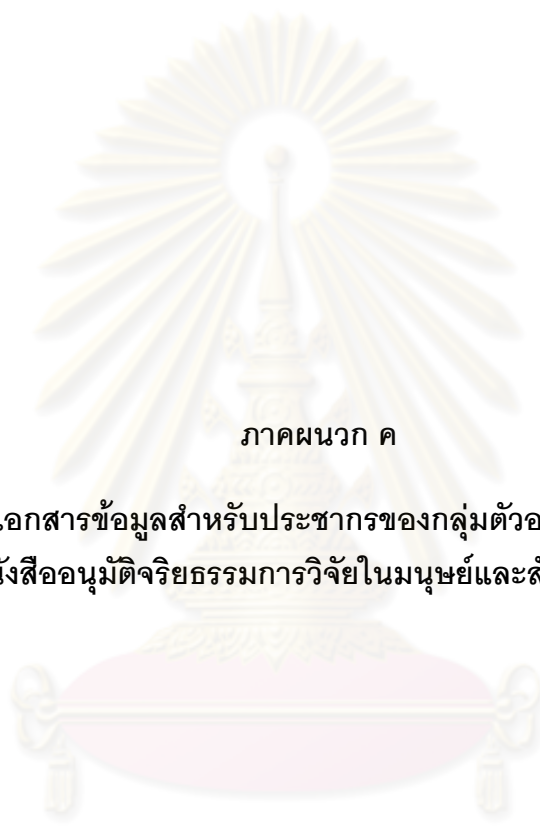
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ โทร. 08-1337-1534



ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรของกลุ่มตัวอย่างและ
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชลี ยศกรณ์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ที่อยู่ 312 แผนกผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ที่บ้าน 393/515 ซอยลาดพร้าว 94 แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10240

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-3547080 ต่อ 2106

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 085-6643113 E-mail: chalee51aod @Gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

3 โครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง ที่โรงพยาบาล และเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย 6 ครั้ง โดยที่ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งละประมาณ 45-60 นาที ในการพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง ที่โรงพยาบาล และใช้การติดต่อทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย 6 ครั้งๆละ ประมาณ 15-30 นาที

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 40 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

4.1.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้อง มารดา ภรรยา บุตร

4.1.2 เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างอยู่ที่บ้านโดยทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงและให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป

4.1.3 สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี โดยเฉพาะการพูดและการได้ยิน

4.1.4 ผู้ดูแลและผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้างนี้ และในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลจะต้องมีโทรศัพท์ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

4.2 โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณสมบัติดังนี้

4.2.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและรับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลของผู้ป่วยได้

4.2.2 ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ให้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้

4.2.3 มีความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งมีความต้องการการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ไปจนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก โดยประเมินจาก Barthel ADL Index

4.3 ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัย และการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน

5. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่ปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวอัญชลี ยศกรรณ์ ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 085-6643113 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 40 คน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวอัญชลี ยศกรณีย์ ที่อยู่ 312 แผนกผู้ป่วยหนัก
ประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จังหวัด
กรุงเทพมหานคร 10400 ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการ
ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัย
รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

สถานที่/วันที่

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(นางสาวอัญชลี ยศกรณีย์)

ลงนามผู้วิจัยหลัก




คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข


โครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล (เลขที่โครงการ 51024)
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา	
เอกสารที่พิจารณา	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล/ผู้ป่วย 3. คู่มือสำหรับ พยาบาล/ผู้ดูแลผู้ป่วย 4. แผนการสอน	
วันที่พิจารณาอนุมัติ	21 พฤษภาคม 2551	

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นภายในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ศูนย์วิทยุรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ


(นางสาวพิมพ์ชนก ทุตยา)

คณะกรรมการและเลขานุการ



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 แบบประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วย ประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel ADL Index)

- 1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- 1.4 แบบวัดภาวะการดูแล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง

- 2.2 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล
- 2.3 คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.4 แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วย (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ Independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแล หรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อคำตอบในช่องด้านซ้ายมือ

แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 4	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรงมาก
คะแนน 5 - 8	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับรุนแรง
คะแนน 9 - 11	คะแนน	หมายถึง	การพึ่งพาระดับปานกลาง
คะแนน 12	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	การพึ่งพาระดับต่ำเล็กน้อย

1 Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
- 1. ตักอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ

2 Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

สรุป Barthel index =คะแนน ระดับความพึ่งพา

1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ ปี

-
-
-
-
-

10. การเดินทางมาโรงพยาบาล (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. รถยนต์ส่วนตัว 2. รถยนต์สาธารณะ 3. เรือ 4. อื่นๆ ระบุ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 แบบวัดภาวะการดูแล

แบบสอบถามภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(ภาวะเชิงอัตนัย)

คำชี้แจง (Pre-test) โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ ดังต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในครั้ง นี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

คำชี้แจง (Post-test) โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ ดังต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา	5	คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน	4	คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์	3	คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือ เกือบไม่มีเลย	1	คะแนน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ท่านรู้สึกท้อแท้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
•					
•					
•					
•					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน

แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(ภาวะเชิงประนัย)

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่าน ซึ่งเกิดจากการดูแล

ผู้ป่วยที่บ้านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

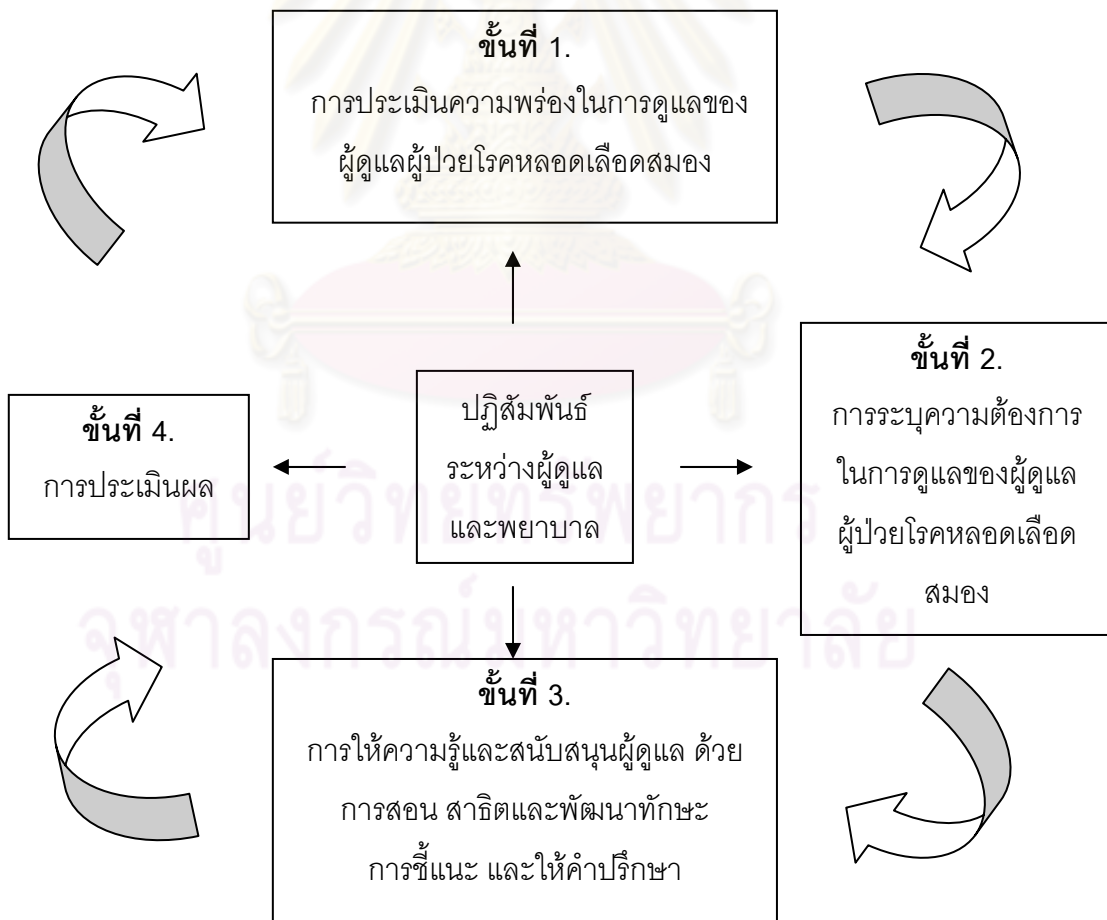
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา	5	คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน	4	คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์	3	คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือ เกือบไม่มีเลย	1	คะแนน

