



ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด
กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

**Relationship between Received Information and Outcome Expectation with
Decision Efficacy Related to Surgery for Hemorrhagic Stroke Patients among
Their Family Caregivers**

ปรีดา เรืองทอง

Preeda Ruengtong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก |
| ผู้เขียน | นางสาวปรีดา เรืองทอง |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| ปีการศึกษา | 2551 |

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด และการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นผู้ตัดสินใจในการผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาจำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของญาติ แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 .89 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .89$) มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด และการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .37$ และ $\bar{X} = 3.18$, $SD = .36$ ตามลำดับ) โดยการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51$, $p < .01$) แต่ตัวแปรอื่นๆที่เหลือไม่พบความสัมพันธ์

ผลการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ โดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสม

| | |
|----------------------|---|
| Thesis Title | Relationship between Received Information and Outcome Expectation with Decision Efficacy Related to Surgery for Hemorrhagic Stroke Patients among Their Family Caregivers |
| Author | Miss Preeda Ruengtong |
| Major Program | Nursing Science (Adult Nursing) |
| Academic Year | 2008 |

ABSTRACT

The purpose of this research were to describe the received information, outcome expectation and decision efficacy, and to examine the relationships between the received information and outcome expectation with the decision efficacy related to surgery for hemorrhagic stroke patients among their family caregivers. The sample consisted of 90 family caregivers who were making a decision about surgery at a hospital in Songkhla province. The instruments were questionnaires regarding the received surgery information, surgery outcome expectation and decision efficacy of family caregivers. Their content validity were validated by 3 experts. In addition, they were tested for internal consistency and yielded Cronbach's alpha coefficients of .86, .89 and .70 respectively. The collected data were analyzed using descriptive statistics and Pearson' Product Moment Correlation.

The result revealed that the total score of received surgery information of family caregivers was at a high level ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .89$), whereas surgery outcome expectation and decision efficacy of family caregivers for surgery were at a moderate level ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .37$ and $\bar{X} = 3.18$, $SD = .36$ respectively). The received information had a moderate, positive correlation with decision efficacy of family caregivers for surgery ($r = .51$, $p < .01$). On the other hand, the other variables had no correlation.

The findings of this study can be used as a data base to improve decision efficacy of family caregivers by giving suitable information.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง แก้ไขข้อบกพร่อง และให้ความรักความเมตตา คอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ ดร. วิภา แซ่เซี้ย นายแพทย์ วัฒนชัย กุลวิวัฒน์ และคุณขนิษฐา อรัญคร ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรง ด้านเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสนอแนะข้อคิดเห็นต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทุกท่าน ที่เข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนและพี่ๆ น้องๆ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 210 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้เสมอมา

ขอขอบคุณ คุณอุทัยวรรณ แก้วเอียด ที่คอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจอยู่เสมอ ขอขอบคุณ คุณกนกพร พรหมสะอาด คุณอรวรรณ วัฒนกุล คุณนิรัชรา สาเลื้อและคุณทิชากร คลังซ้อง ที่คอยห่วงใยดูแลกันมาตลอด และขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมรุ่นที่เป็นกัลยาณมิตรทุกคน

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ต้นแบบของความพากเพียร สนับสนุน และให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณพี่ น้องและหลานที่รอคอยวันสำเร็จ กระตุ้นเตือนให้มีความวิริยะ อุตสาหะมากขึ้นและเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ

ปรีดา เรืองทอง

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ..... | (3) |
| Abstract..... | (4) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (5) |
| สารบัญ..... | (6) |
| รายการตาราง..... | (8) |
| รายการภาพประกอบ..... | (9) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 3 |
| คำถามการวิจัย..... | 3 |
| กรอบแนวคิด..... | 3 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 5 |
| นิยามศัพท์..... | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 5 |
| ความสำคัญของการวิจัย..... | 6 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 7 |
| โรคหลอดเลือดสมองแตก..... | 7 |
| พยาธิสรีรภาพ..... | 8 |
| การรักษาและการผ่าตัด..... | 9 |
| การตัดสินใจในการรักษา/การผ่าตัด..... | 11 |
| แนวคิดการตัดสินใจ..... | 11 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ..... | 14 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 23 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 23 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 24 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 26 |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 27 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 27 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 29 |
| ผลการวิจัย..... | 29 |
| การอภิปรายผล..... | 39 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 44 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 44 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 45 |
| บรรณานุกรม..... | 46 |
| ภาคผนวก..... | 53 |
| ก ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 54 |
| ข การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย..... | 57 |
| ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 58 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 66 |

รายการตาราง

| ตาราง | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก..... | 30 |
| 2 | จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา..... | 33 |
| 3 | คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับ ข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก..... | 35 |
| 4 | คะแนนต่ำสุด- สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด..... | 36 |
| 5 | คะแนนต่ำสุด- สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก..... | 37 |
| 6 | ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์ จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ ของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก..... | 39 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพประกอบ | หน้า |
|---|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะ ในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก..... | 4 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ในประเทศอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสียชีวิตมากกว่า 80,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีอัตราการเสียชีวิต ประมาณร้อยละ 25 – 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Holloway et al., 2005) ในประเทศไทยนั้น จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ในปี 2547 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) พบมากเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ มะเร็ง และอุบัติเหตุ ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ทศพร, 2548)

โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นกลุ่มหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรง ซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่โป่งพองในสมองแตก หลอดเลือดดำและแดงที่ต่อกันผิดปกติในสมองแตก รวมทั้งมีสาเหตุจากเลือดออกจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (bleeding disorders) (นิพนธ์, 2544; วิจิตรา, 2546; Van & Rinkel, 2001) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ การผ่าตัดสมอง ซึ่งการตัดสินใจผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้นถือเป็นบทบาทที่สำคัญของญาติที่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจ แทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นผู้ที่มึระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยบางรายใส่ท่อช่วยหายใจ และบางรายไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง (Day, 2000) ดังนั้นญาติจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วย

เนื่องจากความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตก บ่งบอกถึงภาวะวิกฤตของผู้ป่วย (Kurth et al., 2003; Woo et al., 2004) ประกอบกับการผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อจิตใจทำให้ญาติเกิดความเครียดและวิตกกังวล (พรทิพย์ และคณะ, 2541) อีกทั้งผลลัพธ์จากการผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Lam et al., 2007) จึงทำให้ญาติมักไม่สามารถตัดสินใจยินยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยญาติมักให้เหตุผลว่ามีข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค พยากรณ์โรคและการรักษา ทำให้มีความรู้ความเข้าใจน้อย กอปรกับมีความเชื่อว่าทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจดีกว่าและสามารถตัดสินใจในการรักษาได้ดีกว่า (Azoulay & Sprung, 2004) ส่งผลให้ญาติปฏิเสธการตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดดังกล่าว

จากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของญาติและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลของญาติในเรื่องโรคพยากรณ์โรค ปัจจัยด้านอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจผ่าตัด โดยอายุที่มากขึ้นจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถตัดสินใจได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (วินิตา, 2547) ปัจจัยด้านการศึกษาของญาติมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งญาติที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่า จึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยได้มาก (Kwok et al., 2007) ในขณะที่ญาติที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการพยากรณ์โรคได้น้อย มักมีการเข้าใจผิด และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อย (White et al., 2007) ปัจจัยด้านทัศนคติของญาติเกี่ยวกับการรักษา มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งหากญาติมีทัศนคติในแง่บวก โดยมีความเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีช่วยชีวิตผู้ป่วยและไว้วางใจในทีมสุขภาพ พบว่าจะมีการตัดสินใจรับการรักษาสูง แต่หากญาติมีทัศนคติในแง่ลบ การปฏิเสธการรักษาย่อมมีสูงเช่นกัน (Phipps et al., 2004; Booth, 2004)

จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาแม้จะระบุได้ว่าการตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังกล่าว แต่การที่ญาติจะกระทำการตัดสินใจ หรือสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษา และการผ่าตัดได้นั้น ญาติต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตัดสินใจหรือญาติต้องมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ ซึ่งจากแนวคิดของแบนดูรานันการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self efficacy) เป็นการตัดสินใจหรือประเมินความสามารถของตนเองที่จะกระทำและกระทำพฤติกรรมตามที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Bandura, 1997) กล่าวคือหากญาติเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจ ญาติก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้เช่นกัน แต่การที่จะทำให้ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นนั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มาพัฒนาการรับรู้สมรรถนะดังกล่าว ซึ่งการได้รับข้อมูลอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลจะทำให้ญาติมีความเข้าใจกระจ่างมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ความเสี่ยงและผลลัพธ์ในการรักษา เป็นสิ่งบ่งบอกถึงความหวังในการรักษาและโอกาสรอดชีวิต (Booth et al., 2004) ตลอดจนข้อมูลด้านผลกระทบและภาวะต่อญาติภายหลังผู้ป่วยรอดชีวิตจากการรักษาและการผ่าตัด ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ญาติสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบทางเลือกเกี่ยวกับการผ่าตัด (Mastaglia & Kristjanson, 2001) ช่วยให้อาสาสามารถวางแผนอนาคตและตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดได้ (Fontana, 2006; Yamamoto et al., 2005) อีกทั้งความคาดหวัง

ผลลัพธ์จากการผ่าตัด ก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ เนื่องจากความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดเป็นความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) ในอนาคตภายหลังจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกไปแล้ว ซึ่งหากความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแง่บวก ก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกนั้น แต่หากความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นเป็นแง่ลบ แนวโน้มการตัดสินใจเลือกทางเลือกนั้นลดลง (Bandura, 1997) ซึ่งอาจส่งผลให้สมรรถนะในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูล ระดับความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดและระดับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการได้รับข้อมูลและระดับความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด กับระดับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

คำถามการวิจัย

1. การได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในระดับใด

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้วิจัย

ได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) โดยการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของคนที่ตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด เป็นความเชื่อหรือความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากการตัดสินใจผ่าตัด ส่วนการได้รับข้อมูลของญาติก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติ ดังนั้นญาติที่มีข้อมูลเพียงพอและมีความเชื่อว่าการผ่าตัดจะทำให้มีผลลัพธ์เกิดขึ้น ก็จะทำให้ญาติมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถตัดสินใจในการผ่าตัดได้หรือทำให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ ส่งผลให้ญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้ ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิของตัวแปรในการศึกษาดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด กับ การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

สมมติฐานการวิจัย

การได้รับข้อมูล ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

นิยามศัพท์

1. การได้รับข้อมูล หมายถึง ความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค การรักษาและการผ่าตัด ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด รวมทั้งผลกระทบและภาระของญาติภายหลังผู้ป่วยรอดชีวิตจากการผ่าตัด และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

2. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด หมายถึง ความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

3. การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ หมายถึง การที่ญาติมีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อนำผลการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติ โดยจะนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ ซึ่งจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองแตก
 - 1.1 พยาธิสรีรภาพ
 - 1.2 การรักษาและการผ่าตัดสมอง
2. การตัดสินใจในการรักษา/การผ่าตัด
 - 2.1 แนวคิดการตัดสินใจ
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ
 - 2.2.1 การได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด
 - 2.2.1.1 การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค
 - 2.2.1.2 การรักษาและการผ่าตัดสมอง
 - 2.2.1.3 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด
 - 2.2.1.4 ผลกระทบและภาระของญาติ
 - 2.2.2 ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด
 - 2.2.3 การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองแตก

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เป็นกลุ่มหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่มีภาวะความผิดปกติของระบบประสาท จากหลอดเลือดในสมองแตก (นิพนธ์, 2544; วิจิตรา, 2546; Smith & Grady, 2006)

พยาธิสรีรภาพ

โรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์สูงร้อยละ 25–35 ของโรคหลอดเลือดสมอง (พิพัฒน์, 2548) ซึ่งมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดอื่น (Kerchich, 2002) โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองแตกมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40–50 (Kurth et al., 2003; Woo et al., 2004) และเป็นสาเหตุของความพิการอันดับต้นๆ ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ (Parmet, Glass & Class, 2004) รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประเทศอเมริกา (Woo et al., 2004) และประเทศทางตะวันตก ส่วนในประเทศจีน ญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 สำหรับประเทศไทย ได้มีการศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองแตกทั้งหมดในประชาชนเมือง 1,361 ราย เมื่อปี พ.ศ. 2526 มีอัตราเท่ากับ 690 ต่อ 100,000 ของประชาชนที่อายุเกิน 20 ปี และ ปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีอัตราความชุกร้อยละ 1.12 ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก (พิพัฒน์, 2548) จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ในปี 2547 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบมากเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ มะเร็ง และอุบัติเหตุ ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ทศพร, 2548)

โรคหลอดเลือดสมองแตก แบ่งออกได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ตกเลือดภายในสมอง (Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: ICH) และตกเลือดในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) (นิพนธ์, 2544; วิจิตรา, 2546) โดยเกิดจากการแตกของผนังหลอดเลือดที่มีขนาดเล็ก (microaneurysm) เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 300–900 ไมครอน ซึ่งเป็นผนังหลอดเลือดที่อ่อนแอ เพราะขาดเยื่อบางชั้นใน (internal elastic lamina) และชั้นกลาง (media) โดยมีเยื่อใสๆ (hyaline) และสารคอลลาเจน (collagen) ไปจับผนังแทน ซึ่งผนังหลอดเลือดขนาดเล็กบางอันมีไขมันมาแทรกด้วย ซึ่งพบว่าเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน จะทำให้ผนังหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กแตกออกกลายเป็นก้อนเลือดไปกินที่สมองในเนื้อสมองทำให้เกิดทำลายเนื้อสมองเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทและเบียดกดเนื้อสมองข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยลงจนถึงขั้นหมดสติและเสียชีวิต (ศิริชัย, 2544; วรวิทย์, 2544)

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดแดงโป่งพอง ความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้เลือดดำกับเลือดแดงไหลปนกัน เนื่องจากในสมอง ภาวะเลือดออกผิดปกติและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (นิพนธ์, 2544; วิจิตรา, 2546; Ohwaki, 2006) โดยพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น คือ อายุมากขึ้น ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (วรวิทย์, 2544) อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงและอาจหมดสติ (Kerchich, 2002) ถ้าเลือดออกที่บริเวณปมประสาท (basal ganglian)

และทาลามัส (thalamus) ผู้ป่วยจะมีอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอาการชาครึ่งซีก (hemianesthesia) ถ้าเลือดออกบริเวณพอนส์ (pons) ทำให้ผู้ป่วยหมดสติทันทีและมีรูม่านตาดขนาดเล็ก (pinpoint pupil) อัมพาตและมีอาการหายใจยาวและลึกผิดปกติ (hyperventilation) หากมีการตกเลือดบริเวณสมองเล็ก หรือเซเรเบลลาข้างใดข้างหนึ่ง (cerebellar hemisphere) ทำให้มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หมดสติ และมีอาการผิดปกติของเซเรเบลลา (cerebellar sign) ก้อนเลือดขนาดใหญ่อาจทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (brain herniation) และผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ในรายที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก มักจะมีอาการไม่รุนแรง ยังรู้สึกตัวอยู่และแขนขาอ่อนแรงเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นและประกอบกับการบวมของสมองบริเวณรอบก้อนเลือด อาการทางระบบประสาทจะเลวลง และอาจเกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (brain herniation) ในที่สุด (จเร, 2542)

การรักษาและการผ่าตัด

โดยทั่วไปการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) มีอยู่ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยา โดยเป็นการรักษาตามอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง

การรักษาด้วยการผ่าตัดสมองที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่

การผ่าตัดโดยการเจาะกะโหลกศีรษะ (exploratory burr holes) เป็นการเจาะกะโหลกศีรษะให้เป็นรูเข้าไปเพื่อค้นหาตำแหน่งของสิ่งที่กินที่ในสมอง ซึ่งไม่สามารถตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาได้ เพราะอาจช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ทัน แพทย์อาจจะตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดทันที ตำแหน่งที่แพทย์จะเลือกทำผ่าตัดก่อน คือ ด้านที่มีรูม่านตาดายาย หรือด้านตรงข้ามกับด้านที่มีแขนขาอ่อนแรง

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะออกเป็นแผ่น เมื่อทำผ่าตัดเสร็จแล้วก็ปิดกลับดังเดิม จะทำในกรณีที่วินิจฉัยบริเวณของโรคได้แน่นอน ทำให้กะโหลกศีรษะที่จะเปิดได้

การผ่าตัดโดยการตัดกะโหลกศีรษะ (craniectomy) เป็นการตัดกระดูกออกทีละน้อยแล้วปล่อยให้ว่าง โดยไม่มีกะโหลกกลับไปปิด ถ้าบริเวณที่เอากะโหลกออกมีกล้ามเนื้อปิด เช่น บริเวณขมับ หรือท้ายทอย ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำกะโหลกไปปิดใหม่ เพราะกล้ามเนื้อเหล่านี้สามารถจะปกป้องเยื่อหุ้มสมองได้บริเวณนั้นได้ดีพอควร ถ้าบริเวณที่เอากะโหลกออกไม่มีกล้ามเนื้อปิดและ มีขนาดใหญ่ จะต้องนำผู้ป่วยมาปิดกะโหลกภายหลัง

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (นิพนธ์, 2544; Smith & Grady, 2006) คือ

ระดับความรู้สึกตัว พบว่า ถ้ารักษาผู้ป่วยในขณะที่รู้สึกตัวอยู่จะให้ผลดีกว่ามีความปลอดภัยสูงกว่าการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เพราะในรายที่ไม่รู้สึกตัวนั้นอาจเป็นเพราะว่ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่ ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมาก และแกนสมอง (brain stem) ถูกกด ในรายเช่นนี้ถึงแม้จะเอาก้อนเลือดออกแล้วก็ยากที่จะฟื้นตัว ยิ่งในรายที่มาด้วยอาการหมดสติทันที การผ่าตัดจะไม่ได้ช่วยผู้ป่วยเลย เพราะผู้ป่วยมักมีเลือดออกในแกนสมอง (brain stem) อัตราการตายสูง ในรายที่อยู่ในระยะถึงหมดสติ โดยไม่มีอาการแสดงของการเคลื่อนตัวของสมอง (herniation) การผ่าตัดอาจจะให้ผลดีกว่าการรักษาทางยา

ตำแหน่งที่มีเลือดออก ได้แก่ กีบสมอง (lobes) ต่างๆ ของซีกสมอง (hemisphere) เช่น กีบหน้า (frontal lobe) กีบข้าง (temporal) และกิบบกลาง (parietal lobes) ที่มีก้อนขนาดใหญ่ มักทำให้ผู้ป่วยซึม การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และมักไม่มีความบกพร่องทางระบบประสาท (neurological deficit) หรือมีก็น้อย ในทางตรงกันข้ามก้อนเลือดที่ใหญ่อาจทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (brain herniation) ได้ ถ้าไม่ผ่าตัดเอาออก และในรายที่มี putamen หรือ external capsule hemorrhage ยังไม่ถึงกับระดับความรู้สึกตัวลดลง เมื่อผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกอาจทำให้อาการอัมพาตดีขึ้นได้รวดเร็ว เพราะบางส่วนของเปลือกสมองและไขสันหลังที่บริเวณ internal capsule มีการเสียหายที่ไปจากการถูกก้อนเลือดเบียดเท่านั้น ไม่ได้เป็นการทำลาย เมื่อไม่มีอะไรไปเบียดหน้าที่ย่อมดีขึ้น รวมถึงบริเวณสมองเล็กหรือเซเรเบลลัม (cerebellar hemorrhage) เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การผ่าตัดเอาก้อนเลือดในบริเวณนี้ออกจะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ดี และมีความพิการน้อยถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้ป่วยอาจเลวลงอย่างรวดเร็วและไม่ค่อยรู้สึกตัว ถึงแม้อาการจะคงที่ แต่มีการคั่งของน้ำไขสันหลังในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) ก็ควรผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยด่วน แต่หากเป็นตำแหน่งปมประสาทหรือเบซอล แกงเกลีย (basal ganglia) หรือก้อนเลือดในทาลามัส (thalamic hematoma) เวนทริเคิล (ventricle) การพยากรณ์โรคยังไม่ดี อัตราการตายสูง ผลการผ่าตัดอาจไม่ดีสำหรับตำแหน่งแกนสมอง (brain stem) แทบจะทุกรายไม่ทำผ่าตัด อีกทั้งในรายที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก ความบกพร่องทางระบบประสาทคงที่และความรู้สึกตัวเกือบจะปกติ ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะฟื้นตัวดีด้วยการรักษาทางยา

เวลาของการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่เลวลงไป การให้การรักษาทางยาเสียก่อน แล้วทำการผ่าตัดในวันที่ 4-5 หลังเลือดออก จะให้ผลการผ่าตัดดีกว่า เพราะสมองมีการยุบบวม หลอดเลือดมีการหดตัว และไม่มีลักษณะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง รอบๆ ก้อนเลือดมีการเรียงตัวจับกันของลิ่มเลือด ทำให้ไม่เกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด แต่ในรายที่เมื่อเข้ามาในโรงพยาบาลแล้วความรู้สึกตัวค่อยๆเลวลง ตามลำดับ ก็จำเป็นต้องรีบผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยด่วน ถ้ารอจนระดับ

ความรู้สึกตัวลดลง แล้วการผ่าตัดจะไม่ได้ผลดี พื้นตัวยาก การที่ต้องผ่าตัดทันทีก็เพื่อลดการกดที่สมองเนื่องจากก้อนเลือด ยังเป็นการลดการเกิดสมองบวม และสมองขาดเลือดไปเลี้ยงอีกด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดสมองนั้นมีข้อควรระวังคือภาวะความดันโลหิตสูง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงมาก ถ้าไปทำผ่าตัดระยะนั้นจะมีอัตราการตายสูง เพราะเป็นระยะที่มีการหดตัวของหลอดเลือด สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และอาจเกิดภาวะเลือดออกภายหลังผ่าตัดได้ และในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไตวาย และอายุมาก ย่อมทำให้ผลการผ่าตัดไม่ดี

การตัดสินใจในการรักษา/ การผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บทบาทของญาติคือการมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในการรักษาทั้งทางยาและการผ่าตัด ซึ่งการตัดสินใจนั้นมีแนวคิดและกระบวนการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งตัดสินใจเลือกทางเลือกในที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการตัดสินใจ

การตัดสินใจ หมายถึง การเข้าใจปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ และพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด รวมทั้งมีความเป็นไปได้สำหรับนำมาใช้แก้ไขปัญหา เพื่อขจัดปัญหาให้หมดไปหรือบรรเทาระดับความรุนแรงของปัญหา (ฉวีวรรณ, 2541) ซึ่งลักษณะของการตัดสินใจ แบ่งได้ 3 ข้อ ดังนี้ คือ 1) การที่ไม่เข้าใจสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์นั้นๆ ได้ (impair judgement) 2) การที่ตัดสินใจการกระทำไปอย่างอัตโนมัติ ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง (automatic judgement) 3) การที่ผู้ป่วยสามารถประเมินและสามารถตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤตได้ (critical judgement) (ฉวีวรรณ, 2541)

กระบวนการตัดสินใจ เริ่มต้นจาก ขั้นตอนที่ 1 การเกิดความต้องการแก้ไขปัญหา หรือมีการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 คือ การรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริง มีความเชื่อถือได้ ขั้นตอนที่ 3 คือ วิเคราะห์หาทางเลือก เมื่อมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นจะมีการประเมินข้อดี ข้อเสียของทางเลือกที่ได้กำหนดขึ้น วิเคราะห์หาทางเลือกที่ดีที่สุด ขั้นตอนที่ 4 คือ ตัดสินใจเลือกทางเลือก ซึ่งเป็นการนำทางเลือกที่ได้ตัดสินใจไปใช้แก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลลัพธ์จากการตัดสินใจ (เรมวอล, 2542; Lewis, 1997)

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยตัดสินใจเอง โดยการตัดสินใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และการตัดสินใจของญาติซึ่งเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Cohen, 2004; Day, 2000) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือยินยอมการรักษานั้น อานาจการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการตัดสินใจนั้นๆ ยกเว้นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าว ต้องเป็นบทบาทของญาติ ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งญาติก็จะต้องมีความเข้าใจในการรักษา และมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ (Day, 2000)

ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย สำหรับผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้น ตามกฎหมายกำหนดให้บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ตัดสินใจในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถลงชื่อด้วยตนเอง แม้ว่าไม่ได้มีรูปแบบเป็นทางการในการเลือกผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แต่แนวปฏิบัติโดยทั่วไปนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือญาติสายตรงของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Day, 2000) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการและคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย โดยการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว มักจะร่วมกันตัดสินใจจากหลายๆ คน (รุจา, 2541) แต่ต้องมีบุคคลแก่คนเดียวที่ต้องตัดสินใจและเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมการรักษา ได้แก่ สามีหรือภรรยา ถัดมา ได้แก่ บุตรที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือบรรลุนิติภาวะพ่อแม่ของผู้ป่วย พี่น้องและอันดับสุดท้าย ก็บุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น (จิรายุ, 2548; Day, 2000)

นอกจากนี้การตัดสินใจยังสามารถแบ่งได้ตามสถานการณ์ที่ตัดสินใจได้ 3 ประเภท (ทิพย์รัตน์, 2541 อ้างใน นิตยา, 2545) คือ

1. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่แน่นอน (decision under certainty) เป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจทราบผลที่จะตามมาชัดเจน สามารถจะเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดได้ การตัดสินใจประเภทนี้ผู้ตัดสินใจต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอและทราบถึงผลของทางเลือก

2. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสี่ยง (decision under risk) เป็นการตัดสินใจที่มีความแน่นอนน้อย แต่พอจะคาดคะเนผลที่จะตามมาได้ การตัดสินใจประเภทนี้ผู้ตัดสินใจจะเลือกแนวทางที่เห็นว่าจะจริงจัง เสี่ยงดูเผื่อว่าจะประสบผลสำเร็จ การเลือกวิธีนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆเข้ามาพิจารณาด้วย

3. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (decision under uncertainty) เป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจมีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่อาจทราบได้ว่าผลของการตัดสินใจแต่ละทางเลือกจะเกิดอะไรขึ้น ต้องใช้ดุลยพินิจและประสบการณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน: กระบวนการตัดสินใจในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความเครียดในการตัดสินใจในการผ่าตัด เนื่องจากขาดข้อมูลที่เพียงพอจากแพทย์ พยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาล ก็ยังไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมมากนักในการช่วยเหลือเรื่องการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ของผู้ป่วยและญาติในสถานการณ์ที่บีบคั้นดังกล่าว (Yamamoto et al., 2005)

การตัดสินใจของญาติ ในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยนั้น ญาติมักมีความเครียดในการตัดสินใจ โดยเฉพาะการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามจิตใจของญาติที่ต้องเผชิญ (พรทิพย์, 2541) พบว่าการให้ข้อมูล ความรู้แก่ญาติ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยลดความเครียดและสามารถช่วยเหลือในกระบวนการตัดสินใจของญาติได้อีกทางหนึ่ง (Elstein et al., 1999) การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนักควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ญาติ โดยเฉพาะแนวทางการรักษาทั้งทางยาและการผ่าตัด แนวโน้มหรือพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และความเป็นไปได้ในการรักษา หรือการรักษา ที่สามารถทำได้ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ซึ่งญาติสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Leclaire et al., 2005) การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับญาติ เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมหรือมีความพิการ (Booth et al., 2004) อีกทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องของความเจ็บป่วยที่เคยพบเจอ จะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของญาติ บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยและญาติมีเจตคติที่ติดต่อการผ่าตัด เพราะเคยเห็นเพื่อนบ้านหรือคนในครอบครัว หายหรือในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยและญาติจะกลัวการผ่าตัด เพราะเคยเห็นคนที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนและตายไป (สมจิต, 2534) การศึกษาของนิกริหมีะ (2547) เรื่องการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพ จำนวนร้อยละ 6 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ที่ขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.4-89.5 เชื่อถือในความสามารถและให้ความไว้วางใจซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา การพยากรณ์โรค มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนครอบคลุม และควรเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการรักษาต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ

เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นการตัดสินใจแทนผู้ป่วยซึ่งมีความรุนแรงของโรคและมีภาวะเสี่ยง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และญาติ ดังนั้นญาติต้องมีกระบวนการคิด วิเคราะห์ หาทางเลือกและการตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ดังนั้นญาติจึงต้องอาศัยปัจจัยที่ช่วยให้ญาติมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ คือ

1. การได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

ในการผ่าตัดโดยทั่วไป ผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ข้อมูล และตัดสินใจในการผ่าตัดได้ แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตมักมีความเครียดจากสาเหตุของการไม่ได้รับข่าวสารที่กระจ่างชัด และการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (นวลอนงค์, 2537) ดังนั้นญาติจึงพยายามค้นหาความจริง และแสวงหาข้อมูล (วิจิตรา, 2544) ที่มีความชัดเจน ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความก้าวหน้าในการรักษา ซึ่งจะต้องประเมินความต้องการและความพร้อมที่จะรับรู้ข้อมูลของญาติด้วย และให้เวลาต่อการให้ข้อมูล ซึ่งจะทำให้ญาติสามารถวางแผนอนาคตที่จะเกิดขึ้นได้ ช่วยลดความตึงเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความไม่รู้ของญาติได้ (จงจิตต์และคณะ, 2543; ชอลดา 2536; สมจิต, 2534; Al-Hassan & Hweidi, 2004) อีกทั้งยังเป็นการสื่อสารที่ช่วยให้เข้าใจตรงกันและสามารถลดความขัดแย้งได้ ดังนั้นข้อมูลถือเป็นกุญแจสำคัญและเป็นแนวทางในการตัดสินใจของญาติในการรักษาผู้ป่วย (Kirchhoff et al., 2004) ซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการประกอบการตัดสินใจของญาติ ได้แก่

1.1 การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค

ญาติผู้ป่วยอยากได้รับข้อมูลที่กระจ่างเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ต้องการให้บอกถึงสถานการณ์หรือข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความคืบหน้าของอาการผู้ป่วย และการพยากรณ์โรค ต้องการข้อมูลที่ต่อเนื่องและเข้าใจง่าย ซึ่งการได้รับข้อมูลที่กระจ่าง จะมีความสำคัญในการช่วยลดภาวะเครียดและทุกข์ทรมานจิตใจของญาติได้ (Bond et al., 2003; Al-Hassan & Hweidi, 2004; Lee et al., 2000; Verhaeghe et al., 2005) โดยแนวทางการรักษาและพยากรณ์โรคที่ดีจะส่งผลให้ญาติตัดสินใจยอมรับการรักษา เนื่องจากผลจากการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาหรือต้องอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมาน พยากรณ์โรคที่ไม่ดี ญาติก็อาจตัดสินใจทั้งรักษาต่อเพื่อยืดชีวิตและบางรายอาจยุติการรักษา (จิราญ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่าญาติมีความต้องการข้อมูลที่

เป็นจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ซึ่งจะช่วยให้ญาติมีความเข้าใจ ช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ (Dudley, 2001)

จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง พบว่าหากพยากรณ์โรคไม่มีความรุนแรงของโรคมียุ่สูง ได้แก่ ความพิการและเสียชีวิต การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาหรือการผ่าตัดอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยผลการศึกษาในผู้ป่วย 226 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.4 จะปฏิเสธการผ่าตัดเมื่อผลการผ่าตัดทำให้สูญเสียหน้าที่ของร่างกายอย่างรุนแรงหรือมีความพิการและผู้ป่วยร้อยละ 88.8 จะปฏิเสธการผ่าตัดเมื่อผลการผ่าตัดทำให้มีความบกพร่องทางสมองหรือไม่รู้สึกตัว (Fried et al., 2002)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกบางราย มีพยากรณ์โรคที่ดีและมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดแพทย์พิจารณาว่าควรผ่าตัดสมอง และให้ข้อมูลแก่ญาติ แต่ญาติยังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ และต้องการข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ พบว่าพยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือด้วยการแปลความหมายจากคำพูดของแพทย์ให้เข้าใจง่ายและตอบคำถามเพื่อช่วยคลี่คลายข้อสงสัยของญาติทำให้ข้อมูลมีความกระจ่างขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของญาติได้ระดับหนึ่ง และสามารถเพิ่มพลังอำนาจของญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ส่วนในรายที่มีอาการหนัก พยากรณ์โรคแย่ง แพทย์วินิจฉัยว่าการผ่าตัดสมองไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นข้อมูลที่ญาติได้รับจากแพทย์และพยาบาลควรมีความชัดเจน ตรงไปตรงมา เพื่อให้ญาติสามารถรับรู้ได้ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาและยอมรับความจริงได้ (Johnson, 2005)

1.2 การรักษาและการผ่าตัด

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดนั้น จะมีส่วนช่วยให้ญาติมีความเข้าใจและตัดสินใจในการรักษา โดยข้อมูลที่สมควรเป็นข้อมูลที่เหมาะสม ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจากการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยชาวฮ่องกงที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจากทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะช่วยวางแผนในการดูแลและเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบข้อซักถามต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติได้โดยตรงและมีความชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญหรือความจำเป็นในการผ่าตัด แนวทางการรักษาและการวางแผนการผ่าตัด รวมถึงทางเลือกอื่นในการรักษานอกเหนือจากการผ่าตัด (Henderson & Chien, 2004) ซึ่งการอธิบายเกี่ยวกับ กระบวนการรักษาและการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผลดีและผลเสียของการผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตในการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ไม่ว่าการผ่าตัดนั้นจะระมัดระวังอย่างดีเพียงใดก็ตาม ซึ่งจะช่วยให้ญาติสามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการผ่าตัดอย่างแท้จริง (วิวัฒน์, 2544) ในการผ่าตัดสมอง ญาติต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งที่ผ่าตัดและวิธีการทำผ่าตัด (Greif & Miller, 1991) อีกทั้งญาติยังอยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่าตัด และไม่

ผ่าตัดสมอง ความพิการหรือสภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดและการดูแลรักษา ตลอดจน โอกาสเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดสมอง (Oyama & Criddle, 2004)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจผ่าตัดของสตรีชาวออสเตรเลีย ตะวันตกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัดและโอกาสรอดชีวิตภายหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการตัดสินใจในการผ่าตัด (Mastaglia & Kristjanson, 2001)

นอกจากนี้การศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเส้นเลือดหัวใจตีบ ไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาและการผ่าตัดเนื่องจากการรักษามีทั้งข้อดีและปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีความสับสนในข้อมูลที่ได้รับและแพทย์มักให้ตัดสินใจตามความเห็นของแพทย์ ซึ่งน่าจะให้มีการสื่อสาร ให้ข้อมูลและร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือการผ่าตัด (Dudley, 2001)

1.3 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด

การเข้าใจถึงผลกระทบจากการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะช่วยให้ญาติตัดสินใจในการรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Gil et al., 2004) เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการผ่าตัดสมองมีความเสี่ยงสูง หากผู้ป่วยรอดชีวิตภายหลังผ่าตัด แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่แย่ลง เนื่องจากต้องเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง (ทศพร, 2548; Stein et al., 2003)

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจำนวน 13 ราย พบว่าผู้ป่วย 5 ราย มีความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวร และมีจำนวน 8 รายที่มีความบกพร่องชั่วคราวแต่มีอาการกำเริบรุนแรงและมีความบกพร่องอย่างถาวรเกิดขึ้นในภายหลัง ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติเกี่ยวกับเส้นประสาทบริเวณใบหน้าและลิ้น มีภาวะกลืนลำบาก จำเป็นต้องผ่าตัดใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง และมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อีกทั้งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) และเจาะคอ (tracheostomy tube) ในภายหลัง จากการติดตามผู้ป่วยประมาณ 1 ปี พบว่าผู้ป่วยจำนวน 3 รายมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต จำนวนที่เหลือต้องอยู่ในความดูแลของญาติและฟื้นฟูสภาพต่อไป (Lang et al., 1999) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู ปัญหาที่พบในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