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงประนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรบกวนเวลา ทำกิจวัตรประจำวันของท่าน
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง
3. เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการเลวลงท่าน ต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
4. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ท่านนอน หลับไม่เพียงพอ
5. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ท่านไม่มี เวลาไปเที่ยวพักผ่อน
•					
•					
•					
•					
11. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ท่านมี ปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมนี้ออกมาจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย ในด้านการสนับสนุนและให้ความรู้ และพัฒนาความแข็งแกร่ง ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้ดูแล ที่จะทำให้อาการการดูแลลดลงได้ โดยประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่1. การประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นที่2. การระบุความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละคน ขั้นที่3. การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแล ด้วยการสอน สาธิตและพัฒนาทักษะ การชี้แนะ และให้คำปรึกษา ขั้นที่4. การประเมินผล ดังได้อะแกรมต่อไปนี้



แผนการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยความรู้ที่ 1	ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเวลา	10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง
จำนวนผู้ป่วย	รายบุคคล
สถานที่	หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
ผู้สอน	นางสาวอัญชลี ยศกรณี
วัตถุประสงค์ทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะ และความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอน ในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับ จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p>	<p><u>บทนำ</u></p> <p>“สวัสดีค่ะ คุณ... ดิฉันนางสาวอัญชลี ยศกรณ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในวันนี้เราจะมาพูดคุยกันเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกันนะคะ ซึ่งจะทำให้ท่านมีความเข้าใจในโรคและประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายขึ้นและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ วัตถุประสงค์ที่เรามาพบกันในครั้งนี้ ก็คือ เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนาความรู้ในด้านการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลที่มีอยู่ ให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง”</p> <p>“ก่อนอื่นต้องขออนุญาตถามคุณ.... ก่อนนะคะว่า เคยได้ยินหรือเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรบ้าง หรือต้องการข้อมูลในด้านไหนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มเติมบ้าง ”</p> <ul style="list-style-type: none"> • • 	<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและเนื้อหาที่จะสอนจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p> <p>3. ชี้แจงถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p> <p>4. ประเมินความรู้เดิมของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>1. คู่มือสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2. ภาพพลิกความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>1. สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นและความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>2. ผู้ดูแลสามารถบอกความหมายของโรคหลอดเลือดสมองได้</p> <p>3. ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>

หน่วยความรู้ที่ 2

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 การดูแลป้อนอาหาร | 2.2 การดูแลให้อาหารทางสายยาง |
| 2.3 การดูแลความสะอาดผม | 2.4 การดูแลความสะอาดในช่องปาก |
| 2.5 การดูแลความสะอาดร่างกาย | 2.6 การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ |

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะ และความสามารถในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอน ในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับ จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p>	<p><u>บทนำ</u></p> <p>“สวัสดีค่ะ คุณ... ดิฉันนางสาวอัญชลี ยศกรณ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในวันนี้เราจะมาพูดคุยกันเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันกันนะคะ ซึ่งจะมีทั้งหมด 6 เรื่องด้วยกัน “</p> <p>(บางครั้งอาจจะสอนไม่ครบ 6 เรื่องก็ได้ ดูตามสภาพของผู้ป่วย เพราะบางรายไม่ได้ใส่สายให้อาหาร หรือบางรายไม่สามารถบ้วนอาหารทางปากได้)</p> <p>“ซึ่งจะทำให้คุณ..... มีความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการที่ต้องดูแลในกิจวัตรประจำวันต่างๆให้กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้”</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • 	<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและเนื้อหาที่จะสอนจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p> <p>3. ชี้แจงถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p>	<p>1. คู่มือสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2. ภาพพลิกความรู้ในเรื่อง....</p>	<p>1. สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นและความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>2. ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันได้อย่างถูกต้อง</p>