- 1) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงและอัมพาตของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย การที่เนื้อสมองถูกทำลายข้างใดข้างหนึ่ง จะมีผลให้เกิดความผิดปกติของแขนขาตรงข้าม ซึ่งหากมีพยาธิสภาพในสมองซีกขวา

ทำให้เกิดอัมพาตหรืออ่อนแรงแขนขาข้างซ้าย และหากมีพยาธิสภาพในสมองซีกซ้าย จะทำให้แขนขาขวาเป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ดังนั้นความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายจึงลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลงด้วย (Grant et al., 2004)

2) ความสามารถทางด้านความคิดสติปัญญา บุคลิกภาพ และความจำ ลดลง เนื่องจากมีความผิดปกติของสมอง โดยเฉพาะในบริเวณกลีบสมองด้านหน้าและด้านข้าง ในรายที่เนื้อสมองมีการถูกทำลายมาก จะทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง (Perry, 2001)

3) สูญเสียความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกขวา จะมีปัญหาพูดไม่ได้ (Aphasia) ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด พูดไม่ชัด (Jacobsson et al., 2000)

4) ระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย โดยมีความผิดปกติเกี่ยวกับประสาทรับความรู้สึกทางสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง รวมทั้งอาจเกิดความผิดปกติกับสมองส่วน Parietal lobe ของสมองซีกขวา ซึ่งทำให้มีความพร่องในการแปลความหมายของความรู้สึกจากระบบสัมผัสต่างๆ (เจียมจิต, 2541; Berg et al., 2005)

5) การเปลี่ยนแปลงเรื่องการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งมักมีพยาธิสภาพบริเวณกลีบสมองส่วนหน้าหรือซีกสมองทั้ง 2 ข้าง รอยโรคที่เปลือกสมองจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยับยั้ง Spinal Reflex ในการขับถ่ายปัสสาวะได้ แม้ว่าจะมีความรู้สึก และพยายามที่จะควบคุมไว้ ซึ่งเรียกว่าการกลั้นปัสสาวะไม่ได้และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาเรื่องท้องผูก ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดท้องผูกคือ ปริมาณและชนิดของอาหารและน้ำที่ได้รับ โดยเฉพาะใน 2-3 วันแรกของการเกิดโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับสารอาหารและน้ำทางปากเลย หรือได้รับน้อยมาก แต่สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ คือ สารละลายทางหลอดเลือดดำ เพราะในระยะเฉียบพลันระยะแรกผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารเองไม่ได้ และอาจต้องงดน้ำและอาหารทางปาก หรือจำกัดปริมาณน้ำที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ และเมื่อเริ่มให้สารอาหารทางท่อให้อาหาร (NG Tube) ก็มักจะได้รับในปริมาณ ที่ไม่มากนักและมีกากใยน้อย หลังจากได้รับสารอาหารทางท่อให้อาหารหลายสัปดาห์ ผู้ป่วย จึงจะเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ ดังนั้นในระยะแรกกลไกรีเฟล็กซ์ที่จะทำให้ลำไส้ว่างจึงอาจจะลดลง ในเวลาต่อมาจึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรงและอุจจาระอัดแน่น (เจียมจิต, 2541)

6) ภาวะกลืนลำบาก พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 40-67% จะมีปัญหาเรื่องอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณโบน้า ซึ่งทำหน้าที่เรื่องการกลืนหรือการเคี้ยวอาหาร (Hinchev et al., 2005; National Stroke Association, 2006; Perry, 2001; Perry & McLaren, 2003) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมองบริเวณสมองใหญ่ (cerebral) สมองเล็ก (cerebellar) และแกนสมอง (brain stem) (Martino et al., 2005)

7) ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต (psychiatric disorders) ที่พบบ่อย ได้แก่ ความจำเสื่อม การรับรู้ผิดปกติ การตัดสินใจไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ นอนไม่หลับ การเข้าใจในเหตุผลน้อยลง ไม่สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้ ชอบโต้แย้ง แข็งกระด้าง ซ้ำงสงสัย พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้มีปัญหาในการทำงานและการใช้ชีวิตในครอบครัว (ดวงรัตน์, 2534) อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตประมาณร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกจนกระทั่งระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความผิดปกติทางระบบประสาท ความเครียดจากปัญหาเรื่องการสื่อสารและภาวะกลืนลำบาก (Hackett et al., 2005) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกขวา (dominant hemispheric lesion) มักมีปัญหาของภาวะซึมเศร้า (post stroke depression) เกิดขึ้นมากกว่าอัมพาตครึ่งซีกซ้าย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย (นิพนธ์, 2544) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ (Berg et al., 2005)

1.4 ผลกระทบและภาระของญาติ

เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้นญาติควรทราบผลกระทบที่เป็นภาระของญาติ เพื่อเป็นข้อมูลช่วยประกอบในการตัดสินใจ นอกเหนือจากผลกระทบและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้ว ผลจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อญาติทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตสังคมและภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว (Bluvol & Ford-Gilboe, 2004) เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังผ่าตัดสมองนั้นร้อยละ 80 ต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านซึ่งกลายเป็นภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ญาติมีสุขภาพกายและจิตใจแย่ลง (Han & Haley, 1999; Bugge et al., 1999; Clarke et al., 1999 cited by Bluvol & Ford-Gilboe, 2004) ซึ่งภาวะสุขภาพทรุดโทรม มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง การที่ต้องเผชิญกับความกดดันในทุกๆ ด้านจากการดูแล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ด้วยเช่นกัน จากการเหนื่อยล้าด้านร่างกาย อดหลับอดนอนหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อย ตามกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารได้น้อย ความอยากอาหารน้อยลง ซึ่งเกิดจากความเครียด ที่ต่อเนื่องของผู้ดูแล ทั้งจากภาระในการดูแลตลอดจนอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (นันทพร, 2545) และจากการศึกษาเรื่องผลของการผ่าตัดสมองต่อภาวะคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 56 ของญาติผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่แย่ลง และร้อยละ 38 ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน (Lang et al., 1999) ได้แก่ ต้องออกจากงานหรือหยุดทำงาน เพราะต้องออกมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความรัก ความห่วงใย สงสารผู้ป่วย รวมทั้งจะได้ตอบแทนค่าน้ำนมตอบแทนพระคุณของผู้ป่วยที่เคยเลี้ยงดูญาติจนเติบโต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวหรือความเป็นอิสระของผู้ดูแล อีกทั้งยังส่งผลให้ญาติมีปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้อื่นและสังคมลดลงด้วย (นันทพร, 2545; Papastavrou et al., 2007) ญาติจึงมีความตึงเครียดกับภาวะดูแลผู้ป่วยและความรับผิดชอบในครอบครัว โดยเฉพาะในเพศหญิง ที่เป็นภรรยาของผู้ป่วย พบว่ามีความตึงเครียดสูงและมีภาวะซึมเศร้า (Papastavrou et al., 2007) ซึ่งพบว่าร้อยละ 30 – 33 ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะพบมากในระยะแรก ซึ่งมีความรุนแรงของโรค (Berg et al., 2005) และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ญาติต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ถ้าไม่มีเงินออมหรือรายได้เสริมจะทำให้เกิดการฝืดเคืองทางด้านการเงินและก่อให้เกิดภาระหนี้สิน นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัว เนื่องจากญาติบางรายต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว อีกทั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างญาติกับผู้ป่วย สาเหตุจากพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยทำให้ญาติเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย (นันทพร, 2545)

2. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด

ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัดนั้นญาติต้องมีการเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียและพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนการตัดสินใจ ซึ่งสิ่งสำคัญที่ญาตินำมาประกอบในการตัดสินใจด้วยนั้นคือผลลัพธ์จากการรักษาหรือการผ่าตัดว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร ซึ่งหากญาติคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น จะมีส่วนช่วยให้ญาติสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกได้

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancies) คือ การคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งหากความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแง่บวก จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จ แต่หากความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นแง่ลบ บุคคลก็จะขาดแรงจูงใจที่จะกระทำหรือกระทำพฤติกรรมนั้นลดลง (Bandura, 1997) จากการศึกษาในญาติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดพบว่า การตัดสินใจของญาติในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดและคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Juarez et al., 2008) และการศึกษาเรื่องความรู้และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของญาติในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าหากญาติมีความคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการรักษาทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ญาติจะตัดสินใจยินยอมรับการรักษา แต่หากคาดว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อญาติ ญาติจะตัดสินใจปฏิเสธการรักษา (Booth, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการดูแลญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต พบว่าญาติคาดหวังผลลัพธ์จากการรักษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรง ทำให้ญาติรู้สึกไม่แน่นอน สับสนและมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ญาติปฏิเสธการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย (Kirchhoff, 2004)

3. การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำหรือจัดการสิ่งต่างๆ ได้ ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการคิดทางปัญญาและมีแรงผลักดันที่จะกระทำร่วมกับ การแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านจิตใจโดยตรง ทำให้สามารถเผชิญปัญหา มีความพยายามและตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะฟันฝ่าอุปสรรคหรือเผชิญหน้ากับประสบการณ์ที่เลวร้าย (Bandura, 1997)

สำหรับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ นั้นเป็นความมั่นใจในความสามารถของญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเมื่อญาติมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองแล้ว ญาติจะสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ซึ่งสามารถประเมินการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดได้โดยการนำมิติของความมั่นใจในความสามารถ (strength) ซึ่งเป็นมิติที่สะท้อนให้เห็นถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) มาสร้างเป็นแบบประเมินดังกล่าว ซึ่งหากญาติที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ประสบความสำเร็จแล้ว ญาติก็จะมั่นใจในความสามารถในการตัดสินใจได้เช่นกัน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ ได้แก่

อายุ โดยอายุที่มากขึ้นจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากขึ้น มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถตัดสินใจได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (กนกรัตน์, 2547; วินิตา, 2547) จากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะนั้นพบว่า ผู้ตัดสินใจในการรักษาดังกล่าวมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์และการตัดสินใจที่ดี (จิรนาถ, 2547) และการศึกษาของวินิตา (2547) พบว่าญาติผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ มีการรับรู้และเข้าใจความจริงต่างๆ ได้ดี ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมเฉพาะหน้าได้ถูกต้องเหมาะสม (ทิพย์ภา, 2541) ซึ่งทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ เช่นเดียวกับการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย จะต้องเป็นญาติที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ (Azoulay et al., 2004)

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของบุคคล บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ ทักษะและความสามารถในการแสวงหาข้อมูล มีความเข้าใจแผนการรักษา รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยมากกว่า

ผู้มีความรู้น้อยกว่า (จันทรา, 2547) โดยญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้ดี สามารถพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจและสามารถตัดสินใจในการรักษาพยาบาลได้เหมาะสม (Papastavrou et al., 2007) จากการศึกษาทัศนคติของญาติต่อการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าญาติที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกและตัดสินใจในการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (kwok et al., 2007)

ประสบการณ์ ประสบการณ์ของญาติที่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยได้รับการผ่าตัด มีผลทำให้ญาติมองว่า การผ่าตัดเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่จะบรรเทาหรือรักษาให้ผู้ป่วยหายได้ ทำให้ญาติปรับตัวรับกับสถานการณ์ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดในครอบครัว (วิไลพร, 2549) ส่งผลให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มตัดสินใจเหมือนครั้งก่อนที่เคยประสบความสำเร็จ โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience) เป็นสิ่งบ่งบอกให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ซึ่งการมีประสบการณ์ตรงเป็นหลักฐานที่สะท้อนให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถกระทำพฤติกรรมได้โดยความสำเร็จนั้นจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าญาติที่มีประสบการณ์มาก่อน จะมีการเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและเกิดความกล้าที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลรักษาผู้ป่วย (จันทรา, 2547) ในทางตรงกันข้ามหากญาติมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการผ่าตัด ญาติจะกลัวการผ่าตัด เนื่องจากเคยมีคนที่ได้รับการผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนและตายไป (สมจิต, 2534) ทำให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจต่ำลง อีกทั้งญาติที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน ทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีการประเมินสถานการณ์การผ่าตัดว่าเป็นสิ่งที่ถูกคาม ส่งผลต่ออารมณ์ และความรู้สึก ทำให้มีความเป็นห่วง กังวล กังวลและมักจะคาดการณ์ไปในทางที่เลวร้าย (วิไลพร, 2549) ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติลดลง จึงทำให้ญาติมักหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความทุกข์ทรมานและการตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าญาติที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการผ่าตัด ทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งผลให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจต่ำและไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการผ่าตัดได้ (Juarez et al., 2008)