หน่วยความรู้ที่ 3

การดูแลพิเศษเฉพาะด้าน มีทั้งหมด 3 เรื่อง ได้แก่

3.1 การดูแลช่วยดูแลหะ

3.2 การดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดหลอดเลือด

3.3 การดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลพิเศษเฉพาะด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลพิเศษเฉพาะด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียน การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอน ในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับ จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p>	<p><u>บทนำ</u></p> <p>“สวัสดีค่ะ คุณ... ดิฉันนางสาวอัญชลี ยศกรณ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในวันนี้เราจะมาพูดคุยกัน</p> <p>เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลพิเศษเฉพาะด้านกันนะคะ ซึ่งจะมีทั้งหมด 3 เรื่องด้วยกัน “</p> <p>(บางครั้งอาจจะสอนไม่ครบ 3 เรื่องก็ได้ ดูตามสภาพของผู้ป่วย)</p> <p>“ซึ่งจะทำให้คุณ..... มีความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการที่ต้องดูแลในส่วนของการดูแลพิเศษเฉพาะด้านให้กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้”</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • 	<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและเนื้อหาที่จะสอนจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p> <p>3. ชี้แจงถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p>	<p>1. คู่มือสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2. ภาพพลิกความรู้ในเรื่อง....</p>	<p>1. สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นและความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>2. ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลพิเศษเฉพาะด้านได้อย่างถูกต้อง</p>

หน่วยความรู้ที่ 4

การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีทั้งหมด 4 เรื่อง ได้แก่

- 4.1 การดูแลจัดท่านอนที่เหมาะสม 4.2 การดูแลจัดท่านอนหงาย
4.3 การดูแลจัดท่านอนตะแคง 4.4 การดูแลจัดท่านั่ง

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลระบุถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอน ในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับ จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้</p>	<p><u>บทนำ</u></p> <p>“สวัสดีค่ะ คุณ... ดิฉันนางสาวอัญชลี ยศกรณ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในวันนี้เราจะมาพูดคุยกัน</p> <p>เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้านการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับกันนะคะ ซึ่งจะมีทั้งหมด 4 เรื่องด้วยกัน “</p> <p>(บางครั้งอาจจะสอนไม่ครบ 4 เรื่องก็ได้ ดูตามสภาพของผู้ป่วย)</p> <p>“ซึ่งจะทำให้คุณ..... มีความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการที่ต้องดูแลในส่วนของการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้”</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • 	<p>1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและเนื้อหาที่จะสอนจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p> <p>3. ชี้แจงถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลคาดว่าจะได้รับจากการร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ</p>	<p>1. คู่มือสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2. ภาพพลิกความรู้ในเรื่อง....</p>	<p>1. สังเกตความสนใจ ความกระตือรือร้นและความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>2. ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง</p>

หน่วยความรู้ที่ 5

การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย มีทั้งหมด 3 เรื่อง ได้แก่

5.1 การดูแลช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น

5.2 การดูแลช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเก้าอี้หรือรถเข็นไปยังเตียง

5.3 การดูแลช่วยเหลือฝึกให้ผู้ป่วยเดิน

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลด้านการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนในการดูแลด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นได้อย่างถูกต้อง</p> <p>5. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นได้อย่างถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • • • <p>หน่วยความรู้ที่ 5. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการเคลื่อนย้าย ซึ่งจะมีทั้งหมด 3 เรื่องด้วยกัน ระยะเวลา 10 -15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง ได้แก่ 5.1 การดูแลช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น 5.2 การดูแลช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเก้าอี้หรือรถเข็นไปยังเตียง 5.3 การดูแลช่วยเหลือฝึกให้ผู้ป่วยเดิน</p> <p>การเคลื่อนย้าย</p> <p>ต้องเคลื่อนย้ายไปข้างที่ตีเสมอ และต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของ ญาติผู้ป่วย จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> • • 			<p>4. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>5. ผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปยังเก้าอี้หรือรถเข็น ได้อย่างถูกต้อง 100% จากแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>

หน่วยความรู้ที่ 6

การดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ มีทั้งหมด 11 เรื่อง ได้แก่

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 6.1 การจัดทำของมือ | 6.2 การออกกำลังกายไหล่และแขน | 6.3 การออกกำลังไหล่และศอก |
| 6.4 การงอและเหยียดข้อศอก | 6.5 การงอข้อมือ | 6.6 การงอนิ้วและเหยียดนิ้ว |
| 6.7 การกางและหุบนิ้วมือ | 6.8 การงอและเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่า | |
| 6.9 การกางขาและการหุบเข่า | 6.10 การบิดสะโพก | 6.11 การออกกำลังเท้า |

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลด้านการจัดทำของมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>6. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนในการออกกำลังกายไหล่และแขนกับไหล่และศอกให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p>7. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกก้างกายไหล่และแขนกับไหล่และศอกให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • • • <p>การจัดท่าของมือ การจัดท่าของมือโดยใช้อุปกรณ์เสริมช่วย อุปกรณ์เสริมที่หาได้ง่ายที่สุดคือ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน พับครึ่งม้วนเข้าด้วยกันแล้วใช้เทปตรึงเป็นม้วนกลมให้ผู้ป่วยกำไว้เพื่อประคองให้มืออยู่ในท่าที่ถูกต้อง</p> <p>การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำให้ทั้งหมด ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อและขยับแขนขาเองได้เลย จึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นช่วยขยับแขนขาให้ เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่างๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • 	<p>7. ประเมินความรู้เดิมของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการออกกำลังกายไหล่และแขนกับไหล่และศอก</p> <p>8. ผู้วิจัยซักถามถึงวิธีการออกกำลังกายไหล่และแขนกับไหล่และศอก จากผู้ดูแล</p>	<p>คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล</p>	<p>4. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการออกกำลังกายไหล่และแขนกับไหล่และศอกได้อย่างถูกต้อง</p>

หน่วยความรู้ที่ 7

การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 2 เรื่อง ได้แก่

7.1 ความผิดปกติทางด้านจิตใจ

7.2 การดูแลด้านจิตใจ

ระยะเวลา

10 - 15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง

จำนวนผู้ป่วย

รายบุคคล

สถานที่

หอผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ผู้สอน

นางสาวอัญชลี ยศกรณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • • • <p>หน่วยความรู้ที่ 7. ด้านการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งหมด 2 เรื่อง ระยะเวลา 10 -15 นาที ต่อหนึ่งเรื่อง ได้แก่</p> <p>7.1 ความผิดปกติทางด้านจิตใจ 7.2 การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย</p> <p>ความผิดปกติทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ผู้ป่วยมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานในส่วนต่างๆ ของร่างกาย และสมอง ปัญหาที่ตามมาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ</p> <p>ความผิดปกติทางด้านจิตใจ อาจมาจากส่วนของสมองที่ถูกทำลาย หรือการตอบสนองต่อความผิดปกติทางกาย ที่พบบ่อยมีดังนี้</p> <p>อารมณ์ เช่น เศร้า ซึม ร้องไห้ คิดช้า พุดช้า เบื่ออาหาร เครียด หงุดหงิด ตกใจง่าย เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> • • 	<p>4.ประเมินความรู้เดิมของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องความผิดปกติทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>5. ผู้วิจัยซักถามถึงความรู้ในเรื่องความผิดปกติทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลทางด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้ดูแล</p>		<p>4. ผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับในการดูแลด้านจิตใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง 100% จากแบบประเมิน</p> <p>ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>

2.3 คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นการสอนและการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 7 หน่วยความรู้ ได้แก่

หน่วยความรู้ที่ 1 ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยความรู้ที่ 2 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน

หน่วยความรู้ที่ 3 การดูแลพิเศษเฉพาะด้าน

หน่วยความรู้ที่ 4 การดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ

หน่วยความรู้ที่ 5 การดูแลด้านการเคลื่อนย้าย

หน่วยความรู้ที่ 6 การดูแลด้านการจัดทำขอมือและการบริหารการเคลื่อนไหวข้อต่อ

หน่วยความรู้ที่ 7 การดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



จัดทำโดย

นางสาวอัญชลี ยศกรณ์

นิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร. สุรพร ธนศิลป์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูล และสนับสนุนในด้านความรู้ การฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาของโรคหลอดเลือดสมองที่สรุปให้มีความเข้าใจที่ง่ายขึ้น รวมไปถึงความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องในการฝึกทักษะการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