ความรุนแรงของโรค เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรค บ่งบอกถึงภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดของญาติ ซึ่งหากระดับความรุนแรงของโรคน้อย ทำให้ญาติสามารถคาดคะเนผลที่จะเกิดขึ้นได้ ญาติสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ดี (Green & King, 2007) ส่งผล

ให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติย่อมมีสูง แต่หากระดับความรุนแรงของโรคมียุข บ่งบอกถึงภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย (Kurth et al., 2003; Woo et al., 2004) จึงอาจบั่นทอนความมั่นใจของญาติ (Azoulay et al., 2004) ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลญาติผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต พบว่าความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ญาติเกิดความกลัว สับสน มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจต่ำ ทำให้ญาติไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยได้ ดังนั้นการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยจึงเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ (Kirchhoff et al., 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าจากความรุนแรงของโรค ทำให้ญาติมีความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจต่ำ และปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย (Azoulay et al., 2004)

สรุป

การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นบทบาทสำคัญของญาติที่ต้องทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ญาติสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ โดยการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ ต้องอาศัยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อให้มีความเข้าใจ เกิดกระบวนการคิดทางปัญญา และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ญาติสามารถนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบทางเลือกเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ และทำให้ญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูล ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด ตัวแปรตาม ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งมีวิธีดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ เป็นผู้ตัดสินใจในการผ่าตัด
กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ เป็นผู้ตัดสินใจในการผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยศึกษาจาก โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) กำหนดค่าระดับของความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์ในการตัดสินใจ (R) เท่ากับ .30 เมื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย/ตำแหน่งของโรค อาการปัจจุบันของผู้ป่วย โรคประจำตัวของผู้ป่วย ประวัติการไช้ยา/แพ้ยา การดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การเจ็บป่วยในอดีต/ การผ่าตัด

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การผ่าตัดของบุคคลในครอบครัวที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 18 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด และมีลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- 4 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ในการแปลผลการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) จึงได้เกณฑ์การแปลผล โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | | |
|-------------|-------|---------|---|
| 1 – 1.75 | คะแนน | หมายถึง | มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจอยู่ในระดับน้อยมาก |
| 1.76 – 2.50 | คะแนน | หมายถึง | มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจอยู่ในระดับน้อย |
| 2.51 – 3.25 | คะแนน | หมายถึง | มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.26 – 4.00 | คะแนน | หมายถึง | มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง |

4. แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในการแปลผลความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1-1.75 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดน้อยมาก
- 1.76-2.50 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดน้อย
- 2.51-3.25 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดปานกลาง
- 3.26-4.00 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดสูง

5. แบบสอบถามวัดการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 2 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจน้อยว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 3 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 4 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้

ในการแปลผลระดับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 3 และ 4 โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 - 1.75 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำมาก
- 1.76 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ
- 2.51 - 3.25 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.26 - 4.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เชี่ยวชาญแผนกศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่าน และศัลยแพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงเพื่อให้มีความชัดเจน ครบคลุมมากขึ้น

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ เก็บข้อมูลกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ซึ่งแบบสอบถามเรื่องการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดและการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 .89 และ .70 ตามลำดับ และนำมาหาค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 .86 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมระบบประสาท เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งฉบับ หากไม่สมบูรณ์ ก็ทำการสอบถามให้ครบสมบูรณ์

2.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก หลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา ความสำคัญ และวิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยหลังจากได้รับการชี้แจงแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยตอบรับด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร จึงลงมือเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. การได้รับข้อมูลของญาติ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. กำหนดหาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

5.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา

5.2 ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น

- 5.3 กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ
- 5.4 กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร
- 5.5 ข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา จำนวน 90 ราย โดยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การได้รับข้อมูลของญาติ ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด และการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 90 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 88.9 มีอายุระหว่าง 51-86 ปี เฉลี่ยอายุ 68.48 ปี (SD = 7.58) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 47.8 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 52.2 โดยผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า คิดเป็นร้อยละ 58.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.9 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 45.6 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.3 สิทธิค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 81.1 วินิจฉัยโรคเป็น ICH ร้อยละ 78.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สีกตัว คิดเป็นร้อยละ 84.4 ซึ่งส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 53.2 และมีประวัติไข้หวัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 67.8 โดยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.3 และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่เคยผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 98.9 (ตาราง 1)

ญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย จำนวน 90 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 มีอายุระหว่าง 27-66 ปี เฉลี่ยอายุ 46.73 (SD = 8.47) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 52.2 สถานภาพสมรส

คู่ ร้อยละ 82.2 การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 37.8 มีรายได้ 6,001-12,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.8 ซึ่งมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.7 โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากตนเอง (กลุ่มตัวอย่าง) คิดเป็นร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 82.2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรชาย/บุตรสาวของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 77.8 และเกือบทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 98.9 (ตาราง 2)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (N = 90)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 80 | 88.90 |
| หญิง | 10 | 11.10 |
| อายุ (ปี) (Min = 51, Max = 86, Mean = 68.48, SD =7.58) | | |
| 51- 60 ปี | 21 | 23.30 |
| 61- 70 ปี | 38 | 42.30 |
| 71- 80 ปี | 27 | 30.00 |
| 81 ปีขึ้นไป | 4 | 4.40 |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 37 | 41.10 |
| หม้าย/หย่า | 53 | 58.90 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 43 | 47.80 |
| อิสลาม | 47 | 52.20 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|-------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 34 | 37.80 |
| ประถมศึกษา | 53 | 58.90 |
| มัธยมศึกษา | - | - |
| อนุปริญญา | - | - |
| ปริญญาตรี | 3 | 3.30 |
| ประกอบอาชีพ | | |
| ไม่ได้ทำงาน | 41 | 45.60 |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน | 15 | 16.70 |
| รับจ้าง | 14 | 15.60 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 3 | 3.30 |
| เกษตรกรรวม | 17 | 18.90 |
| รายได้ต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท | 57 | 63.30 |
| 3,001-6,000 บาท | 11 | 12.20 |
| 6,001- 9,000 บาท | 19 | 21.20 |
| 9,001-12,000 บาท | - | - |
| มากกว่า 12,000 บาท | 3 | 3.30 |
| ค่ารักษาพยาบาล | | |
| ชำระเงินเอง | - | - |
| บัตรทอง | 73 | 81.10 |
| บัตรประกันสังคม | - | - |
| เบิกได้ทั้งหมด | 17 | 18.90 |
| วินิจฉัยโรค | | |
| ตกเลือดภายในสมอง | 71 | 78.90 |
| ตกเลือดในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง | 19 | 21.10 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------|-------|--------|
| ระดับความรู้สีกตัว | | |
| ไม่รู้สีกตัว | 76 | 84.40 |
| ซึม | 11 | 12.20 |
| สับสน | 3 | 3.40 |
| รู้สีกตัวดี | - | - |
| ประวัติโรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 43 | 47.80 |
| มี | 47 | 53.20 |
| ประวัติการใช้ยา | | |
| ไม่มี | 43 | 47.80 |
| มีการใช้ยา | 47 | 53.20 |
| ประวัติดื่มเหล้า | | |
| ไม่ดื่ม | 61 | 67.80 |
| ดื่ม | 29 | 32.20 |
| ประวัติสูบบุหรี่ | | |
| ไม่สูบบุหรี่ | 33 | 36.70 |
| สูบบุหรี่ | 57 | 63.30 |
| ประวัติการผ่าตัด | | |
| ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน | 89 | 98.90 |
| เคยได้รับการผ่าตัด | 1 | 1.10 |

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา (N = 90)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 48 | 53.30 |
| หญิง | 42 | 46.70 |
| อายุ (ปี) (Min = 27, Max = 66, Mean = 46.73, SD = 8.47) | | |
| 27- 35 ปี | 9 | 10.00 |
| 36- 45 ปี | 29 | 32.20 |
| 46- 59 ปี | 47 | 52.20 |
| 60 ปีขึ้นไป | 5 | 5.60 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 6 | 6.70 |
| คู่ | 74 | 82.20 |
| หม้าย/หย่า | 10 | 11.10 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 43 | 47.80 |
| อิสลาม | 47 | 52.20 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | - | - |
| ประถมศึกษา | 36 | 40.00 |
| มัธยมศึกษา | 5 | 5.60 |
| อนุปริญญา | 38 | 42.20 |
| ปริญญาตรี | 11 | 12.20 |
| ประกอบอาชีพ | | |
| รับจ้าง | 4 | 4.40 |
| ธุรกิจ | 34 | 37.80 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 24 | 26.70 |
| เกษตรกรกรรม | 28 | 31.10 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| รายได้ต่อเดือน | | |
| 6,001- 9,000 บาท | 43 | 47.80 |
| 9,001- 12,000 บาท | 14 | 15.60 |
| มากกว่า 12,000 บาท | 33 | 36.70 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| มีเงินออม | 12 | 13.30 |
| เพียงพอ | 78 | 86.70 |
| รายได้ส่วนใหญ่มาจาก | | |
| สามี/ภรรยา | 22 | 24.40 |
| ตนเอง | 63 | 70.00 |
| อื่นๆ (ผู้ป่วย) | 5 | 5.60 |
| ลักษณะครอบครัว | | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 16 | 17.80 |
| ครอบครัวขยาย | 74 | 82.20 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | |
| สามี/ภรรยาผู้ป่วย | 20 | 22.20 |
| บุตรสาว/บุตรชายผู้ป่วย | 70 | 77.80 |
| ผู้รับผิดชอบและตัดสินใจในครอบครัว | | |
| บิดา/มารดาผู้ป่วย | 6 | 6.70 |
| สามี/ภรรยาผู้ป่วย | 3 | 3.30 |
| บุตรสาว/บุตรชายผู้ป่วย | 70 | 77.80 |
| ผู้ป่วย | 11 | 12.20 |
| ประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด | | |
| ไม่มี | 89 | 98.90 |
| มี | 1 | 1.10 |

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลของญาติ ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดและการรับรู้
สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ

การได้รับข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 90 ราย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .89$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าญาติได้รับข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.56$, $SD = .27$) ข้อมูลด้านการรักษาและการผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, $SD = .26$) ได้รับข้อมูลด้านปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .43$) และด้านผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังการรักษาด้วยผ่าตัด/ไม่ผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$, $SD = .29$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($N = 90$)

| การได้รับข้อมูลของญาติ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|----------|----------|-------------|------------|------------|
| 1. การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค | 3 | 4 | 3.56 | .27 | สูง |
| 2. ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.31 | .43 | สูง |
| 3. ผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิต ภายหลังการรักษาด้วยผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 2 | 4 | 3.17 | .29 | ปานกลาง |
| 4. การรักษาและการผ่าตัดสมอง | 2 | 4 | 3.15 | .26 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 3 | 4 | 3.31 | .89 | สูง |

ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด

ผลการศึกษาความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 90 ราย พบว่าความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .37$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลางและระดับสูง ยกเว้น ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติที่คาดว่า การผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.47$, $SD = .65$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

คะแนนต่ำสุด- สูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดจำแนกตามรายข้อและ โดยรวม ($N = 90$)

| ข้อความ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|---|----------|----------|-------------|------------|----------------|
| 1. การผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งในการ รักษาผู้ป่วย | 2 | 4 | 3.64 | .58 | สูง |
| 2. เชื่อว่าศัลยแพทย์มีความเชี่ยวชาญ ในการผ่าตัด | 2 | 4 | 3.63 | .58 | สูง |
| 3. การผ่าตัดเป็นแนวทางการรักษา ตามดุลยพินิจของแพทย์ | 2 | 4 | 3.11 | .46 | ปานกลาง |
| 4. การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ เพราะเชื่อในเทคโนโลยีที่ทันสมัย | 2 | 4 | 2.98 | .48 | ปานกลาง |
| 5. การผ่าตัดเป็นการรักษาอย่าง ครบขั้นตอน (รักษาให้ถึงที่สุด) | 2 | 3 | 2.77 | .41 | ปานกลาง |
| 6. การผ่าตัดเป็นหนทางที่ดีที่สุดของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก | 2 | 4 | 2.67 | .68 | ปานกลาง |
| 7. การผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วย มีโอกาสรอดชีวิต | 2 | 4 | 2.62 | .55 | ปานกลาง |
| 8. การผ่าตัดเป็นการยืดชีวิตผู้ป่วย | 2 | 4 | 2.62 | .55 | ปานกลาง |
| 9. เมื่อผ่าตัดแล้วจะทำให้หาย จากโรค | 2 | 4 | 2.53 | .56 | ปานกลาง |
| 10. การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยพ้นจาก ความทุกข์ทรมาน | 1 | 4 | 2.47 | .65 | น้อย |
| โดยรวม | 2 | 4 | 2.90 | .37 | ปานกลาง |

การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18, SD = .36$) แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าบางข้อการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความมั่นใจว่าสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.72, SD = .45$) ความมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.46, SD = .50$) ความมั่นใจว่าสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ($\bar{X} = 3.35, SD = .69$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

คะแนนต่ำสุด- สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ($N = 90$)

| มั่นใจว่าสามารถ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----|-----|-----------|-----|---------|
| 1. เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วย | 3 | 4 | 3.72 | .45 | สูง |
| 2. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วย | 3 | 4 | 3.46 | .50 | สูง |
| 3. ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | 2 | 4 | 3.35 | .69 | สูง |
| 4. คาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด เพื่อช่วยวิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือก | 2 | 4 | 3.11 | .58 | ปานกลาง |
| 5. ค้นหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกคือการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | 2 | 4 | 3.10 | .45 | ปานกลาง |
| 6. เปรียบเทียบทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | 2 | 4 | 3.08 | .44 | ปานกลาง |

ตาราง 5 ต่อ)

| มั่นใจว่าสามารถ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|----------|----------|-------------|------------|----------------|
| 7. มีข้อมูลเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก | 2 | 4 | 3.06 | .41 | ปานกลาง |
| 8. รวบรวมข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค การรักษาและการผ่าตัดสมองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังผ่าตัดผลกระทบบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังผ่าตัด | 2 | 4 | 3.04 | .39 | ปานกลาง |
| 9. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | 2 | 4 | 2.98 | .48 | ปานกลาง |
| 10. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก | 2 | 4 | 2.93 | .41 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 2 | 4 | 3.18 | .36 | ปานกลาง |

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่าการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .01$) แต่ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (ตาราง 6)

ตาราง 6

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (N = 90)

| ตัวแปร | การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ (r) |
|-----------------------------------|--|
| 1. การได้รับข้อมูล | .513* |
| 2. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด | .087 |

* P < .01

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

การได้รับข้อมูลของญาติ

ผลการศึกษารับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของญาติผู้ป่วย พบว่าการได้รับข้อมูลของญาติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.31$, $SD=.89$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค ($\bar{X}=3.56$, $SD=.27$) และด้านปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ($\bar{X}=3.31$, $SD=.43$) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ญาติผู้ป่วยทุกรายจะได้รับข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรคหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกถึงสถานการณ์หรือข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความคืบหน้าของอาการผู้ป่วยและแนวโน้มของโรค (Bond et al., 2003) ส่วนข้อมูลด้านปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพเพื่อให้ญาติเข้าใจถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อช่วยให้ญาติตัดสินใจในการรักษา (Gil et al., 2004) ประกอบกับเป็นการให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ญาติต้องการข้อมูล เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการผ่าตัด ทำให้ญาติมีความพร้อมต่อการรับรู้ข้อมูล (Al-Hassan & Hweidi, 2004) ทำให้การได้รับข้อมูลของญาติอยู่ในระดับสูง

สำหรับการได้รับข้อมูลด้านการรักษาและการผ่าตัดสมอง ($\bar{X} = 3.15, SD = .26$) ด้านผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังการรักษาด้วยผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ($\bar{X} = 3.17, SD = .29$) นั้นอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ข้อมูลด้านการรักษาและการผ่าตัดสมอง เป็นข้อมูลที่ญาติได้รับเกี่ยวกับความสำคัญหรือความจำเป็นในการผ่าตัด แนวทางการรักษาและการวางแผนการผ่าตัด รวมถึงทางเลือกอื่นในการรักษานอกเหนือจากการผ่าตัด (Henderson & Chien, 2004) ตลอดจนกระบวนการรักษาและการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผลดีและผลเสียของการผ่าตัด อีกทั้งภาวะแทรกซ้อน หรือการเสียชีวิตในการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ (วิวัฒน์, 2544) โดยข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลทางการแพทย์ ที่มีความซับซ้อนและมองไม่เห็นภาพชัดเจน ทำให้ยากต่อการเข้าใจข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง (Azoulay et al., 2004; Leclaire et al., 2005) ส่งผลให้การได้รับข้อมูลของญาติด้านการรักษาและการผ่าตัด จึงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อมูลด้านผลกระทบและภาระต่อญาติภายหลังผู้ป่วยรอดชีวิตจากการรักษาและการผ่าตัด เป็นข้อมูลที่ทีมสุขภาพไม่ได้เน้นความสำคัญเท่ากับข้อมูลในด้านอื่น เนื่องจากคำนึงถึงการรักษาการผ่าตัดสมองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของชีวิตเป็นหลัก ประกอบกับระยะเวลาในการให้ข้อมูลมีจำกัด (Oyama & Criddle, 2004) จึงทำให้การได้รับข้อมูลในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด

ผลการศึกษาคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติ โดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90, SD = .37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความคาดหวังว่าการผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.64, SD = .58$) และเชื่อว่าศัลยแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.63, SD = .58$) อธิบายได้ว่าญาติรับรู้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คือการผ่าตัดสมอง ซึ่งญาติมีความไว้วางใจแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดว่าเป็นศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Van & Rinkel, 2001) ทำให้ญาติมีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สีก้าว (ร้อยละ 84.40) มีความรุนแรงของโรค ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย (Kurth et al., 2003; Woo et al., 2004) ประกอบกับผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ (เฉลี่ยอายุ 68.48 ปี) (Parmet, Glass & Class, 2004) ซึ่งมีความเสื่อมตามวัยและการฟื้นตัวช้ากว่าปกติและมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.2) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น อีกทั้งแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่สามารถยืนยันผลลัพธ์จากการผ่าตัดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงมาก (วิวัฒน์, 2544) ทำให้ญาติไม่สามารถคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ชัดเจนเช่นกัน ดังนั้นความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติโดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ

ผลการศึกษากการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18, SD = .36$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ญาติมั่นใจว่าสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72, SD = .45$) อธิบายได้ว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นบทบาทและสิทธิของญาติตามกฎหมาย เนื่องจากญาติมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และญาติเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นญาติจึงมีความเหมาะสมที่สุดในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งญาติจะมีความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติมีความเชื่อมั่นว่าสามารถตอบสนองความต้องการและคำนึงถึงคุณค่าของผู้ป่วย (Day, 2000) และยังสามารถตัดสินใจได้ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ญาติมีความมั่นใจว่าสามารถเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

สำหรับรายข้อที่พบว่า ญาติมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.46, SD = .50$) และมั่นใจว่าสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ($\bar{X} = 3.35, SD = .69$) อยู่ในระดับสูง นั้นอธิบายได้ว่า เนื่องจากญาติได้รับการอธิบายจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการผ่าตัด (Gil et al., 2004) ทำให้ญาติมีความเข้าใจเกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ เกิดกระบวนการทางปัญญา (Bandura, 1997) ส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบกับญาติที่เป็นผู้ตัดสินใจดังกล่าวอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ มีการรับรู้และเข้าใจความจริงต่างๆ ได้ดี ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมเฉพาะหน้าได้ถูกต้องเหมาะสม (ทิพย์ภา, 2541) ซึ่งทำให้ความมั่นใจของญาติว่าสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด และมั่นใจว่าสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในประเทศฝรั่งเศส พบว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ได้แก่ญาติที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจสูง ทำให้สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้สูง (Azoulay et al., 2004)

สำหรับผลการศึกษากการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกว่า ความรุนแรงของโรคมียสูง บ่งบอกถึงภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย (Kurth et al., 2003; Woo et al., 2004) จึงอาจบั่นทอนความมั่นใจของญาติ (Azoulay et al., 2004) อีกทั้งญาติไม่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ

การผ่าตัด (ร้อยละ 98.90) ทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น มีการประเมินสถานการณ์การผ่าตัดว่าเป็นสิ่งที่ถูกคาม ส่งผลต่ออารมณ์ และความรู้สึก ทำให้มีความเป็นห่วง กังวลวิตกกังวลและมักจะคาดการณ์ไปในทางที่เลวร้าย (วิไลพร, 2549) ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติลดลงอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผลการศึกษาการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .01$) อธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค ทำให้ญาติทราบถึงสถานการณ์และภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความคืบหน้าของอาการและแนวโน้มของโรค (Bond et al., 2003) ซึ่งข้อมูลด้านการรักษาและการผ่าตัด ทำให้ญาติทราบถึงแนวทางการรักษาและความจำเป็นในการผ่าตัด (Henderson & Chien, 2004) ประกอบกับการได้รับข้อมูลด้านปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ทำให้ญาติทราบถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Gil et al., 2004) ตลอดจนการได้รับข้อมูลด้านผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ทำให้ญาติทราบผลกระทบที่เป็นภาระของญาติภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการได้รับข้อมูลดังกล่าวทำให้ญาติรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ทำให้มีความเข้าใจ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ (Chamber, Ryan & Connor, 2001) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา เพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ แต่เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับนั้นยากต่อการเข้าใจได้อย่างลึกซึ้ง (Leclaire et al., 2005) ซึ่งความไม่เข้าใจในข้อมูลจะส่งผลให้กระบวนการคิด วิเคราะห์ได้ไม่ชัดเจนนัก (Azoulay et al., 2004) ทำให้ไม่สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติได้เช่นกัน ดังนั้นการได้รับข้อมูลของญาติจึงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ

สอดคล้องกับการศึกษาการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการได้รับข้อมูลของญาติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งข้อมูลที่ญาติได้รับจากแพทย์ พยาบาล โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ช่วยคลี่คลายข้อสงสัยของญาติ ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจและมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดได้ (Johnson, 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความรู้และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของญาติในการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของ

ญาติ ซึ่งหากญาติได้รับข้อมูลน้อย ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วย จะส่งผลให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจต่ำและไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาได้ แต่หากญาติได้รับข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก จะทำให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ทำให้ญาติสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยได้ (Booth et al., 2004)

ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ ($r = .08, p > .05$) เนื่องจากการตัดสินใจผ่าตัดเป็นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสี่ยง (decision under risk) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่มีความแน่นอนน้อย (นิตยา, 2545) และไม่สามารถคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดได้ชัดเจน อีกทั้งผลลัพธ์จากการผ่าตัดนั้นเกิดขึ้นจากการกระทำของแพทย์ ไม่ใช่จากการกระทำของญาติเอง จึงอยู่นอกเหนือกิจกรรมและการจัดการของญาติ ดังนั้นความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาในญาติผู้ป่วยมะเร็งที่ยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยพบว่าความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งญาติคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ ทำให้ญาติมีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจและตัดสินใจยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาดังกล่าว (Juarez et al., 2008) และการศึกษาเรื่องการดูแลญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต พบว่า ญาติที่มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการรักษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรง ทำให้ญาติรู้สึกไม่แน่นอน สับสนและมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติลดลง ทำให้ญาติไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยได้ (Kirchhoff, 2004)

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการผ่าตัด ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะดังกล่าว คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ตลอดจนควรมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติ ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการผ่าตัดผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการได้รับข้อมูลของญาติ ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด และการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เป็นผู้ตัดสินใจในการผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 90 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ 3) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 4) แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติ 5) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ กับญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 มาคำนวณหาความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 .89 และ .70 ตามลำดับ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย หลังจากนั้นประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.31$, $SD = .89$)

2. ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .37$)

3. ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18, SD = .36$)

4. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .01$)

5. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ($r = .08, p > .05$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพยาบาลและด้านการวิจัย ดังนี้

ด้านการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการผ่าตัด

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เพื่อนำไปปรับใช้ให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องกระบวนการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ เนตรไสว. (2547). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จเร ผลประเสริฐ. (2542). Neurosurgery. ใน *ชาญวิทย์ และชนิด (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- จันทร์พรหมน้อย. (2547). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรนาถ นัตร์วิวัฒน์. (2547). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรายุ นื่อน้อย. (2548). *การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จงจิตต์ คณาภูล. (2543). *ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศิริยอดการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรนบุ๊กเซนเตอร์.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2534). *การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิพย์ภา เชษฐเจ้าวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ทศพร คำผลศิริ. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(1), 65 – 73.
- นันทพร ศรีน้อม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิการิหะ นิจการิ. (2547). *การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การตัดสินใจ การบริหารการพยาบาล 3*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง Stroke (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2537). การดูแลครอบครัวที่มีภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาล*, 43(4), 218–221.
- พิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริ. (2548). การผ่าตัดรักษากันไข้เส้นโลหิตแดงโป่งพองในสมองแบบ Late Surgery ของโรงพยาบาลกลาง. *นิตยสารโรงพยาบาลกลาง*, 37(3), 141 – 150.
- พรทิพย์ บุญพวง, สุธีรา ประดับวงษ์, อาทิตยา แสบงบาล, และณัฐินี กุลวิฑิต. (2541). การผ่าตัด: สาเหตุหนึ่งของภาวะวิกฤตทางอารมณ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 21(1).
- รุจา ภูโพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: หจก. วี เจ พรินติ้ง.
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์. (2542). *ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). *ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิไลพร สมานกลสิกรณ์. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วีรวัดน์ เหลืองชนะ. (2544). *ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุ๊คเน็ต จำกัด.
- วรวิทย์ จรรยาวิชัย. (2544). ภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดทางสมอง. ใน ประมุขและคณะ (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน: สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- ศิริชัย เอกสันตวิวงศ์. (2544). Pathophysiology of Stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดสมอง Stroke* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- Al-Hassan, M. A., & Hweidi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice, 10*, 64-71.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bornstain, C., Bouffard, Y., Cohen, Y., Feissel, M., Goldgran-Toledano, D., Guitton, C., Hayon, J., Iglesias, E., Joly, L. M., Jourdain, M., Laplace, C., Lebert, C., Pingat, J., Poisson, C., Renault, A., Sanchez, O., Selcer, D., Timsit, J.F., Gall. J. R. L., Schlemmer, B., (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision making process: A study in 78 French intensive care unit. *Critical Care Medicine, 32*, 1832-1838.
- Azoulay, E., & Sprung, C. L. (2004). Family-physician interactions in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 32*, 2323- 2328.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy : The exercise of control*. W.H. freeman and Company: New York.
- Berg, A., Palomaki, H., Lonnqvist, J., Lehtihalmes, M., & Kaste, M. (2005). Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke, 36*, 639-643.
- Bluvol, A., & Ford-Gilboe M. (2004). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 322-332.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. L., Mandleco, B., Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury. *Critical Care Nurse, 23*(4), 63-71.
- Booth, M. G., Doherty, P., Fairgrieve, R., Kinsella, J. (2004). Relatives' knowledge of decision making in intensive care. *Journal Medicine Ethics, 30*, 459-462.

- Chambers, M., Ryan, A. A., & Connor, S. L. (2001). Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 99-106.
- Cohen, C. A. (2004). Surrogate decision making: Special issues in geriatric psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 454-457.
- Day, L. J. (2000). Decision Making by Surrogates. *Critical Care Nurse*, 20, 107-111.
- Dudley, N. (2001). *Quality in Health Care*. Retrieved February 10, 2007, from www.DrNDudleyNigel.Dudley@leedsth.nhs.uk
- Elstein, A. S., Christensen, C., Cottrell, J. J., Polson, A., & Macy. (1999). Effects of prognosis, perceived benefit and decision style on decision making and critical care on decision making in critical care. *Critical Care Medicine*, 27(1), 58-65.
- Fried, T. R., Bradley, E. H., Towle, V. R., & Allore, H. (2002). Understanding the treatment Preferences of seriously ill patients. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1061-1066.
- Fontana, J. S. (2006). A sudden, life-threatening medical crisis : The family's perspective. *Advances in Nursing Science*, 29, 222-231.
- Gil, Z., Abergel, A., Spektor, S., Khafif, A., & Fliss, D. M. (2004). Patient, caregiver and surgeon perceptions of quality of life following anterior skull base surgery. *Achieves of Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 130, 1276-1281.
- Grant, J. S., Glandon, G. L., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27, 105-111.
- Green, T. L., & King, K. M. (2007). The trajectory of minor stroke recovery for men and their Female spousal caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 517-531.
- Greif, L., & Miller, C. L. (1991). Shunt lengthening: a descriptive review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(2), 120-124. Retrieved March 12, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=1831472&cmd>
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of Depression after stroke. *Stroke*, 36, 1330-1340.

- Han, B., & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke. *Stroke*, *30*, 1478-1485.
- Henderson A., & Chien W. T. (2004). Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *13*, 960-966.
- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., & Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, *36*, 1972-1976.
- Holloway, R. G., Benesch, C. G., Burgin, W. S., & Zentner, J. B. (2005). Prognosis and decision making in severe stroke. *JAMA*, *294*, 725-733.
- Jacobsson, C., Axelsson, K., Osterlind, P. O., & Norberg, A. (2000). How people with stroke and Healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, *9*, 255-264.
- Johnson, T. D. (2005). Intensive spiritual care. *Critical Care Nurse*, *25*(6), 20-26.
- Juarez, G., Ferrell, B., Uman, G., Podnos, Y., & Wadman, L. D. (2008). Distress and quality of life concerns of family caregivers of patients undergoing palliative surgery. *Cancer Nursing*, *31*(1), 2 -10.
- Kernich, C. A. (2002). Hemorrhagic Stroke. *Neurologist*, *8*, 277 – 278.
- Kirchhoff, K. T., Song, M. K., & Kehl, K. (2004). Caring for the family of the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, *20*, 453 – 466.
- Kurth, T., Kase, C. S., Berger, K., Gaziano, J. M., Cook, N. R., & Buring, J. E. (2003). Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke*, *34*, 2792 – 2795.
- Kurth, T., Kase, C. S., Berger, K., Schaeffner, E. S., Buring, J. E., & Gaziano, J. M. (2003). Smoking and risk of hemorrhagic stroke in men. *Stroke*, *34*, 1151 – 1155.
- Kwok, T., Twinn, S., & Yan, Elsie. (2007). The attitudes of Chinese family caregivers of older People with dementia towards life sustaining treatments. *Journal of Advanced Nursing*, *58*, 256-262.
- Lam, W. W., Chan, M., Ka, H. W., & Fielding, R. (2007). Treatment decision difficulties and post-operative distress predict persistence of psychological morbidity in Chinese women following breast cancer surgery. *Psychooncology*, *16*, 904-912.
- Lang, D. A., Neil, D. G., & Garfield, J. (1999). Outcome after complex neurosurgery: the caregiver's burden is forgotten. *Journal Neurosurgery*, *91*, 359-363.

- Leclair, M. M., Oakes, J. M., & Weinert, C. R. (2005). Communication of prognostic information for critically ill Patients. *Chest*, *128*, 1728-1735.
- Lee, I. Y. M., Chien, W. T., & Mackenzie, A. E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, *9*(1), 46-54.
- Lewis, M., Pearson, V., Corcoran-Perry, S., & Narayan, S. (1997). Decision making by elderly patients with cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*, *20*, 389-397.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, Diagnosis and pulmonary complications. *Stroke*, *36*, 2756-2763.
- Mastaglia, B., & Kristjanson, L. J. (2001). Factors influencing women's decisions for choice of surgery for stage I and stage II breast cancer in Western Australia. *Journal of Advanced Nursing*, *35*, 836-847.
- Oyama, K., & Criddle, L. (2004). Vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Critical Care Nurse*, *24*(5), 58-66.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing*, *58*, 446-457.
- Parment, S., Glass, J. T., & Class, R. M. (2004). Hemorrhagic Stroke. *JAMA*, *292*, 1916-1917.
- Perry, L. (2001). Screening swallowing functional of patients with acute stroke Part two. *Journal of Clinical Nursing*, *10*, 474-481.
- Perry, L., & McLaren, S. (2003). Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, *43*, 360-369.
- Phipps, E., True, G., Harris, D., Chong, U., Tester, W., Chavin, S. I., & Braitman, L. E. (2003). Approaching the end of life: Attitude, preferences and behaviors of African and White patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, *21*, 549-554.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- National Stroke Association. (2006). *Recovery After Stroke : Healthy Eating*. Retrieved February 9, 2007, from www.stroke.org

- Smith, M. L., & Grady, M. S. (2006). Neurosurgery. *Schwartz' Manual of surgery* (8th ed.). The McGraw – Hill Companies.
- Stein, J., Shafqat, S., Doherty, D., Frates, E. P., & Furie, K. L. (2003). Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 82, 169-174.
- Van, G. J. & Rinkel, G. J. E. (2001). Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain*, 124, 249-278.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501-509.
- White, D. B., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Lo, B., & Curtis, J. R. (2007). Prognostication during physician- family discussions about limiting life support in intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35, 442-448.
- Woo, D., Haverbusch, M., Sekar, P., Kissela, B., Khoury, J., Schneider, A., Kleindorfer, D., Szaflarski, J., Pancioli, A., Jauch, E., Moomaw, C., Sauerbeck, L., Gebel, J., & Broderick, J. (2004). Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke. *Stroke*, 35, 1703 – 1708.
- Yamamoto, N., Tsuda, N., Yada, M., & Ishikawa, Y. (2005). Decision making under the Uncertainty, Process of decision from diagnosis to preventive-operation in patient with asymptomatic cerebrovascular diseases (Japanese). *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 25(1), 13-22.

ภาคผนวก ก
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ก

คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม (N = 90)

| การได้รับข้อมูลของญาติ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----|-----|-----------|-----|---------|
| การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค | 3 | 4 | 3.56 | .27 | สูง |
| 1. ได้รับการบอกข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก | 3 | 4 | 3.98 | .10 | สูง |
| 2. ได้รับทราบผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองแตก | 3 | 4 | 3.57 | .49 | สูง |
| 3. ได้รับการอธิบายจากแพทย์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกและตำแหน่งที่มีเลือดออก | 3 | 4 | 3.70 | .46 | สูง |
| 4. ได้รับทราบว่าโรคนี้อาจมีความรุนแรงต่อผู้ป่วย | 3 | 4 | 3.65 | .47 | สูง |
| 5. ได้รับทราบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติทางด้านร่างกายของผู้ป่วย | 3 | 4 | 3.51 | .50 | สูง |
| 6. ได้รับทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมากหรืออันตรายถึงชีวิต | 3 | 4 | 3.64 | .48 | สูง |
| 7. ได้รับข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค | 3 | 4 | 3.28 | .45 | สูง |
| 8. ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค | 3 | 4 | 3.14 | .35 | ปานกลาง |
| การรักษาและการผ่าตัดสมอง | 2 | 4 | 3.15 | .26 | ปานกลาง |
| 9. ได้รับการอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.45 | .50 | สูง |
| 10. ได้รับการอธิบายจากแพทย์ถึงความเสี่ยงในการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.21 | .41 | ปานกลาง |

ตาราง ก (ต่อ)

| การได้รับข้อมูลของญาติ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|--|-----|-----|-----------|-----|---------|
| 11. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตหลัง รับการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.15 | .36 | ปานกลาง |
| 12. ได้รับข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับทางเลือกอื่น นอกเหนือจากการผ่าตัด | 2 | 4 | 2.94 | .40 | ปานกลาง |
| 13. ได้รับคำอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ในการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.12 | .32 | ปานกลาง |
| 14. ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลเกี่ยวกับ การรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | 3 | 4 | 3.05 | .23 | ปานกลาง |
| <i>ปัญหาที่พบในผู้ป่วยที่รอดชีวิต</i> | | | | | |
| <i>ภายหลังผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด</i> | | | | | |
| 15. ได้รับการอธิบายจากแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและผลกระทบต่อ ผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้ | | | | | |
| 1) ผู้ป่วยอาจมีอัมพาตครึ่งซีก หรืออัมพาต ทั้ง 2 ข้าง | 3 | 4 | 3.34 | .47 | สูง |
| 2) ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเองได้ | 3 | 4 | 3.27 | .45 | สูง |
| 3) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร | 3 | 4 | 3.27 | .45 | สูง |
| 4) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการกลืน | 3 | 4 | 3.34 | .47 | สูง |
| 5) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเจาะคอช่วย หายใจและเพื่อระบายเสมหะออก ทางหลอดลมคอ | 3 | 4 | 3.27 | .45 | สูง |
| 16. ทราบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการ รักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัดส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ | 3 | 4 | 3.38 | .49 | สูง |
| <i>ผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิต</i> | | | | | |
| <i>ภายหลังการรักษาด้วยผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด</i> | | | | | |
| | 2 | 4 | 3.17 | .29 | ปานกลาง |

ตาราง ก (ต่อ)

| การได้รับข้อมูลของญาติ | Min | Max | \bar{X} | SD | ระดับ |
|---|-----|-----|-----------|-----|---------|
| 17. ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับผลกระทบ ต่อญาติในเรื่องต่อไปนี้ | | | | | |
| 1) ญาติต้องดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน | 3 | 4 | 3.27 | .45 | สูง |
| 2) ต้องดูแลท่อหลอดลมคอ ดูแลทางเดิน หายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะ ล้างท่อหลอดลมให้สะอาดและ ทำแผลเจาะคอ | 3 | 4 | 3.27 | .45 | สูง |
| 3) ต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร ที่เพียงพอโดยการให้อาหารทาง สายยางจำนวน 4-5 มื้อต่อวัน | 3 | 4 | 3.34 | .47 | สูง |
| 4) มีเวลาในการเข้าสังคมหรือมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง | 3 | 4 | 3.05 | .23 | ปานกลาง |
| 5) อาจสูญเสียรายได้จากการ หยุดงานหรือลาออกจากงาน | 2 | 4 | 3.00 | .33 | ปานกลาง |
| 6) ต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น | 3 | 4 | 3.05 | .23 | ปานกลาง |
| 7) สุขภาพทางร่างกายและจิตใจของญาติ แย่ลง เนื่องจากทุ่มเทเวลาในการดูแล ผู้ป่วยและมีเวลาพักผ่อนน้อยลง | 2 | 4 | 3.02 | .29 | ปานกลาง |
| 18. ทราบว่าการผ่าตัดสมองส่ง ผลกระทบต่อท่าน และเป็น ภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย | 3 | 4 | 3.38 | .49 | สูง |
| โดยรวม | 3 | 4 | 3.31 | .89 | สูง |

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้วิจัย)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาวปรีดา เรืองทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จึงใคร่ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ท่านตอบจะได้รับการเก็บรักษาอย่างมิดชิด มีผู้วิจัยเพียงคนเดียวที่จะเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ คำตอบที่ได้มาจะไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแต่จะลงรหัสแทน ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือหากภายหลังจากการเข้าร่วมวิจัยไปแล้ว ท่านมีเหตุขัดข้องหรือมีความคับข้องใจ ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ดิฉันขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

นางสาวปรีดา เรืองทอง

ผู้วิจัย

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล และความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดกับการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา 1 พุทธ 2 อิสลาม
 3 คริสต์ 4 อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส 1 โสด 2 คู่
 3 หย่า/หม้าย
5. การศึกษา 1 ไม่ได้รับการศึกษา
 2 ประถมศึกษา
 3 มัธยมศึกษา
 4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 6 สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ 1 ไม่ได้ทำงาน 2 แม่บ้าน
 3 นักเรียน/นักศึกษา 4 รับจ้าง
 5 ธุรกิจส่วนตัว 6 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
7. รายได้ 1 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท
 2 3,001 – 6,000 บาท
 3 6,001 – 9,000 บาท
 4 9,001 – 12,000 บาท
 5 มากกว่า 12,000 บาท

8. ชื่อวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย/ตำแหน่งของโรค.....
9. อาการของผู้ป่วย.....
10. โรคประจำตัวของผู้ป่วย.....
11. ประวัติการใช้ยา/ แพ้ยา.....
12. การดื่มสุรา/ สูบบุหรี่
13. การเจ็บป่วยในอดีต/ การผ่าตัด.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา 1 พุทธ 2 อิสลาม
 3 คริสต์ 4 อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส 1 โสด 2 คู่
 3 หย่า/หม้าย
5. การศึกษา 1 ไม่ได้รับการศึกษา
 2 ประถมศึกษา
 3 มัธยมศึกษา
 4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 6 สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ 1 ไม่ได้ทำงาน 2 แม่บ้าน
 3 นักเรียน/ นักศึกษา 4 รับจ้าง
 5 ธุรกิจส่วนตัว 6 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
7. รายได้ 1 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000บาท
 2 3,001 – 6,000 บาท
 3 6,001 – 9,000 บาท
 4 9,001 – 12,000 บาท
 5 มากกว่า 12,000 บาท

8. ความเพียงพอของรายได้ () 1 มีเงินออม
() 2 เพียงพอ
() 3 ไม่เพียงพอ
() 4 มีหนี้สิน
9. รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มาจาก () 1 บิดาหรือมารดา
() 2 สามีหรือภรรยา
() 3 ตนเอง
() 4 อื่นๆ ระบุ.....
10. สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย () 1 ชำระเงินเอง
() 2 บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
() 3 บัตรประกันสังคม
() 4 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด
() 5 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน
() 6 อื่นๆ ระบุ.....
11. ท่านมีบทบาทในครอบครัว คือ () 1 หัวหน้าครอบครัว
() 2 สมาชิกในครอบครัว
() 3 อื่นๆ ระบุ.....
12. ลักษณะครอบครัวของท่าน () 1 ครอบครัวเดี่ยว
() 2 ครอบครัวขยาย
13. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน มี.....คน
14. สัมพันธภาพของท่านกับผู้ป่วย () 1 บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย
() 2 สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย
() 3 บุตรสาวหรือบุตรชายของผู้ป่วย
() 4 อื่นๆ ระบุ.....
15. ผู้รับผิดชอบและตัดสินใจในครอบครัว () 1 บิดาหรือมารดา
() 2 สามีหรือภรรยา
() 3 ตนเอง
() 4 อื่นๆ ระบุ.....

16. ท่านมีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือไม่

() 1 ไม่มี

() 2 มี

17. ท่านเป็นสมาชิกชมรมหรือมีส่วนร่วมในสังคมหรือไม่

() 1 ไม่เป็น

() 2 เป็น (ระบุ.....)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

- 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
 2 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย
 3 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
 4 คะแนน หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

| ข้อความ | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| การวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค | | | | |
| 1. ท่านได้รับการบอกข้อมูลว่าผู้ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองแตก | | | | |
| 2. ท่านได้รับทราบผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองแตก | | | | |
| 3. ท่านได้รับการอธิบายจากแพทย์เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองแตก และตำแหน่งที่มีเลือดออก | | | | |
| 4. ท่านได้รับทราบว่าโรคนี้อาจมีความรุนแรงต่อผู้ป่วย | | | | |
| 5. ท่านได้รับทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น แขนขาอ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือมีอาการแย่งลง | | | | |
| 6. ท่านได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมากหรืออันตรายถึงชีวิต | | | | |
| 7. ท่านได้รับข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค | | | | |
| 8. ท่านได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค | | | | |

| ข้อความ | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| การรักษาและการผ่าตัดสมอง | | | | |
| 9. ท่านได้รับการอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 10. ท่านได้รับการอธิบายจากแพทย์ถึงความเสี่ยงในการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 11. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตหลังรับการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 12. ท่านได้รับข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับทางเลือกอื่นนอกเหนือจากการผ่าตัด | | | | |
| 13. ท่านได้รับคำอธิบายจากแพทย์เกี่ยวกับข้อดีข้อเสียในการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 14. ท่านได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| ปัญหาที่พบในผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังผ่าตัด / ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 15. ท่านได้รับการอธิบายจากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้ | | | | |
| 1) ผู้ป่วยอาจมีอัมพาตครึ่งซีก หรืออัมพาตทั้ง 2 ข้าง | | | | |
| 2) ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น อาบน้ำ การขับถ่าย เปลี่ยนเสื้อผ้า ลุกนั่งลุกยืน เป็นต้น | | | | |
| 3) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด | | | | |
| 4) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการกลืน ทำให้ต้องใส่สายยางทางจมูกหรือสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง | | | | |
| 5) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเจาะคอช่วยหายใจและเพื่อระบายเสมหะ ออกทางหลอดลมคอ | | | | |
| 16. ท่านทราบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ | | | | |

| ข้อความ | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| <p>ผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิต</p> <p>ภายหลังการรักษาด้วยผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด</p> <p>17. ท่านได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับผลกระทบต่อญาติในเรื่องต่อไปนี้</p> <p>1) ท่านต้องดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ การขับถ่าย เปลี่ยนเสื้อผ้า พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ การลุกนั่งลุกยืน เป็นต้น</p> | | | | |
| <p>2) ต้องดูแลท่อหลอดลมคอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ ล้างท่อหลอดลมให้สะอาด และทำแผลเจาะคอ</p> | | | | |
| <p>3) ท่านต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ โดยการให้อาหารทางสายยาง จำนวน 4-5 มื้อต่อวัน</p> | | | | |
| <p>4) ท่านมีเวลาในการเข้าสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง</p> | | | | |
| <p>5) ท่านอาจสูญเสียรายได้จากการหยุดงานหรือลาออกจากงาน</p> | | | | |
| <p>6) ต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ค่าอาหาร เป็นต้น</p> | | | | |
| <p>7) สุขภาพทางร่างกายและจิตใจของท่านอาจแย่ลง เนื่องจากทุ่มเทเวลาในการดูแลผู้ป่วยและมีเวลาพักผ่อนน้อยลง</p> | | | | |
| <p>18. ท่านทราบว่า การผ่าตัดส่องกล้องส่งผลกระทบต่อท่านและเป็นภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย</p> | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความหมายของคำตอบ

- | | | | |
|---|-------|---------|--|
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ |
| 4 | คะแนน | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด |

| ข้อความ | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย | | | | |
| 2. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเป็นหนทางที่ดีที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก | | | | |
| 3. ท่านคิดว่าการผ่าตัดมีประสิทธิภาพเพราะเชื่อในเทคโนโลยีที่ทันสมัย | | | | |
| 4. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเป็นแนวทางการรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ | | | | |
| 5. ท่านเชื่อว่าศัลยแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด | | | | |
| 6. ท่านมีความหวังว่าการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต | | | | |
| 7. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเป็นการรักษาอย่างครบขั้นตอน (รักษาให้ถึงที่สุด) | | | | |
| 8. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเป็นการยืดชีวิตผู้ป่วย | | | | |
| 9. ท่านคาดหวังว่าเมื่อผ่าตัดแล้วจะทำให้หายจากโรค | | | | |
| 10. ท่านคาดหวังว่าการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการตัดสินใจของญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแตก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
ความหมายของคำตอบ

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 2 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจน้อยว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 3 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
- 4 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้

| ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถ | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดแทนผู้ป่วย | | | | |
| 2. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วย | | | | |
| 3. รวบรวมข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรค การรักษาและการผ่าตัดสมอง ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกภายหลังรอดชีวิตจากการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ผลกระทบและภาระต่อญาติของผู้ป่วยที่รอดชีวิต ภายหลังผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด | | | | |
| 4. ค้นหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คือ การรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | | | | |
| 5. มีข้อมูลเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก | | | | |
| 6. คาดหวังผลลัพธ์จากการผ่าตัด เพื่อช่วยวิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือก | | | | |
| 7. เปรียบเทียบทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | | | | |
| 8. วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | | | | |
| 9. ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด | | | | |
| 10. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก | | | | |