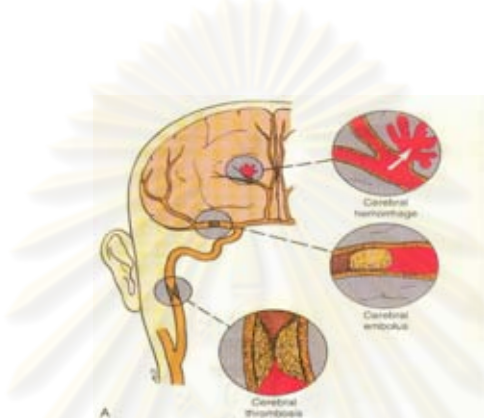
นางสาวอัญชลี ยศกรณี

ศูนย์วิทยพัชรากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคหลอดเลือดสมอง คืออะไร



คือกลุ่มอาการและอาการแสดง จากความบกพร่องของระบบประสาท โดยเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุจากการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ จากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีเลือดออกในสมอง แล้วทำให้เกิดความพิการเรื้อรังทางสมองและร่างกาย



-
-
-
-
-

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4 แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

วัน/เดือน/ปี/เวลา ในการให้คำปรึกษา ครั้งที่.....

() ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแล () ผู้ดูแลโทรศัพท์มาหาผู้วิจัย

คำชี้แจง

เป็นการบันทึกรายละเอียดของการให้คำปรึกษา ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องติดตามในการแก้ไขในครั้งต่อไป

1. ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

-
-
-
-
-
-
-

5. ปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องการ การแก้ไขในครั้งต่อไป

.....

.....

.....

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของคะแนน ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 3 คะแนนรวม ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม ความสัมพันธ์	กลุ่มทดลอง ความสัมพันธ์
1	บุตร	บุตร
2	บุตร	บุตร
3	ภรรยา	ภรรยา
4	ภรรยา	ภรรยา
5	บุตร	บุตร
6	ภรรยา	ภรรยา
7	ภรรยา	ภรรยา
8	ภรรยา	ภรรยา
9	ภรรยา	ภรรยา
10	ภรรยา	ภรรยา
11	ภรรยา	ภรรยา
12	ภรรยา	ภรรยา
13	ภรรยา	ภรรยา
14	ภรรยา	ภรรยา
15	ภรรยา	ภรรยา
16	ภรรยา	ภรรยา
17	ภรรยา	ภรรยา
18	ภรรยา	ภรรยา
19	ภรรยา	ภรรยา
20	มารดา	มารดา

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของคะแนน ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงของคะแนน ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
		ภาวะ เชิง อัตนัย ก่อน ทดลอง	ภาวะ เชิง อัตนัย หลัง ทดลอง	ภาวะ เชิงปร นัย	ภาวะ เชิง อัตนัย ก่อน ทดลอง	ภาวะ เชิง อัตนัย หลัง ทดลอง	ภาวะ เชิงปร นัย
N		20	20	20	20	20	20
Normal Parameters (a,b)	Mean	38.60	35.65	32.05	39.45	32.25	28.30
	Std. Deviation	8.432	7.583	5.176	7.097	4.734	3.045
Most Extreme Differences	Absolute	.128	.184	.103	.114	.131	.259
	Positive	.128	.184	.103	.114	.131	.259
	Negative	-.077	-.120	-.088	-.070	-.096	-.139
Kolmogorov-Smirnov Z		.574	.824	.461	.508	.584	1.159
Asymp. Sig. (2-tailed)		.897	.506	.983	.959	.884	.136

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 7 พออนุมานได้ว่าคะแนนภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการแจกแจงแบบปกติ

ส่วนที่ 3 คะแนนรวม ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 8 คะแนนรวม ภาวะเชิงอัตนัยก่อนและหลังการทดลอง และภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลอง

ผู้ดูแล ผู้ป่วย คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ภาวะเชิงอัตนัย		ภาวะเชิงปรนัย	ภาวะเชิงอัตนัย		ภาวะเชิงปรนัย
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
1	37	28	27	41	36	29
2	38	35	27	36	32	28
3	44	33	31	41	35	27
4	29	26	27	30	28	26
5	41	40	42	40	35	25
6	51	52	35	49	33	29
7	31	32	23	30	28	26
8	30	33	30	33	31	26
9	24	22	26	29	26	27
10	47	50	40	48	42	31
11	33	40	34	32	39	29
12	36	32	32	38	31	29
13	44	35	31	44	34	27
14	60	44	38	56	42	39
15	38	34	28	38	22	25
16	41	40	34	44	33	30
17	35	32	29	38	30	26
18	35	31	34	39	32	29
19	46	43	40	47	34	29
20	33	31	33	36	32	29

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงอัตนัยรายข้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะเชิงอัตนัย	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ความเป็นห่วงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.50	0.61	4.10	0.71	4.15	0.67	3.45	0.60
2. ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน	4.45	0.60	4.10	0.91	4.30	0.73	3.40	0.50
3. ความกลัวเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเลวลง	4.10	1.07	3.65	1.08	3.90	0.96	2.80	0.76
4. ความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.85	1.18	3.35	1.13	3.95	0.68	3.20	0.52
5. ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.35	1.34	3.05	1.05	3.70	0.92	2.80	0.69
6. ความกังวลใจในการพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกนอกบ้าน	2.95	1.27	2.40	0.82	2.85	1.13	2.40	0.75
7. ความเศร้าใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.80	1.38	2.10	1.07	2.80	0.89	2.35	0.67
8. ความท้อแท้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.75	1.37	2.40	1.18	3.05	0.88	2.25	0.63
9. ความรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือนี้กตำหนิผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.70	1.21	3.05	1.05	2.65	1.30	2.70	0.86
10. ความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานที่เกินกำลัง	2.70	1.21	2.60	1.09	3.05	0.75	2.60	0.75
11. ความน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเทียบกับครอบครัวอื่นที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.50	1.31	2.35	1.22	2.70	0.86	2.00	0.64
12. ความโกรธเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแสดงท่าที่ไม่พอใจท่าน	2.45	1.14	2.50	0.88	2.60	0.99	2.30	0.73
รวม	38.60	8.43	35.65	7.58	39.45	7.09	32.05	4.73

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลเชิงประนัยรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะเชิงประนัย	หลังการทดลอง			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเลวลง	3.85	0.81	3.40	0.68
2. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ออนหลับไม่เพียงพอ	3.35	0.93	2.80	0.52
3. การเสียเวลาทำงานเมื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.25	0.85	2.75	0.63
4. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรบกวนเวลาทำกิจกรรมประจำวัน	3.20	0.95	2.65	0.67
5. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายลดลง	3.10	0.85	2.95	0.39
6. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ	3.10	1.02	2.90	0.44
7. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อน	2.90	0.91	2.40	0.75
8. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง	2.80	0.76	2.45	0.60
9. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง	2.50	0.82	2.45	0.68
10. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว	2.05	0.75	1.75	0.63
11. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวท่านกับคนอื่น	1.95	0.99	1.80	0.89
รวม	32.05	5.17	28.30	3.04

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-สกุล	นางสาวอัญชลี ยศกรณม์
เกิด	10 กุมภาพันธ์ 2515 จังหวัดเชียงราย
การศึกษา	2532 – 2534 วิทยาลัยพยาบาลศรีรัตนัญญา 2542 – 2544 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) 2549 – 2551 ไล่ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
การทำงาน	2534 – 2542 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยประสาทวิทยาหญิง สถาบันประสาทวิทยา 2544 – 2549 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
การฝึกอบรม	2544 โครงการอบรมพื้นฐานระบบประสาททางอายุรกรรมและ ศัลยกรรม สถาบันประสาทวิทยา 2545 เครื่องมือแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตสำหรับพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2546 การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หอผู้ป่วยหนักประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย