



อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
**Perceived Symptom Experiences and Symptom Management of
Complications Among Caregivers of Elderly With Stroke**

อาริสตา ชินประพัทธ์
Arisa Chinprapat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**Perceived Symptom Experiences and Symptom Management of
Complications Among Caregivers of Elderly With Stroke**

อาริสตา ชินประพัทธ์

Arisa Chinprapat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science

Prince of Songkla University

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแล
ผู้ป่วย

ศุภอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้เขียน นางสาวอาริสา ชินประพัทธ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี กงอินทร์)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัด) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัด)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้ นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ผู้เขียน	นางสาวอาริสรา ชินประพัทธ์
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 122 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 4) ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 4 ด้านความถี่ของอาการ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.79 ส่วนด้านความรุนแรงของอาการทดสอบโดยการวัดซ้ำได้ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. อาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลมี อาการเกิดขึ้นทั้งหมด 22 อาการ ซึ่งอาการ 5 อันดับแรกที่มีพบ คือ ท้องผูก ผื่นคัน/ตุ่มน้ำ ซึมเศร้า ไอ และปวดจากกระดูก/ข้อ โดยพบร้อยละ 88.5, 77.8, 76.2, 74.5 และ 73.7 ตามลำดับ

2. ความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อน พบว่าอาการท้องผูกมีความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก ส่วนผื่นคัน/ตุ่มน้ำ ซึมเศร้า ไอ และปวดจากกระดูก/ข้อ มีความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน พบว่าอาการปวดจากกระดูก/ข้อ และอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการ ไอ ผื่นคัน/ตุ่มน้ำ และท้องผูก มีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย

4. กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการลำดับแรกในการจัดการกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยวิธีการใช้ยาและการจัดการโดยวิธีอื่นๆ ตามลำดับ ดังนี้

- อาหารที่มีกากใย
- 4.1 อาการท้องผูก จัดการโดยใช้ยาระบายชนิดน้ำและกระตุ้นให้รับประทาน
 - 4.2 อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ จัดการโดยใช้ยาแก้คันชนิดรับประทานและรักษาความสะอาดของผิวหนัง
 - 4.3 อาการซึมเศร้า จัดการโดยใช้ยาด้านอาการซึมเศร้าและพูดคุย
 - 4.4 อาการไอ จัดการโดยใช้ยาแก้ไอชนิดน้ำและกระตุ้นให้ออซิเจน
 - 4.5 อาการปวดจากกระดูก/ข้อ จัดการโดยใช้ยาพาราเซตามอลและกายภาพบำบัด
- ผลการศึกษานี้ เสนอความรู้เชิงประจักษ์ทางคลินิกเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพในการประเมินอาการและส่งเสริมวิธีการจัดการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Thesis Title Perceived Symptom Experiences and Symptom Management of Complications
 Among Caregivers of Elderly With Stroke
Author Miss Arisa Chinprapat
Major Program Adult Nursing
Academic Year 2010

ABSTRACT

The purposes of this study were to identify perceived symptom experiences and symptom management of complications among caregivers of elderly with stroke. The sample comprised 122 caregivers of elderly with stroke who were attending Hadyai Hospital. Data were collected using a set of questionnaires which included 1) a personal information sheet of caregivers, 2) a personal information sheet of elderly with stroke, 3) a level of ability sheet of elderly with stroke, and 4) a symptom frequency, severity survey questionnaire and symptom management interview of complications among caregivers of elderly with stroke. The Cronbach's alpha reliability of part for the frequency was 0.79 and test-retest reliability of part 4 for severity was 0.85. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean and standard deviation. The results were as follows:

1. Perceived symptom experiences of complications among caregiver of elderly with stroke comprised twenty-two symptoms. The five most common symptoms were constipation (88.5 %), rash/itching (77.8%), depression (76.2%), cough (74.5 %), and pain of skeleton and joint (73.7 %).

2. The mean total scores of symptom frequency of complication, were high for constipation and at a moderate level for rash/itching, depression, cough and pain of skeleton and joint.

3. The mean total scores of symptom severity of complication, were at a moderate level for pain of skeleton and joint and depression, and low for cough, rash/itching and constipation.

4. First methods were used by subjects to symptom management of complication, namely using medication and using other management. The results were as follows:

4.1 For constipation, subjects would manage by: giving medication such as water laxative and changing the patients diet such as increasing fiber.

4.2 For rash/itching, subjects would manage by: giving oral medication and taking special care of the body.

4.3 For depression, subjects would manage by: giving medication such as antidepressants and talking.

4.4 For cough, subjects would manage by: giving medication such as water antitussive and stimulating coughing to eject secretion.

4.5 For pain of skeleton and joint, subjects would manage by: giving medication such as paracetamol and physical therapy.

The results of this study provide clinical evidence for health care teams to assist in developing guidelines for symptom assessment and promoting effective symptom management.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาความเอาใจใส่ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ดร.วันดี กะหวงส์ อาจารย์วิษยาพร ทองเพชรและท่านอาจารย์ อีกรหลายท่านที่มีได้กล่าวนามที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งคอยให้กำลังใจมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จากรุวรรณ มานะสุรการ คุณกรรณิกา อังกูรและคุณอุมา จันทวิเศษ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอ แนวคิดที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ประจำหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้ง โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้ความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลอันมีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาวที่น่ารัก รวมทั้งอาทั้งสองท่าน เป็นอย่างสูง ซึ่งทุกท่านได้ให้การสนับสนุนทุกด้านเสมอมา ด้วยความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ รวมทั้งเป็นแรงผลักดันในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

อาริสา ชินประพัทธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาหาร.....	13
อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	14
ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการรับรู้อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะ แทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....
21	
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	25
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	28
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	30
ผลการวิจัย.....	30
การอภิปรายผล.....	43
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	56
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	70
ก คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการในการเข้าร่วมวิจัย.....	71
ข เครื่องมือที่สำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัย.....	72
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93
ประวัติผู้เขียน.....	94

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล.....	31
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	34
3	จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย.....	35
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด.....	35
5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	37
6	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ดูแล.....	38
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการท้องผูก.....	40
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ.....	41
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการซึมเศร้า.....	41
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการไอ.....	42
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการปวดจาก กระดูกและข้อ.....	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับแรกในประเทศไทยโดยพบร้อยละ 10.7 จากประชากรที่เสียชีวิตจำนวน 11,984 ในปี ค.ศ. 2005 (Porapakkham et al., 2010) และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากขึ้นจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง (Denti et al., 2010) ซึ่งเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะลดลงอย่างรวดเร็วและเป็นอัมพาตของร่างกาย (นภภรณ์และวิจิตร, 2546) ส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาททำให้มีอาการชัก ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและข้อส่งผลให้เกิดอาการปวด ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจทำให้ประสิทธิภาพในการไอขับเสมหะออกลดลง ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหารทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืด อาการท้องผูก คลื่นไส้ ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินปัสสาวะทำให้มีอาการใช้ อาการปัสสาวะแสบขัด และที่สำคัญเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า (กิ่งแก้ว, 2547; เกษมศรี, 2549; พัสสมณต์, 2543; Caplan, 2000; Martin, Hugh, & Stephen, 2006)

อาการจากภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาข้างต้นมีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลงและได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆ (Doshi, Say, Young, & Doraisamy, 2003) รวมทั้งอาจมีความพิการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะถ้าอาการดังกล่าวเกิดกับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม การฟื้นตัวของโรคเกิดขึ้นได้ยากเพราะเซลล์ในร่างกายทำงานลดลง (จันทนา, 2541) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขาดความรู้เกี่ยวกับอาการจากภาวะแทรกซ้อน ขาดความรู้การจัดการอาการหรือมีความรู้มาแต่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ย่อมทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดปัญหาและต้องกลับมารับการรักษาซ้ำอยู่เรื่อยๆ และอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (Eliopoulos, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของสุราพร (2547) ที่ศึกษาในเรื่องลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยสำคัญในการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 75

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านต่อไปได้นั้นไม่ใช่การสิ้นสุดกระบวนการรักษา สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลแล้วถือเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันแนวโน้มการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมีการฟื้นฟูเพียงชั่วคราวเวลาสั้นๆ (ปิยะภัทร, 2547) ผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกแพทย์มักจะรักษาให้สมองมีการไหลเวียนของเลือดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านอย่างกะทันหัน ทำให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลน้อย ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการดูแลได้ครบถ้วน (สุดศิริ, 2541) เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้านถ้าได้รับการดูแลและกระทำกิจกรรมพยาบาลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (สุดธิดา, 2542) ดังเช่น จากการศึกษาของเจียมจิต (2544) เรื่องของภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่ากิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ กิจกรรมการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การสังเกตการมีไข้ เสมหะ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญและไม่สนใจที่จะสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว อีกทั้งไม่ทราบว่าจะมาจากสาเหตุอะไร และผลที่จะตามมามีอะไรบ้าง

ในการลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลควรมีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนก่อนอาการจะกำเริบรุนแรง ดังนั้นการจัดการกับอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งแนวทางการจัดการอาการ (symptom management) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วย แต่สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีข้อจำกัดต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตร มีความพร้อมทางสติปัญญาและร่างกายทำให้มองข้ามอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยจัดการอาการที่เกิดขึ้น (Jitapunkul & Bunnag, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการในกลุ่มโรคพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคทางจิตเวช และโรคปอด (จุก, 2549; มาลี, 2550; วิภาวดี, 2550; สุดจิตร, 2548; อภิรดี, 2547) ส่วนการศึกษาทางโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (จอม, 2540; จาริก, 2545) และการดูแลที่ได้รับที่บ้าน (สุดธิดา, 2542; สุดศิริ, 2541) แต่พบว่ายังไม่ได้มีการศึกษาถึงอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยลดอันตรายร้ายแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้

ดังนั้นจากประเด็นปัญหาข้างต้น ทำให้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าเมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีอาการจากภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ และเมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้ดูแลจะมีการรับรู้ความถี่และรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับใด รวมทั้งมีการใช้วิธีการใดในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคาดการณ์วางแผนให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล รวมทั้งใช้เป็นแนวทางป้องกันหรือควบคุมอาการที่เกิดขึ้นบ่อยไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความถี่ของอาการและระดับความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลมีการรับรู้ความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการใดบ้างในการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้อาศัยกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ(Dodd et al., 2001) ซึ่งแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการว่ามีความผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ หมายถึง การที่บุคคลได้พิจารณาถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 3) การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ความต้องการและการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการอาการ รูปแบบการจัดการอาการมีองค์ประกอบ คือใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการที่ใช้จัดการอาการเมื่อไหร่ ปฏิบัติเพื่อใคร จัดการที่ไหนและระยะเวลาปฏิบัติ
3. ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นการรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการมีองค์ประกอบ 8 ประการ คือ 1) สภาพอาการเป็นอย่างไร 2) การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหรือไม่ 3) สภาพอารมณ์ดีขึ้นหรือไม่ 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร 5) มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหรือไม่ 6) มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นหรือไม่ 7) คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร 8) มีการดูแลตนเองอย่างไร

จะเห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลือ ทำให้เกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวดจากระบบกระดูกและข้อ อาการนอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า อาการท้องผูก ฯลฯ ซึ่งอาการเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดของดอดด์มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการเท่านั้น กล่าวคือ ในด้านองค์ประกอบด้านประสบการณ์อาการ (symptom experience) ผู้ดูแลจะมีการประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามการรับรู้เป็นอย่างไร มีความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดอยู่ในระดับใด เมื่อประเมินอาการได้แล้วขั้นต่อไปมีการจัดการอาการ (symptom management strategies) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลจะเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาจไม่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้ จำเป็นจะต้องอาศัยผู้ดูแลในการจัดการอาการอาการเหล่านั้น และศึกษาว่าผู้ดูแลมีการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไรเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่วนองค์ประกอบในด้านว่ามีจัดการอาการเมื่อไหร่ ปฏิบัติเพื่อใคร จัดการที่ไหนและระยะเวลาปฏิบัติ ผู้ทำการวิจัยไม่ได้ศึกษาเนื่องจากได้ระบุข้างต้นแล้วว่า จะจัดการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและปฏิบัติเพื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนในด้านผลลัพธ์ (outcomes) ผู้ทำการวิจัยไม่ได้ทำการศึกษานี้เนื่องจากอาการและการจัดการที่เกิดขึ้นมีหลายอาการทำให้ยากต่อการประเมินผลของการปฏิบัติโดยรวมได้

นิยามศัพท์

การรับรู้อาการจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลต่อการรับรู้อาการที่เกิดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) อาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น อาการซึมเศร้าและนอนไม่หลับจากภาวะความผิดปกติทางด้านจิตใจ อาการปวดจากระบบกระดูกและข้อ อาการท้องผูกจากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร อาการชักจากความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง 2) ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งระดับเป็นระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก 3) ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงเป็นไม่มีความรุนแรง มีความรุนแรงระดับน้อย มีความรุนแรงระดับปานกลางและมีความรุนแรงระดับมาก ซึ่งการรับรู้ข้างต้นวัดโดยแบบสอบถามอาการ มาตรฐานวัดระดับความถี่และมาตรวัดระดับความรุนแรงโดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและอาศัยกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)

การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง วิธีการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการจัดการกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการต่างๆเพื่อบรรเทาอาการ การจัดการอาการนี้ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้ทำการวิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและอาศัยกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยเข้ามา รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ความสำคัญของการวิจัย

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในวางแผนให้ข้อมูลและ ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน บรรเทาอาการไม่ให้มีความรุนแรงและช่วยให้มีการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวិจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ทำการวิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดการจัดการอาการ
3. อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง
4. ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการรับรู้อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปจากเดิม อาการและอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ (กิ่งแก้ว, 2547) ระยะเวลาของการเกิดโรคแบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (นิพนธ์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ความดันในกระโหลกศีรษะสูง หัวใจและการหายใจผิดปกติ ผู้ป่วยอาจ หมดสติหรือเสียชีวิตได้ในระยะนี้
2. ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ใช้เวลา 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง มีระดับ Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ระยะนี้มักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหวและการพูด
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) หมายถึง ระยะที่มีอาการคงที่มีความสามารถในการที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้านซึ่งในระยะฟื้นฟู สภาพนี้ยังแบ่งเป็น 1) ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูการทำ หน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือด สมอง 2) ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) เป็นระยะที่จะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเมื่อประสบปัญหาแล้วจะทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จะส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพในสมองและมีความพิการทำให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ผู้ป่วยจะมีการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกาย ซึ่งเมื่อมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวก็ส่งผลทำให้ผลกระทบต่อทุกระบบในร่างกายตามมา (วิษณุ, 2548; สุทธิพันธ์, 2543)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด มักเกิดจากสภาพที่มีความผิดปกติของสมองหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Carod-Artal, 2006) และจากจิตใจของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป (Mak, Mackenzie, & Lui, 2007) และเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากๆจะทำให้ผู้ป่วยขาดการสนใจสิ่งต่างๆ หหมดหวังและหมดความมั่นใจ ถ้าไม่ได้รับการรักษา (Paradiso, Ohkubo, & Robinson, 1997)

3. ผลกระทบด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ส่วนตัว การปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่ในครอบครัวทำให้เกิดความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม ขาดการติดต่อกับสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสังคมเปลี่ยนไป (ฟาริดา, 2542; อรพรรณ, 2544 อ้างตามวิณา, 2545)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าบุคคลทั่วไปมากและค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัว และประเทศชาติ (วิวรรธน์, 2541)

กล่าวโดยสรุปโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบในหลายๆด้านกล่าวคือ ด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อระบบสำคัญต่างๆทำให้มีการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม รวมทั้งส่งผลต่อด้านจิตใจผู้ป่วยอาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ ทำให้ขาดการสนใจสิ่งต่างๆ หหมดหวัง ซึ่งจะส่งผลกระทบด้านสังคมตามมาทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นเมื่อเกิดขึ้นย่อมส่งผลที่รุนแรงต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ยิ่งถ้าผู้ป่วยประสบกับภาวะแทรกซ้อนก็จะส่งผลกระทบตามมาเพิ่มขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวไม่ได้นำไปสู่ปัญหาต่างๆและมีผลต่อเกือบทุกอวัยวะของร่างกายรวมทั้งสภาพจิตใจ ผลต่อเนื้อเยื่อและโรคแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นได้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะมีการถดถอยของสภาวะร่างกาย (deconditioning) ซึ่งภาวะนี้เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุทธิชัย, 2542) โดยเมื่อเกิดโรคขึ้นย่อมทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ประกอบกับถ้าเกิดในผู้สูงอายุย่อมทำให้ความรุนแรงของโรคมมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง เช่น ภาวะปอดอักเสบเกิดจากปอดของผู้ป่วยที่เคลื่อนที่ไม่ได้จะมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแทรกตัวขึ้นมาทำให้ความยืดหยุ่นลดลง การหายใจในท่านอนจะทำให้ปริมาณก๊าซที่หายใจในแต่ละครั้งลดลง การอยู่แต่ในท่านอนทำให้การเคลื่อนตัวของเสมหะเกิดได้ไม่ดีทำให้ไม่สามารถไอได้เป็นปกติ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับน้ำน้อยทำให้เสมหะมีลักษณะเหนียวข้น ไอออกได้ยากและกักค้างในหลอดลมเป็นจำนวนมาก (สุทธิชัย, 2542) อีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดปอดอักเสบในผู้สูงอายุที่นอนตลอดเวลาได้แก่ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย ผู้ป่วยที่พูดลิ้นรัว เสียงแหบ พูดไม่ชัด ไอหลังจากรับประทานอาหาร (วิษณุ, 2548) ผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อที่แสดงถึงภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ ไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ ลักษณะเสมหะสีสนิมเหล็กอาจพบได้ในระยะแรกของปอดอักเสบติดเชื้อนิวโมคอคคัส (pneumococcus) ลักษณะเสมหะปนเลือดเกิดจากภาวะปอดอักเสบที่ติดเชื้อแบคทีเรีย (เบญจมาศ, 2545)

2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะ

2.1 ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อ คือการใส่สายสวนปัสสาวะไว้นานทำให้มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียเอสเชอริเชียโคไล (Escherichia coli) ประกอบกับการทำงานของกระเพาะปัสสาวะมีความบกพร่องจากรอยโรคในสมองและอายุที่เพิ่มขึ้น (Scott, Falconer, Miller, Tilston, & Langhorne, 2009) อาการของภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยจะมีอาการไข้ อาการปัสสาวะแสบขัด เจ็บบริเวณท้องน้อย เจ็บเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขุ่นหรือมีตะกอน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีเลือดปนออกมาในปัสสาวะ (ปริยาและพลสันต์, 2545)

2.2 อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์เกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Brittain, Peet, & Castleden, 1998) เนื่องจากอายุ การรู้คิดและจากความบกพร่องของการเคลื่อนไหว (Kavindha, Wattanapan, Dejpratham, Permsirivanich,

& Kuptniratsaikil, 2009) ถ้าเกิดในผู้สูงอายุจะทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มากขึ้น ปัสสาวะจะกระปริดกระปรอย (White & Duncan, 2002) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ใช่เป็นโรคเป็นเพียงอาการที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดโรค แต่สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายได้แก่ ความไม่สุขสบาย ผิวหนังถูกทำลาย เกิดแผลกดทับ (Roe & May, 1999)

3. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

3.1 อาการปวดจากระบบกระดูกและข้อ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนอยู่ตลอดเวลา จะมีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆภายในร่างกายลดลง ทำให้เกิดพังผืดบริเวณข้อส่งผลให้ข้อต่างๆมีการยึดติด การเคลื่อนไหวจะถูกจำกัดเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะนำไปสู่การอักเสบของข้อและเนื้อเยื่อรอบข้อได้ ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะข้อติดได้ คือปริมาณน้ำไขข้อในเอ็นรอบข้อลดลง อัตราการสร้างเส้นใยคอลลาเจนใหม่ทดแทนเส้นใยเดิมจึงลดลง เอ็นจึงแข็งตัวและหดสั้นเข้าเกิดข้อติด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการปวดตามมาเมื่อมีการเคลื่อนไหว (สุทธิชัย, 2542)

3.2 อาการปวดกล้ามเนื้อ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนอยู่บนเตียงนานๆ จะอ่อนแรงและลีบลงได้จากการใช้งานที่น้อยกว่าภาวะปกติ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลง (นวพร, 2547) อีกปัจจัยหนึ่งของอาการปวดกล้ามเนื้อจะพบที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง (spasticity) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่พบได้บ่อย เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการทำงาน และเกิดความพิการได้มากขึ้น ผู้ป่วยบางรายที่เป็นรุนแรงกล้ามเนื้อจะแข็งจนยึดไม่ไหวหรือมีการสันกระดูกร่วมด้วย ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดมากยิ่งขึ้น (อารีรัตน์, 2548)

4. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบผิวหนัง

4.1 อาการบวมที่พบในผู้ป่วยอัมพาต จะพบปัญหาเมื่อบวม ขาบวม ซึ่งการบวมจะจำกัดการเคลื่อนไหวของนิ้วมือและข้อมือ การตรวจร่างกายจะพบการบวมที่ชัดเจนบริเวณหลังมือ ซึ่งจะทำให้รอยย่นที่ผิวหนังหายไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อนิ้วมือถ้าหากปล่อยไว้นานผิวหนังจะเสียความยืดหยุ่น ขยับข้อได้ยากและนำไปสู่ปัญหานิ้วมือและข้อมือติดได้ โดยพบ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปิยภัทร, 2547) สาเหตุของอาการมือบวมเกิดจากการไหลเวียนของเลือดลดลง ร่วมกับความอยากรับประทานอาหารลดลงจึงอาจมีภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนส่งผลทำให้แรงดึงน้ำเข้าหลอดเลือดลดลง พลาสมาจึงซึมผ่านผนังหลอดเลือดออกสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์และการเสียน้ำของชั้นหนังแท้เพิ่มขึ้นจึงเกิดการบวม ผิวที่บวมจะมีการยืดขยายทำให้เกิดบาดแผล การระบายความร้อนออกจากร่างกายถูกจำกัด อุณหภูมิของผิวหนังเพิ่มขึ้น การขับเหงื่อออกจากร่างกายนานกว่าปกติทำให้ผิวหนังเปียกชื้น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อทางผิวหนัง เช่น มีอาการคันตามผิวหนัง ผื่นหรือตุ่มน้ำตามร่างกาย (สุภานีและฤทัยพร, 2549)

4.2 ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดต่อกันเป็นเวลานาน คือแผลกดทับ ซึ่งเป็นผลจากแรงกดสูงๆ เป็นเวลานาน ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณนั้นได้ไม่สะดวกจนมีเนื้อตายเกิดขึ้น (นวพร, 2547) แผลกดทับเกิดได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากเนื่องจากแรงกดทับของน้ำหนัก ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูกได้ง่ายกว่า เกิดได้ในระยะเวลาเพียง 24 ชั่วโมงที่เกิดการกดทับ (สุภาณีและฤทัยพร, 2549) จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจะมีอาการปวดเวลาทำความสะอาดแผล เวลาปัสสาวะและอุจจาระ (Pieper, Langemo, & Cuddigan, 2009) อาการปวดจากแผลกดทับพบได้ประมาณ ร้อยละ 9 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ยากต่อการจัดการ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล (Gresham, Duncan, & Stason, 1995)

5. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร ในภาวะปกติการเคลื่อนที่ของกากอาหารมาสู่บริเวณลำไส้ส่วนปลายเป็นผลจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ การบีบตัวส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ บางส่วนได้รับการควบคุมจากไขสันหลัง บางส่วนควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลางต่อการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หายากถ่าย ลำไส้มีการบีบตัวลดลง (กิ่งแก้ว, 2547) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยที่เคลื่อนที่ไม่ได้หรือมีความผิดปกติของการสื่อสารจะทำให้ไม่สามารถหาน้ำดื่มได้อย่างอิสระส่งผลให้มีการขาดสารน้ำรวมทั้งผู้ดูแลอาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุในสภาพเช่นนี้จะมีกลไกของการกระหายน้ำลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อลำไส้ทำให้เกิดท้องผูกได้บ่อย (สุทธิชัย, 2542) และในบางกรณีเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทำให้รับประทานอาหารเองไม่ได้หรือได้ไม่เพียงพอ เช่น กลืนลำบาก มีแผลกดทับ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ซึมเศร้า ก็จะส่งผลให้เกิดอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารได้ (Michael, 1997)

5.1 อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาหลักพบถึงร้อยละ 60 ของผู้ที่มารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัดเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Robain, Chenneville, Petit, & Piera, 2002) อาการท้องผูกอาจใช้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของอุจจาระ ความถี่ในการขับถ่าย ระยะเวลาในการเบ่งถ่ายและความลำบากในการขับเอาอุจจาระออกมา หรือหลายอย่างรวมกันขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล การขับถ่ายปกติของบุคคลอยู่ที่ 3 ครั้งต่อวัน ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นการถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์จึงเป็นลักษณะท้องผูก (ณัฐสุรางค์, 2549)

5.2 อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย (dyspepsia) หมายถึง อาการที่รู้สึกที่ไม่สบายเกิดขึ้นในท้องส่วนบนหรือบริเวณใต้ลิ้นปี่เป็นครั้งเป็นคราวหรือติดต่อกัน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้นจะประกอบไปด้วย แน่นท้อง จุกแน่นท้อง อิ่มเร็ว เรอ ขย้อนอาหาร อืดท้อง สาเหตุจากมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและลำไส้ส่วนอื่นๆและปัจจัยทางด้านสังคมพบว่าส่วนมากอาการท้องอืดอาหารไม่ย่อย จะพบในผู้สูงอายุ การดื่มเหล้า การได้รับยาแก้ปวด หรือสูบบุหรี่ (กิตติ, 2545)

6. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษารื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับกลับไปปรับปรุทานต่อที่บ้าน คือ ยาสลายลิ่มเลือดและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดโดยพบร้อยละ 84.1 (เจียมจิต, 2544) ซึ่งยารักษาโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้มีอาการเลือดออกได้จากระบบทางเดินอาหาร (Martin, Hugh, & Stephen, 2006) การตกเลือดในระบบทางเดินอาหารจะมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดและตำแหน่ง แผลอาจเป็นรอยถลอกหรือเป็นรูทะลุ แผลอาจอยู่ที่หลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะอาเจียนเป็นเลือด อาการแสดงของการสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว คือ อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม ซีด เหงื่อออก ใจสั่น และหายใจลำบาก กรณีที่เลือดออกช้าๆจากระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง บริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวาผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายดำ ลักษณะถ่ายดำจะเกิดเมื่อเลือดอยู่ในระบบทางเดินอาหารนานกว่า 4 ชั่วโมง ปริมาณเลือดออกตั้งแต่ 50-100 มิลลิลิตร แต่ถ้าเห็นเป็นลักษณะเลือดสีสดต้องมีเลือดออกมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (ผ่องศรี, 2544)

7. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและสมอง เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่สำคัญ คือ จำนวนของเซลล์ประสาทลดลงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบความรู้สึกรู้สึกนึกคิด สูญเสียประสาทรับความรู้สึก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นซ้ำจากระยะเวลาการนำสัญญาณประสาทไปยังสมองช้าลง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (Eliopoulos, 2001) ประกอบกับถ้าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองก็จะทำให้อาการที่เกิดแย่ง (Asconape & Penry, 1991) เนื่องจากอาการชักจะเกิดได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งจะพบได้ประมาณ 10 %ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Silverman, Restrepo, & Mathews, 2002) อาการชักเป็นความผิดปกติจากการส่งคลื่นไฟฟ้าของเซลล์ประสาทสมองที่ไม่สม่ำเสมอ หรือในรูปแบบที่ผิดปกติไป ทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่างๆ การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและอาการของจิตผิดปกติไป ซึ่งอาจแสดงออกโดยทำงานมากผิดปกติ เช่น ชักกระตุกแขนขาอ่อนแรง ซึม หมดสติ ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เป็นจุดกำเนิดคลื่นไฟฟ้าผิดปกติ และการกระจายของคลื่นไฟฟ้าไปยังสมองส่วนต่างๆ ผู้ป่วยที่ชักร้อยละ 30-40 สามารถหาสาเหตุได้ แบ่งออกเป็นจากอาการแสดงเฉียบพลันของโรค (acute symptomatic) จะมีอาการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (tonicclonic) เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ หากรักษาโรคหายอาการชักก็จะหยุดไม่ต้องให้ยากันชักในผู้ป่วยประเภทนี้ อีกกลุ่มเป็นอาการชักที่เป็นผลมาจากอาการแสดงระยะยาว (remote symptomatic) อาการชักในกลุ่มนี้เป็นผลมาจากโรคสมองในอดีต เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การติดเชื้อในร่างกายและการมีก้อนเนื้องอกในสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้ยากันชักตลอดชีวิตรวมทั้งยารักษาโรคที่เป็นด้วย (ศรัณยา, 2544) ผลเสียของอาการชักทำให้สมองขาดออกซิเจน เสียสุขภาพจิต อุบัติเหตุ เสียชีวิต (สมศักดิ์, 2545)

8. ภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

8.1 อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติซึ่งเกิดจากภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและพบได้บ่อยเนื่องจากโรคของสมองเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในมี 4 ปัจจัย คือ 1) อายุที่มากขึ้น 2) ระยะเวลาเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง 4) ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (ภำพันธ์, 2547) จากการศึกษาในผู้ป่วย 191 ราย พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 4 เดือน (Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson, & Stewart-Wynne, 1997) และเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากๆจะทำให้ขาดการสนใจในสิ่งต่างๆหมดหวังและหมดความมั่นใจกลายเป็นโรคทางจิตเวชต่อไปได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา (Paradiso et al., 1997) อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปจะหายในระยะเวลา 1 ปี เมื่อได้รับการรักษาจะสามารถลดอาการลงได้ถึงร้อยละ 80 (สมเกียรติ, 2548) ถึงแม้ปัญหาซึมเศร้าจะทวีความรุนแรงมากขึ้น กลับพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในอาการที่เกิดขึ้น (วิระ, 2542)

8.2 อาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาของกุสุมาลย์ (2543) เรื่องคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับคือความปวด รองลงมาคือการถ่ายปัสสาวะและปัจจัยด้านความสูงอายุ เนื่องจากในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพ มีผลต่อการทำงานของร่างกายทุกระบบโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ด้านจิตใจพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด ฝันร้ายและการมีอารมณ์เศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง เสียง อุณหภูมิก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อาการปวดศีรษะ การทำกิจวัตรประจำวันเสียไป (Bhatt, Podder, & Chokroverty, 2005)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้มีปัญหาการเคลื่อนไหว และจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น อาการไอ อาการไข้จากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ อาการปวดจากภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและข้อ อาการท้องผูกจากภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร อาการซึมเศร้าจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่ามีหลายอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับถ้าเกิดในผู้ป่วยสูงอายุอาการก็ย่อมรุนแรงขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่หาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นการที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้องเพื่อจะช่วยให้การจัดการอาการนั้นมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการจัดการอาการ

อาการ หมายถึง หมายถึงสัญญาณบอกถึงความผิดปกติของโรคที่บุคคลสามารถรู้ได้ด้วยตนเองหรือผู้อื่น หรืออาจหมายถึงประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สบาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ความรู้สึกและสติปัญญา แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) พบว่าการจัดการอาการขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้และรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป 2) การประเมินอาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ 3) การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม

2. การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ความต้องการและการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการอาการ เริ่มจากบุคคลที่มีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหา และมีการวางแผนในการจัดการอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ รูปแบบในการจัดการอาการมีองค์ประกอบ คือ ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการที่ใช้ จัดการอาการเมื่อไหร่ ปฏิบัติเพื่อใคร จัดการที่ไหน

3. ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นการรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการ ผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการที่สำคัญมี 8 ประการ คือ 1) สภาพอาการเป็นอย่างไร 2) การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหรือไม่ 3) สภาพอารมณ์ดีขึ้นหรือแย่ลง 4) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร 5) มีการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหรือไม่ 6) มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นหรือไม่ 7) คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร 8) มีการดูแลตนเองอย่างไร

จากแนวคิดการจัดการอาการอาจกล่าวได้ว่า บุคคลแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้นและการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดอาการ การรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ในการศึกษาประสบการณ์อาการของบุคคลต้องมาจากการรับรู้ของบุคคลนั้น ต้องเป็นการรายงานโดยตรงจากบุคคลที่กำลังประสบอาการ แต่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอาจมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแต่ไม่อาจสามารถสื่อสารความต้องการออกมาได้ทุกครั้ง ต้องอาศัยการตีความจากผู้ดูแล โดยเฉพาะถ้าเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ

อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือด

เลือดสมอง

1. การจัดการอาการเหนื่อยหอบ / อาการไอจากภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ อาการไอ อาจจะมาจกภาวะปอดอักเสบ ผู้ดูแลจัดทำทางให้ถูกต้องให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ประเมินคุณลักษณะการหายใจ สีของเสมหะและปริมาณของเสมหะว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือไม่ถ้ามี ทำการดูดเสมหะรวมทั้งถ้ามีออกซิเจนให้ใส่แก่ผู้ป่วย หยุดการกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) จากการศึกษาในเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในบางกรณีผู้ดูแลอาจจะไม่กล้าในการดูดเสมหะเนื่องจากส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการดูดเสมหะอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บ ดังนั้นการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ผู้ดูแลจะมีการใช้วิธีการกระตุ้นให้ไอโดยการเคาะปอดด้านหลังให้ รวมทั้งยังมีการกระตุ้นให้ไอก่อนให้อาหารทางสายยาง (สุดศิริ, 2541) จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ดูแลจะเฝ้าสังเกตอาการตามการรับรู้เมื่อมีอาการไอ ผู้ดูแลก็จะนำยาอมมาให้ผู้ป่วยอม จะได้ไม่ไอมากเพราะถ้าผู้ป่วยไอมากผู้ดูแลรับรู้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย (ศิริมา, 2544) ถ้าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นควรพิจารณานำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะได้รับผลทุกข์ทรมานจากโรคมกเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็วเพื่อจะได้ให้การรักษอย่างรีบด่วนและลดอัตราการเสียชีวิต (Doshi et al., 2003)

2. การจัดการอาการไข้จากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ อาการไข้เป็นลักษณะหนึ่งแสดงถึงการติดเชื้อ ถ้าผู้ป่วยมีอาการไข้ มีปัสสาวะขุ่น ปวดบั้นเอว ปัสสาวะแสบขัด ผู้ดูแลพิจารณาว่าอาจมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนในกรณีถ้าผู้ป่วยมีไข้ ไอ หอบ เหนื่อย ให้พิจารณาว่าอาจมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยปกติอุณหภูมิมนุษย์ทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 36-37.8 องศาเซลเซียส เมื่อวัดทางปาก ในทางปฏิบัติถ้าวัดได้มากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส ถือว่ามีไข้ ซึ่งอาการไข้เกิดจากโมเลกุลของสารโพลีเปปไทด์ (polypeptide) ที่เรียกว่าเอนโดจีเนียส ไพโรเจน (endogenous pyrogens) สารนี้สร้างจากร่างกายในการต่อสู้กับการติดเชื้อ การบาดเจ็บ การอักเสบ ซึ่งสารนี้ทำให้เกิดอาการไข้ได้ โดยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) (วิสุทธิ, 2545) ซึ่งภาวะไข้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงถึงแม้จะมีการเพิ่มของอุณหภูมิเพียงแค่ 1 องศาเซลเซียสก็ตาม ย่อมจะส่งผลให้เพิ่มการเกิดอัตราเสี่ยงยิ่งขึ้น (Breda, Worp, Gemert, & Dippel, 2003) กรณีที่อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส จะต้องมีการจัดการ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ถ้าไม่มีข้อจำกัดให้ดื่มน้ำมากกว่า 3000 ซีซี ติดตามประเมินวัดไข้เป็นระยะ จัดการให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย จัดการให้ยาลดไข้

ยาที่นิยมใช้ได้แก่ยาพาราเซตามอล (paracetamol) (Hertog et al., 2009) ให้ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยลดอุณหภูมิในร่างกายลงได้ประมาณ 0.3 องศาเซลเซียส จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำให้เพียงพอกับความต้องการ (Thompson, Kirkness, Mitchell, & Webb, 2007) ทำการเช็ดตัวอาจใช้น้ำอุ่นหรือน้ำเย็นแต่โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้น้ำอุ่น เนื่องจากถ้าใช้น้ำเย็นผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเส้นเลือดฝอยหดตัวทำให้ความร้อนลดได้น้อยกว่าการใช้น้ำอุ่น การเช็ดตัวควรกางแขนและขาของผู้ป่วยออก เช็ดที่ตำแหน่งบริเวณซอกคอ ซอกรักแร้ หน้าอกและลำตัวจะช่วยลดความร้อนได้ดี (วิสุทธิ, 2545) และจากการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้ผู้ดูแลจะทำการคลำมือ - คลำเท้าว่าเป็นอย่างไร ถ้าตัวร้อนก็จะทำการเช็ดตัวให้ตลอดโดยใช้น้ำอุ่นเพื่อเป็นการระบายความร้อน ผู้ดูแลจะไม่ใช้ผ้าประคบอย่างเดียวเนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นปอดบวม (ศิริมา, 2544)

3. การจัดการอาการปัสสาวะแสบขัดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จากผลการศึกษาในเรื่องการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษาที่มีอาการปัสสาวะแสบขัดจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรรักษาปัสสาวะขัดได้แก่ พริกไทย น้ำตะไคร้ (สุริพร, 2550)

4. การจัดการอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากการศึกษาเรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลและการวิจัยยังมีน้อย ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความไม่รู้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Brittain et al., 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาได้จำแนกวิธีการจัดการ 5 หัวข้อ คือ 1) การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 2) การใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับหลายๆวิธี ส่วนใหญ่ใช้วิธีการฝึกกระเพาะปัสสาวะร่วมกับพฤติกรรมบำบัดอื่นๆ คือการที่ผู้ดูแลควบคุมให้มีการถ่ายปัสสาวะตามเวลา ดูแลให้มีการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหรือการฝึกกระเพาะปัสสาวะร่วมกับวิธีการจัดการอื่น คือปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต รักษาด้วยยา จัดการแบบประคับประคอง การปรับสภาพแวดล้อม ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการรองรับการขับถ่ายปัสสาวะ ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ซึ่งวิธีการจัดการร่วมกันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีขึ้น 3) การกระตุ้นด้วยไฟฟ้ายังมีหลักฐานไม่เพียงพอ 4) การใช้ไบโอฟีดแบคโดยใช้เครื่องไบโอฟีดแบค ซึ่งมีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 5) การหนีบสายสวนปัสสาวะเพื่อฝึกหัดนั้นไม่ส่งผลในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ กรณีที่ไม่มีความจำเป็นต่อการใส่สายสวนชนิดสวนคาไว้ควรรีบถอดสายสวนออกให้เร็วที่สุดเมื่อหมดความจำเป็น (สุกฤดี, 2551)

5. การจัดการอาการข้อติดจากภาวะแทรกซ้อนจากระบบกระดูกและข้อ จากประสบการณ์

การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อเพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็งโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการบริหารหรือหมุนข้อต่อต่างๆ ตามทิศทางกรหมุนของข้อ จัดท่าทางของแขนขาให้ถูกต้องป้องกันการดึงรั้งของข้อต่อ ผู้ดูแลบางรายจะกระตุ้นลดการแข็งเกร็งของข้อ โดยการเคาะบริเวณข้อต่อของกระดูก ฟีกการฟื้นฟูเองโดยมีการทำอุปกรณ์ในการกายภาพบำบัดตามวิธีที่ได้เห็นจากโรงพยาบาลผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล (นันทพร, 2545) และจากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพแขนข้างที่อ่อนแอในการทำกิจกรรม (สวิตา, 2545)

6. การจัดการอาการปวดจากระบบกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่ายาในกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ได้แก่ ยาพาราเซตามอล (paracetamol) และยาต้านการอักเสบที่นิยมใช้กันบ่อยได้แก่ ยาไดโคลฟีแนค (diclofenac) และนาโปีเซน (naproxen) (อมรพันธุ์, 2549) สาเหตุที่ใช้ยาพาราเซตามอลเนื่องจาก เป็นยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติด ยกเว้นบรรเทาปวดได้ระดับน้อยถึงปานกลาง บรรเทาปวดได้นานเพียง 4-6 ชั่วโมง ส่วนยาต้านการอักเสบสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยและลดการอักเสบได้ ยาอีกชนิดคือ ยาแกบาเพนติน (gabapentin) เป็นยากันชักให้ขนาด 100-300 มิลลิกรัม ก่อนนอน ซึ่งยามีฤทธิ์ในการลดอาการปวดได้ แต่อาการข้างเคียงอาจทำให้มีวิงเวียนศีรษะและง่วงนอน (วสุวัฒน์, 2548) การจัดการอาการปวดด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ ดนตรีบำบัด ใช้จินตภาพ ประคบร้อน ประคบเย็น การกดจุด การสัมผัสซึ่งวิธีการเหล่านี้ไม่มีผลต่อความปวดโดยตรงแต่สามารถบรรเทาความปวดได้โดยกลไกทางอ้อม ช่วยให้ร่างกายมีการผ่อนคลายแบบทั่วตัวและผ่อนคลายบางส่วน ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยตัดวงจรความปวดได้ (วงจันทร์, 2547)

7. การจัดการแผลกดทับจากภาวะแทรกซ้อนจากระบบผิวหนัง ผู้ดูแลจัดการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลด้วยหลักความสะอาดจะช่วยลดอาการปวดได้ (Pieper et al., 2009) นวดเบาๆให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนนั้นให้เพียงพอ พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่นอนทับบริเวณด้านที่เป็นแผลเพราะการที่ผิวหนังถูกกดเป็นเวลานานจะส่งผลให้การไหลเวียนที่หลอดเลือดฝอยลดลงนำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและเกิดการตายของเนื้อเยื่อ รวมทั้งควรมีการเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อที่จะช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ช่วยให้แผลมีการฟื้นตัวได้เร็ว (ประยูร, 2544; ปิยะวาท, 2544; สถาบันประสาทวิทยา, 2545)

8. การจัดการอาการบวมจากภาวะแทรกซ้อนจากระบบไหลเวียนเลือด สาเหตุที่ปลายมือ

และปลายเท้าบวมเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ไม่ดี (สุภาณีและฤทัยพร, 2549) ผู้ดูแลจัดการ ไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่อากาศเย็นมาก ใช้หมอนหรือวัสดุอ่อนนุ่มรองบริเวณที่บวมให้สูงขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ ไม่ให้นั่งติดต่อกันเป็นเวลานาน (นภภรณ์, 2533) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนเพื่อลดอาการบวมตามส่วนต่างๆ (ปิยะภัทร, 2547)

9. การจัดการอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแลแบบผสมผสาน ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่ามีการเลือกใช้สารชีวภาพ เช่น เกล็ดฟังพอนตัวเมียและพลู เมื่อมีอาการข้างเคียงทางผิวหนัง เช่น อาการคัน ผื่นผิวหนังมีผื่น ผิดกสะเก็ด (สุริพร, 2550) เนื่องจากในใบเสลดฟังพอนและใบพลู มีสารที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคและลดอาการคัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542) และใช้กำมะถันหรือขมิ้นชันตากแห้งผสมกับน้ำมันมะพร้าว เพื่อลดอาการผื่นคัน มีการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดอาการผื่นคัน เช่น งดการรับประทานอาหารที่คิดว่าเป็นของแสลง งดอาหารทะเล ดูแลความสะอาดร่างกายเพิ่มเมื่อเหงื่อออกหรือมีอาการคัน โดยอาบน้ำและฟอกสบู่ ใช้ยารับประทานและการใช้ยาทาภายนอก (สุจิตร์, 2548)

10. การจัดการอาการท้องผูกจากภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร รับประทาน อาหารที่มีเส้นใยและดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้กากอาหารลื่นและคล่องตัว ป้องกันไม่ให้กากอาหาร ตกค้างอัดแน่น (กิ่งแก้ว, 2547) นวดบริเวณรอบๆหน้าท้องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น (ประยูร, 2544) โดยผู้ดูแลนวดคลึงท้องเริ่มตั้งแต่บริเวณหน้าท้องด้านขวา ขึ้นมาได้สะดือและวนมาที่ หน้าท้องด้านซ้ายให้ปฏิบัติก่อนถ่ายอุจจาระครึ่งชั่วโมง (Karem & Nies, 1994 อ้างตาม โปต้น, 2548) ที่สำคัญไม่ควรเบ่งถ่ายเพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้เส้นเลือดในสมองอาจแตกได้ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงผู้ดูแลออกกำลังกายให้ผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยหดเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และอุ้งเชิงกรานไว้ 10 นาทีแล้วคลาย ประมาณ 5-10 ครั้งวันละ 4 รอบ จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และอุ้งเชิงกรานแข็งแรงระบบการขับถ่ายดี (ฉัฐสุรงค์, 2549) สมุนไพรไทยที่นิยมนำมาใช้ในการ รักษาอาการท้องผูกได้แก่ ชุมเห็ดเทศ จี่เหล็ก มะขามแขก ผลการศึกษาทางด้านเภสัชวิทยาพบว่ามีการ แอนทราควิโนน กลัยโคไซด์ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้และเป็นยาระบาย (วุฒิ, 2540) ส่วนยาระบายที่ใช้ในการรักษาอาการท้องผูก ได้แก่ ยาเพิ่มปริมาณอุจจาระ (bulk forming laxative) ยาถ่ายที่ดูดน้ำกลับเข้ามาในลำไส้ใหญ่ (osmotic laxative) ยาถ่ายที่ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (stimulant laxative) ยาเหน็บหรือยาสวน (คณัยและสุเทพ, 2550) ซึ่งยาระบายชนิดต่างๆ ควรใช้เมื่อมีความจำเป็นเป็นครั้งคราวเท่านั้น เพราะถ้าใช้บ่อยจะทำให้ลำไส้มีการทำงานผิดปกติไปจากเดิมและ จะเกิดผลเสียในระยะยาว อีกประการหนึ่งที่สำคัญผู้ดูแลไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด เนื่องจาก จะทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ง่าย

11. การจัดการอาการท้องอืด จากภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร งดอาหารทอด

อาหารมัน งดถั่ว (วโรชา, 2545) หลีกเลี่ยง ชา กาแฟ บุหรี่ สุรา ยาแก้ปวด น้ำอัดลม รับประทานอาหารให้ตรงเวลาที่ละน้อยแล้วเพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น (กิตติ, 2545) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวตัวเอง จะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวมากขึ้นท้องอืดจะลดลง (เจียมจิต, 2544) จากการศึกษาของนันทพร (2545) ที่ศึกษาเรื่องประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลพยายามที่จะให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารมากขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความอยากรับประทานอาหาร พยายามสรรหาหรือพยายามปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารรสชาติของอาหารให้แปลกใหม่ ผู้ดูแลมีการทดลองรักษาด้วยการใช้สมุนไพร ด้วยความคิดหรือความเชื่อที่ว่าสมุนไพรจะแก้ไขอาการต่างๆของผู้ป่วยได้สารพัด เพื่อขับลมและกระตุ้นให้เลือดลมไหลเวียนสะดวกทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ระบบการขับถ่ายทำงานดีขึ้น ซึ่งดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเช่น “ถึงเวลากินข้าว จะมีน้ำซุบให้ทุกมื้อ โดยจะเอากระดุกหมูมาทำเป็นน้ำซุบ เอามาต้มให้สุก พอน้ำหวานในกระดุกออกมาก็ใส่ส้มแขก 3 ชิ้น ส้มแขกเป็นยาชนิดหนึ่งแล้วใส่หัวหอมโดยที่หัวหอมจะช่วยไล่ลม ทำให้ลมไม่มีถ้าลมมากๆเดี๋ยวเดี๋ยวจาม เดี่ยวๆท้องอืด ทำให้ไม่มีลมเลยกินหัวหอมแล้วดี” เนื่องจากหัวหอม ตามตำราไทยช่วยขับลม แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในด้านการวิจัยพบว่าหัวหอมมีประโยชน์ช่วยลดปริมาณไขมันในกระแสเลือด รับประทานทุกวันอย่างน้อยประมาณ 2 เดือนที่สำคัญถ้าจะให้ได้ผลดีต้องรับประทานสด เช่น เมียงคำ ผักแกล้ม (กันทิมา, 2547)

12. การจัดการอาการอาเจียนเป็นเลือด อาการถ่ายเป็นเลือด อาการถ่ายดำ และอาการปวดท้องจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง ยาหลายชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้บ่อย เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ และปวดท้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายตามวัยอันมีผลต่อกลไกทางด้านเภสัชวิทยา และเมื่ออายุมากขึ้นองค์ประกอบของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้ความเข้มข้นของยาในพลาสมาสูงกว่าปกติ (สุทธิชัย, 2545) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงก็อาจให้การรักษาได้ทัน แต่พวกที่มีผลข้างเคียงจากยารุนแรงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากยาแต่ไม่มากนัก เช่น ผู้ป่วยเคยมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่บ้างนานๆครั้ง หรือเป็นผู้ป่วยสูงอายุ และยังคงมีความจำเป็นต้องใช้ยานั้นเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ก็สามารถให้ยาได้ แต่ต้องทำความเข้าใจถึงความจำเป็นในการใช้ยาและความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากยาก่อน โดยผู้ดูแลควรศึกษาและมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาจต้องกินควบคู่กับยาอื่น พร้อมทั้งต้องเรียนรู้การปฏิบัติตัวเบื้องต้นหากสงสัยว่าจะเกิดอาการข้างเคียง ถ้ามีอาการใดๆดังข้างต้นควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็วเพื่อที่จะได้ให้การรักษาอย่างทันท่วงที (สถาบันประสาทวิทยา, 2545)

13. การจัดการอาการชักจากภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและสมอง การจัดการกับ

อาการชักให้ผู้ป่วยนอนราบลงบนพื้น ปลดเครื่องแต่งกายให้หลวม พยายามมิได้รับอันตราย จับศีรษะตะแคงไปข้างใดข้างหนึ่ง คัดคางให้ยกขึ้น ถ้ามีเสมหะ เศษอาหารหรือฟันปลอมอยู่ในปาก ต้องเอาออกให้หมด เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ระงับการสำลัก ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ป้องกันมิให้กัดลิ้นและริมฝีปาก ไม่ควรใช้วัสดุใดๆ จัดปากขณะมีอาการชัก ไม่ฝืนอาการชัก ส่วนใหญ่จะชักรนานประมาณ 1-2 นาทีและจะหยุดชักเอง แต่ถ้ามีอาการชักรนานให้ผู้ดูแลนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ (เดือนน้อย, 2546; สมศักดิ์, 2545) และจากการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการไข้สูงเสียงต่อการชัก ผู้ดูแลจะเอาผ้ามารองไว้ที่ปากก่อนเนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะกัดลิ้น กัดฟันแน่น (ศิริมา, 2544)

14. การจัดการอาการซึมเศร้าจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ ดูแลแนะนำให้กำลังใจ ปลอบประโลมผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความอบอุ่นและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีในสถาบันประสาทวิทยา ผลการศึกษาจะพบปัญหาในเรื่องอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยมากที่สุดกล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจะร้องไห้ บ่นว่า ขุนเขี้ยว ใจลอย เจ็บเฉย มีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวนบ่อยครั้ง ซึ่งครอบครัวหรือผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางด้านสังคมต่อผู้ป่วย ได้แก่ การยอมรับ มีความเข้าใจและมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย ลำดับต่อมาเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ เช่น ให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแล รับฟังความคับข้องใจต่างๆ ของผู้ป่วย (อุรพันธ์, 2538) และจากการศึกษาของสุดศิริ (2541) ที่ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ผู้ดูแลจะพูดคุย สัมผัสด้วยมือ ยกผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้รถเข็นหรือม้านั่งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือเข็นไปรอบบ้าน สัมผัสหรือบีบนิ้ว ซึ่งผลลัพธ์พบว่าสีหน้าของผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้ม อารมณ์ดีหรือแม้แต่กระทั่งผู้ป่วยที่มักจะมีอารมณ์หงุดหงิดใจร้อน โมโหง่าย ผู้ป่วยจะแสดงความคับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลเกิดความเห็นใจจึงใช้วิธีการเอาใจผู้ป่วยพยายามกระทำตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มีกำลังใจในการฟื้นฟูต่อไป

ส่วนการจัดการทางยาพบว่ายาที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ ยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มทริไซคลิก (tricyclic antidepressants หรือ TCA) เป็นยากลุ่มแรกที่นำมารักษาภาวะซึมเศร้า ถูกคิดค้นได้ดีจากทางเดินอาหาร ระดับยาสูงสุดภายในเลือด 2-6 ชั่วโมง รับประทานวันละ 1 ครั้ง ผลข้างเคียงได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่ม ตาพร่า ปากแห้ง อิศนาคหนึ่งเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มซีเล็คทีฟ ซีโรโทนิน รีบเทค อินฮิบิเตอร์ (Selective serotonin reuptake inhibitors) เป็นยาต้านอาการซึมเศร้ากลุ่มใหม่ พบว่ายาในกลุ่มนี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ดี โดยให้ผลชัดเจนในผู้ที่เป็โรคนี้มากกว่า

7 สัปดาห์ ได้รับความนิยมนอกจากเป็นเพราะออกฤทธิ์เร็วภายใน 7-10 วัน และมีผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยทนยาได้ดีกว่าเหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุ แต่ยานี้มีผลข้างเคียงอาจทำให้มีเลือดออกผิดปกติได้ เกิดจ้ำเลือดได้ง่าย ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ (ปิยะภัทร, 2547)

15. การจัดการอาการนอนไม่หลับจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านอารมณ์จิตใจ ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจะมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไป ควรช่วยให้ผู้ป่วยตื่นนอนเป็นเวลาและ ได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมท่านอน สิ่งแวดล้อมให้น่านอน ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอน เช่น เสียง แสงสว่าง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในช่วงกลางวัน (เจียมจิต, 2544) จากการศึกษา เรื่องประสิทธิภาพอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนของผู้ป่วยไบโพลาร์ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างใช้วิธีการผ่อนคลายเพื่อช่วยในการนอนหลับเนื่องจากเคยทำแล้วได้ผล รับประทานยาโดย ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ยังมีวิธีการจัดการอาการด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย เนื่องจากถ้าเหนื่อยจะช่วยให้นอนหลับได้ ทำใจให้สงบด้วยการนั่งสมาธิ (มาลี, 2550) จากการศึกษาถึง ผลของการนำดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ดนตรีสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น (เขาวพา, 2547) รวมทั้งผู้สูงอายุ ที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและฝึกสวดมนต์ จะช่วยให้นอนหลับได้ (มาลัย, 2546)

กล่าวโดยสรุปอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองมี หลากหลายอาการ เช่น อาการท้องผูก อาการท้องอืด อาการซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ อาการปวด จากกระดูกและข้อ อาการปวดจากแผลกดทับ อาการชัก อาการไอ อาการไข้ อาการหอบเหนื่อย อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ อาการปัสสาวะแสบขัด อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาการบวม อาเจียนเป็นเลือด อาการถ่ายดำ/ถ่ายเป็นเลือด จากอาการที่กล่าวมาทั้งหมดผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ย่อมมีการป้องกันการ เกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นอยู่แล้ว แต่เมื่อเกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อนผู้ดูแลจึงมี ความจำเป็นจะต้องจัดการอาการเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งจากข้อมูลที่ได้ทำ การทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าผู้ดูแลมีการจัดการอาการด้วยวิธีการใช้ยา เช่น ใช้ยารักษาซึมเศร้า ยาแก้ปวด ยาระบาย ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาแก้อาการคัน และยาสมุนไพรทั้งชนิดรับประทานและยาทา รวมทั้งผู้ดูแลมีการใช้วิธีการอื่นๆในการจัดการ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยและน้ำเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารที่แสลง รวมทั้งมี การช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยการนวด สัมผัส พูดคุยให้กำลังใจ ดนตรีบำบัด การประคบ และมีการ ปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลโดยการสวน/ล้างอุจจาระ เกาะปอด คุณเสมหะ กายภาพบำบัด ซึ่งวิธีการที่ กล่าวมาจะช่วยให้อาการที่เกิดขึ้นดีขึ้นหรือบรรเทาลง แต่ทั้งนี้การที่ผู้ดูแลจะมีการจัดการอาการที่ดี และมีประสิทธิภาพได้นั้นจะต้องมีปัจจัยต่างๆที่มีผลช่วยในการรับรู้ต่ออาการของผู้ดูแลด้วย ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องต่อการรับรู้อาการและวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้

ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การที่บุคคลจะมีประสบการณ์อาการและการจัดการอาการที่ดีได้นั้น จะต้องมีการรับรู้ที่ดี กล่าวคือ การรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการที่สมองแปลความหมายจากการสัมผัสสิ่งเร้า โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิมช่วยในการแปลความหมาย แล้วสะสมเป็นประสบการณ์ใหม่ที่พร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังเช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถสื่อสารอาการออกมาได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นสื่อในการที่จะสังเกตอาการ บางครั้งผู้ดูแลเองอาจจะไม่สามารถรับรู้ถึงอาการ และจัดการอาการเหล่านั้นได้ทั้งหมด ยังคงต้องมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลด้วย กล่าวคือ

1. อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น (Orem, 2001) ผู้ดูแลที่อายุมากผ่านประสบการณ์มามากร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีจะทำให้มีการตัดสินใจเผชิญปัญหาได้ดี มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย (จินตนา, 2540) มีแนวโน้มในการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทำให้ทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ (จิวรัตน์, 2543) และมีโลกทัศน์ที่กว้างกว่าทำให้มองเห็นแนวทางที่หลากหลายในการดูแลและการจัดการต่างๆ (สิริยา, 2545)

2. เพศที่ต่างกันอาจจะมีเชื้อ เจตคติ ค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงจะรับบทบาทของผู้ดูแลได้ง่ายกว่า ส่วนเพศชายจะปรับตัวได้ยากกว่า (จินตนา, 2540) เพศหญิงจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ที่ดูแลมากกว่าเพศชาย (จารุวรรณ, 2544) ในด้านการแสวงหาแหล่งรักษาอาการหรือการจัดการอาการ เชื่อว่าเพศหญิงจะมีการแสวงหาแหล่งที่จะรักษาอาการ สนใจศึกษาหาความรู้และขอคำแนะนำจากแหล่งอื่นๆ มากกว่าเพศชาย ทำให้มีที่หลากหลายในการจัดการ (จุฑา, 2549)

3. ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้และความเข้าใจ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีหลักในการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้นการที่ครอบครัวมีผู้ดูแลหลักที่มีพื้นฐานการศึกษาต่างกันย่อมทำให้กระบวนการในการแก้ปัญหาต่างกัน (เบญจมาศ, 2550) และจากการศึกษาเรื่องประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีอาการหายใจลำบากรุนแรงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาจัดการกับอาการหายใจลำบากได้น้อยกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี (จุก, 2549)

4. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาของสุคติศรี (2541) พบว่าผู้ดูแลที่

มีปัญหาสุขภาพจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี ทำให้ไม่เกิดปัญหาสุขภาพมาเป็นอุปสรรคในการดูแล และจากการศึกษาของวิการ์ตัน (2545) ถึงเรื่องอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลวางแผนร่วมกับสมาชิกใน ครอบครัวในการนำแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการลดความเครียดจากการดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของบุคคลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะนำวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาจัดการแก้ไขปัญหาและหากไม่ประสบความสำเร็จก็จะค้นหาวิธีการใหม่ (นันทพร, 2545) การที่ผู้คนจะเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตให้ได้ผลดี ต้องผ่านกระบวนการสามขั้นตอนนี้ด้วยกัน คือ ขั้นตอนที่แรกต้องมีการเปรียบเทียบตัวประกอบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเข้ากับตัวประกอบที่มีอยู่ในเหตุการณ์ปัจจุบัน ขั้นตอนที่สองต้องทบทวนความจำให้กระจ่างชัดว่าส่วนใดของประสบการณ์ในอดีตจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับส่วนใดที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตได้บ้าง ขั้นตอนที่สาม ต้องรำลึกให้ได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำที่ได้กระทำไปแล้วในเรื่องที่เป็นประสบการณ์นั้น มีผลดีผลเสียอย่างไร (บวร, 2549)

6. ทักษะในการแก้ปัญหา คำว่าทักษะ (Skill) หมายถึง ความชำนาญชำนาญเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความชัดเจนซึ่งบุคคลสามารถสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ ได้แก่ การทำงานร่วมกับผู้อื่น การกีฬา ทักษะการอาชีพ การอ่าน การสอน การจัดการ ฯลฯ ซึ่งเป็นทักษะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้จากการกระทำหรือจากการปฏิบัติ ซึ่งทักษะดังกล่าวนี้จำเป็นต่อการดำรงชีวิตดีกว่าผู้ไม่มีทักษะซึ่งทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างมีระบบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ รู้วิธีป้องกันและสามารถแก้ไขปัญหาที่ไม่พึงประสงค์ (ศิริพรรณ, 2550) จากการศึกษาของจอม (2540) ที่ศึกษาเรื่องความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลมีวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการตระหนักด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองแบบลองผิดลองถูก การศึกษาข้อมูลความรู้ด้วยตนเองและอีกวิธีหนึ่งเป็นการเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้ดูแลจะนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการจัดการในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ต้องทำหน้าที่ทดแทน จำเป็นต้อง

มีความรู้ ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพแทนผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

7. การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล จากการศึกษาเรื่องผลของ โปรแกรม การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจาก ความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง (นุสรินทร์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลกลุ่ม ทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (นิภาภัทร, 2550) ดังนั้นควรจัดมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแล (ปิยรัตน์, 2544)

8. ปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอีก ประการหนึ่งเนื่องจากสถานะทางสุขภาพ การไร้ความสามารถ หรือความพิการของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ถึง ระดับความพึ่งพา ซึ่งจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (วัชรรา, 2544; Matteson, Mcconnell, & Linton, 1997) ดังนั้นควรมีการประเมินระดับความพึ่งพา โดยการใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เชลเอดีแอล เนื่องจากเหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ที่ต้องพึ่งพา ซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมจะมีระดับการให้คะแนนไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับระดับความสำคัญของแต่ละ กิจกรรม โดยคะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการที่ช่วยเหลือน้อย

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะคงสภาพ ความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย อาจทำให้เกิดอาการจากภาวะ แทรกซ้อนที่แตกต่างกัน เช่น ท้องผูก ไข้ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า และปวด ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ซึ่งจากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลมีการจัดการ โดยการใช้ยา เช่น ยารักษาอาการปวด ยารักษาซึมเศร้า และมีการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละอาการ และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการที่ ผู้ดูแลจะมีการรับรู้อาการ มีการจัดการอาการที่ดีเพียงใดยังต้องขึ้นกับปัจจัยด้านอื่นๆด้วย เช่น องค์กรประกอบด้านบุคลิกของผู้ดูแล องค์กรประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) มีเป้าหมายเพื่อศึกษาอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขณะพาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาทั้งในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากประชากรผู้ดูแลหลักผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยจำแนกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
3. ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง
4. ผู้ดูแลหลักต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
5. มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทย
6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดไว้ว่าถ้าจำนวนประชากร 100-999 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 25 ของจำนวนประชากร และถ้าจำนวนประชากร 1,000-9,999 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร (Herbert & Raymond, 1963 อ้างตามเพชรน้อย, 2539) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในปี พ.ศ.2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการจำนวน 2,018 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวน 1,213 ราย (สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ประจำปี พ.ศ.2551) ในการศึกษาถือว่าผู้ป่วย 1 ราย จะต้องเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ 122 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตอบโดยเครื่องมือที่ใช้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาการดูแล ความสัมพันธ์ แหล่งความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วย การได้รับความรู้เรื่องอาการและการจัดการอาการ และโรคประจำตัวของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ วิธีการสื่อสารของผู้ป่วย และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นำมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของบาร์เทลและมาโฮนี (Barthel & Mahoney, 1987 อ้างในสุทธิชัย, 2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คือ

ข้อคำถามที่ 2 และ 3 กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้ายทางราบ ประเมินเป็น 4 ระดับ โดย

สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง	3	คะแนน
ต้องพึ่งพาคือคนอื่นเล็กน้อย	2	คะแนน
ต้องพึ่งพาคือคนอื่นอย่างมาก	1	คะแนน
ไม่สามารถกระทำได้	0	คะแนน

ข้อคำถามที่ 7 และ 10 กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้าย ประเมินเป็น 3 ระดับ โดย

สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง	2	คะแนน
ต้องพึ่งพาคือคนอื่นบ้าง	1	คะแนน
ไม่สามารถกระทำได้	0	คะแนน

ข้อคำถามที่ 5 และ 6 กิจกรรมการอาบน้ำ การแต่งตัว ประเมินเป็น 2 ระดับ โดย

สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง	1	คะแนน
ไม่สามารถกระทำได้	0	คะแนน

ข้อคำถามที่ 1, 4, 8 และ 9 กิจกรรมการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ประเมินเป็น 3 ระดับ โดย

สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง	2	คะแนน
ต้องพึ่งพาคือคนอื่นบ้าง	1	คะแนน
ไม่สามารถกระทำได้	0	คะแนน

จากข้อคำถามข้างต้นมีคะแนนรวม 20 คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งตามระดับความสามารถดังนี้

0-4 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองหรือความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยมาก

5-9 คะแนน ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนมากหรือความ
สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย

10-11 คะแนน ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมปานกลางหรือความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติบางกิจกรรม หรือ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนา
มาจากกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

4.1 แบบสอบถามอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีจำนวนทั้งหมด 19 อาการและคำถามอื่นๆ ให้ผู้ดูแลตอบเพิ่มเติม

4.2 แบบสอบถามความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (rating scale) 4 อันดับ ดังนี้

0 คะแนน = ไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการ

1 คะแนน = นานๆ ครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง
หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ

2 คะแนน = เป็นพักๆ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นประมาณ สัปดาห์ละ 1
ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นประจำ

3 คะแนน = เป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจจะเป็นวันละ
ครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่มากกว่าเป็นพักๆ

ในการแปลผลความถี่ของการเกิดอาการระหว่าง 0-3 คะแนน นำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ
ใช้สถิติคำนวณหาอันตรายภาคชั้น (ชูศรี, 2546) โดยกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

0.00-1.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับน้อย

1.01-2.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง

2.01-3.00 คะแนน หมายถึง ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก

4.3 แบบสอบถามอาการเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีทั้งหมด 19 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าเป็นตัวเลข (numeric rating scale: NSR) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มี ความรุนแรง 10 หมายถึง รุนแรงมาก โดยกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

0.00 คะแนน หมายถึง ไม่มี ความรุนแรง

0.01 - 4.00 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย

4.01- 7.00 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง

7.01-10.00 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก

4.4 แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ทำการวิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมโดยศึกษาถึงในด้านวิธีการที่ผู้ดูแลใช้โดยการใช้จ่ายและการจัดการอาการโดยวิธีอื่นๆ มาสร้างเป็นข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้ทำการวิจัยนำแบบสอบถามอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่เชี่ยวชาญเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การหาความเที่ยง (reliability) ที่ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือหาความตรงด้านเนื้อหา มาแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำแบบสอบถามส่วนที่ 4 ด้านความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนมาทดสอบความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.79 ส่วนด้านความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนทดสอบความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ (test-retest) แล้วคำนวณหาเพอร์เซ็นต์ของความสอดคล้อง ได้ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ทำการวิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ พิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.3 ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้ทำการวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับ

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้อนุญาตผู้ทำการวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และในระหว่างการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถามสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

2.3 อธิบายการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในเก็บข้อมูล

2.4 หลังจากเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้ทำการวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากแพทย์ประวัติผู้ป่วยต่อ

2.5 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนให้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ทำการวิจัยจะต้องพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจจะกระทบต่อความรู้สึกและความเป็นส่วนตัว ผู้ทำการวิจัยจึงดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเคารพความเป็นส่วนตัว ปกปิดความลับ มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล

พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถามสามารถออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ผู้ทำการวิจัยเตรียมการช่วยเหลือดังนี้

1. หยุดการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้กลุ่มตัวอย่างระบาย แสดงออกถึงความรู้สึก
2. แสดงความเห็นใจให้กำลังใจ เข้าอกเข้าใจผู้อื่น ตั้งใจฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างบอก
3. พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งประ โยชน์ แหล่งสนับสนุนอย่างอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ทำการวิจัยทำการประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ความถี่และความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวนทั้งหมด 122 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอ ด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในด้านความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. อาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

- 2.1 อาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบ
- 2.2 ความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อน
- 2.3 ความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน

3. การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.60 เพศชาย ร้อยละ 16.40 ช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.56 อายุเฉลี่ย 50.27 ปี (S.D = 9.59) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.60 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.28 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 39.34 ค้าขาย ร้อยละ 27.05 รายได้มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 49.18 ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 77.05 เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 27.95 ความสัมพันธ์

ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยที่เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 79.51 คู่สมรส ร้อยละ 10.65 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.07 แหล่งความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยได้มาจากพยาบาล ร้อยละ 60.65 จากแพทย์ ร้อยละ 14.75 เคยได้รับความรู้เรื่องอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.38 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.62 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (N = 122)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	16.40
หญิง	102	83.60
อายุ ($\bar{X} = 50.27$, $SD = 9.59$, $MAX = 80$, $MIN = 30$)		
30-40 ปี	12	9.84
41-50 ปี	69	56.56
51-60 ปี	26	21.31
61-70 ปี	10	8.20
71-80 ปี	5	4.09
สถานภาพสมรส		
โสด	21	17.21
คู่	74	60.65
หม้าย	13	10.66
หย่าร้าง	14	11.48
ศาสนา		
พุทธ	102	83.60
คริสต์	5	4.10
อิสลาม	15	12.30

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	4.10
ประถมศึกษา	30	24.58
มัธยมศึกษา	65	53.28
ปริญญาตรี	20	16.40
ปริญญาโท	2	1.64
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	10.66
รับราชการ	8	6.56
เกษตรกรรวม	48	39.34
ค้าขาย	33	27.05
รับจ้าง	20	17.39
ความเพียงพอของรายได้		
มีพอใช้และมีเหลือเก็บ	11	9.02
มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	60	49.18
ไม่พอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีภาระหนี้สิน	39	31.96
ไม่พอกับค่าใช้จ่ายและมีภาระหนี้สิน	12	9.84
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
เคย	28	22.95
ไม่เคย	94	77.05
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่ในปัจจุบัน		
ระหว่าง 1- 6 เดือน	18	14.75
มากกว่า 6- 12 เดือน	40	32.79
1 ปี ขึ้นไป	44	36.07
2 ปี ขึ้นไป	20	16.39

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ดูแล		
บิดา – มารดา	97	79.51
ปู่ย่า-ตายาย	10	8.20
คู่สมรส	13	10.65
บุตร	2	1.64
แหล่งความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วย		
แพทย์	18	14.75
พยาบาล	74	60.65
นักกายภาพ	11	9.02
ครอบครัวผู้ป่วยรายอื่น	10	8.20
หนังสือ	9	7.38
การได้รับความรู้เรื่องอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน		
เคย	122	100.00
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มีโรคประจำตัว	52	42.62
มีโรคประจำตัว	70	57.38

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 72.13 เพศหญิง ร้อยละ 27.87 ช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 38.52 มีอายุเฉลี่ย 77.35 ปี (S.D.= 8.15) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่พบมากที่สุด คือ 1 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.07 พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในปัจจุบันมีอัมพาตครึ่งซีกด้านขวามากที่สุด ร้อยละ 59.02 มีการติดต่อสื่อสารด้วยการพูด ร้อยละ 59.84 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ได้มาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.61 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (N = 122)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	72.13
หญิง	34	27.87
อายุ (\bar{X} = 77.35, SD = 8.15, MAX = 90, MIN = 60)		
60-70 ปี	31	25.41
71-80 ปี	47	38.52
81- 90 ปี	44	36.07
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ระหว่าง 1 - 6 เดือน	18	14.75
มากกว่า 6 -12 เดือน	40	32.79
1 ปี ขึ้นไป	44	36.07
2 ปี ขึ้นไป	20	16.39
พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในปัจจุบัน		
อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา	72	59.02
อัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย	44	36.06
อัมพาตทั้งตัว	6	4.92
การสื่อสารที่ใช้		
พูด	73	59.84
เขียน	25	20.49
พยักหน้า/ สายหน้า	11	9.02
ใช้ท่าทางประกอบแทนการพูด	13	10.65
วิธีการรักษาของผู้ป่วย		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	102	83.61
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	7	5.74
เบิกราชการ	13	10.65

1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.18 ระดับน้อย ร้อยละ 32.79 ระดับมาก ร้อยละ 11.47 และระดับน้อยมาก ร้อยละ 6.56 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (N = 122)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยมาก	8	6.56
ระดับน้อย	40	32.79
ระดับปานกลาง	60	49.18
ระดับมาก	14	11.47

2. อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน

2.1 อาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามการรับรู้ของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีอาการเกิดขึ้นทั้งหมด 22 อาการ ดังที่ปรากฏในแบบสอบถาม อาการที่พบ 5 อันดับแรก คือ 1) อาการท้องผูก 2) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 3) อาการซึมเศร้า 4) อาการไอ 5) อาการปวดจากกระดูกและข้อ ร้อยละ 88.52, 77.78, 76.23, 74.59, 73.77 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด (N = 122)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด *	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการท้องผูก	108	88.52
2. อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ	95	77.87
3. อาการซึมเศร้า	93	76.23
4. อาการไอ	91	74.59
5. อาการปวดจากกระดูกและข้อ	90	73.77
6. อาการปวดแผลกดทับ	80	65.57

ตาราง 4 (ต่อ)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด *	จำนวน	ร้อยละ
7. อาการเหนื่อยหอบ	80	65.57
8. อาการไอ	79	64.75
9. อาการสำลัก **	78	63.93
10. อาการคลื่นไส้ / อาเจียน **	77	63.11
11. อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้	70	57.38
12. อาการเบื่ออาหาร **	65	53.28
13. อาการปวดกล้ามเนื้อ	61	50.00
14. อาการท้องอืด	58	47.54
15. อาการนอนไม่หลับ	55	45.08
16. อาการปัสสาวะแสบขัด	52	42.62
17. อาการมือบวม/ขาบวม	40	32.79
18. อาการปัสสาวะขุ่นมีตะกอน	10	8.20
19. อาการปัสสาวะเป็นเลือด	9	7.38
20. อาการชัก	7	5.74
21. อาการถ่ายดำ / ถ่ายเป็นเลือด	6	4.92
22. อาการอาเจียนเป็นเลือด	4	3.28

* ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

** อาการที่พบนอกเหนือจากแบบสอบถาม

2.2 ความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผลการวิเคราะห์ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าความถี่ของอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) อาการท้องผูก 2) อาการไอ 3) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการปวดจากกระดูกและข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 2.02, 1.34, 1.31, 1.29 และ 1.28 ตามลำดับ (S.D.= 1.06, 0.99, 1.00, 0.95 และ 1.02 ตามลำดับ) และพบว่าท้องผูกมีระดับความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก ส่วนอาการไอ อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ อาการซึมเศร้า อาการปวดจากกระดูกและข้อ พบว่ามีระดับความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงใน (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความถี่ของอาการตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N = 122)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด *	ความถี่ของอาการ (0-3 คะแนน)		
	Mean	S.D.	ระดับความถี่
1. อาการท้องผูก	2.02	1.06	ระดับมาก
2. อาการไอ	1.34	0.99	ระดับปานกลาง
3. อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ	1.31	1.00	ระดับปานกลาง
4. อาการซึมเศร้า	1.29	0.95	ระดับปานกลาง
5. อาการปวดจากกระดูกและข้อ	1.28	1.02	ระดับปานกลาง
6. อาการปวดแผลกดทับ	1.22	1.10	ระดับปานกลาง
7. อาการเหนื่อยหอบ	1.18	1.10	ระดับปานกลาง
8. อาการสับสน**	1.15	1.08	ระดับปานกลาง
9. อาการคลื่นไส้ / อาเจียน**	1.14	1.16	ระดับปานกลาง
10. อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้	1.03	1.10	ระดับปานกลาง
11. อาการเบื่ออาหาร**	0.85	1.04	ระดับน้อย
12. อาการปวดกล้ามเนื้อ	0.82	0.95	ระดับน้อย
13. อาการท้องอืด	0.59	0.72	ระดับน้อย
14. อาการนอนไม่หลับ	0.52	0.64	ระดับน้อย
15. อาการปัสสาวะแสบขัด	0.50	0.64	ระดับน้อย
16. อาการมือบวม	0.48	0.71	ระดับน้อย
17. อาการไข้	0.46	0.85	ระดับน้อย
18. อาการปัสสาวะขุ่นมีตะกอน	0.08	0.27	ระดับน้อย
19. อาการปัสสาวะเป็นเลือด	0.07	0.26	ระดับน้อย
20. อาการชัก	0.05	0.23	ระดับน้อย
21. อาการถ่ายดำ / ถ่ายเป็นเลือด	0.04	0.21	ระดับน้อย
22. อาการอาเจียนเป็นเลือด	0.03	0.17	ระดับน้อย

* ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

** อาการที่พบนอกเหนือจากแบบสอบถาม

2.3 ในด้านความรุนแรงของอาการอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรง 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวดจากกระดูกและข้อ 2) อาการซึมเศร้า 3) อาการไอ 4) อาการผื่นคัน /ตุ่มน้ำ 5) อาการท้องผูก ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการ 4.91, 4.44, 3.99, 3.63 และ 3.54 ตามลำดับ (S.D.=3.11, 3.07, 2.89, 2.68 และ 2.12 ตามลำดับ) ด้านระดับความรุนแรงพบว่าอาการปวดจากกระดูกและข้อและอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ อาการไอ และอาการท้องผูก มีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย ดังแสดงใน (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้ดูแล (N = 122)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด *	ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)		
	Mean	S.D.	ระดับความรุนแรง
1. อาการปวดจากกระดูกและข้อ	4.91	3.11	ระดับปานกลาง
2. อาการซึมเศร้า	4.44	3.07	ระดับปานกลาง
3. อาการไอ	3.99	2.89	ระดับน้อย
4. อาการผื่นคัน /ตุ่มน้ำ	3.63	2.68	ระดับน้อย
5. อาการท้องผูก	3.54	2.12	ระดับน้อย
6. อาการเหนื่อยหอบ	3.52	2.91	ระดับน้อย
7. อาการสับสน **	3.45	2.90	ระดับน้อย
8. อาการคลื่นไส้ / อาเจียน**	3.40	2.84	ระดับน้อย
9. อาการไข้	3.31	2.70	ระดับน้อย
10. อาการปวดแผลกดทับ	3.14	2.85	ระดับน้อย
11. อาการปวดกล้ามเนื้อ	2.63	2.83	ระดับน้อย
12. อาการเบื่ออาหาร**	2.37	2.58	ระดับน้อย
13. อาการมือบวม	2.31	2.40	ระดับน้อย
14. อาการท้องอืด	2.19	2.52	ระดับน้อย
15. อาการนอนไม่หลับ	2.02	2.36	ระดับน้อย
16. อาการปัสสาวะแสบขัด	1.68	2.10	ระดับน้อย
17. อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้	1.25	2.20	ระดับน้อย

ตาราง 6 (ต่อ)

อาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด *	ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)		
	Mean	S.D.	ระดับความรุนแรง
18. อาการปัสสาวะขุ่น	0.67	2.28	ระดับน้อย
19. อาการปัสสาวะเป็นเลือด	0.45	1.66	ระดับน้อย
20. อาการชัก	0.39	1.61	ระดับน้อย
21. อาการถ่ายดำ / ถ่ายเป็นเลือด	0.26	1.17	ระดับน้อย
22. อาการอาเจียนเป็นเลือด	0.22	1.20	ระดับน้อย

* ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

** อาการที่พบนอกเหนือจากแบบสอบถาม

3. การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากอาการ 5 อันดับแรกที่พบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการโดยรวมใน 2 ลักษณะ ประกอบด้วยการจัดการ โดยการใช้ยาและการจัดการ โดยวิธีการอื่นๆ ซึ่งจะมีวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันในแต่ละอาการดังต่อไปนี้

3.1 การจัดการอาการท้องผูก ด้วยยาระบายชนิดน้ำ ร้อยละ 57.40 รองลงมาเป็นยาระบายชนิดเม็ด ร้อยละ 53.70 ส่วนการใช้ยาสมุนไพรพบว่าใช้ถี่เหลือมากที่สุด ร้อยละ 27.77 ส่วนห่มหีตเทศ ร้อยละ 4.62 ส่วนการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการนวดบริเวณหน้าท้อง ร้อยละ 92.59 กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 83.33 สวนอุจจาระ ร้อยละ 37.03 ล้วงอุจจาระ ร้อยละ 19.44 (ตาราง 7)

3.2 การจัดการอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ มีการใช้ยารับประทานแก้อาการคัน ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นยาทาแก้อาการคัน ร้อยละ 73.68 ส่วนการจัดการ โดยวิธีการอื่นๆ รักษาความสะอาดของผิวหนัง ไม่เกาหรือแกะบริเวณที่มีอาการ ร้อยละ 100 รองลงมาหลีกเลี่ยงอาหารแสลง ร้อยละ 52.63 และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ร้อยละ 33.68 (ตาราง 8)

3.3 การจัดการอาการซึมเศร้า มีการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ร้อยละ 58.06 ส่วนการจัดการ โดยวิธีการอื่นๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ พุดคุย ให้กำลังใจ/เอาใจใส่ และสัมผัสด้วยมือ/บิบนวด ร้อยละ 100 รับฟังความคับข้องใจ ร้อยละ 66.66 พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ร้อยละ 58.06 หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ร้อยละ 32.25 พาไปนอกบ้าน ร้อยละ 11.82 (ตาราง 9)

3.4 การจัดการอาการไอ มีการใช้แก้ไอชนิดน้ำมากที่สุด ร้อยละ 79.12 รองลงมา ยาแก้ไอชนิดเม็ด ร้อยละ 67.03 ยาละลายเสมหะ ร้อยละ 47.25 ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่นๆที่พบ คือ การกระตุ้นให้ไอขับเสมหะ และประหมื่นเสมหะ ร้อยละ100 รองลงมาการเคาะปอด ร้อยละ 87.91 ให้สารน้ำอย่างพอเพียง ร้อยละ75.82 หลีกเลียงอาหารที่ทำให้ไอ ร้อยละ 62.63 พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ร้อยละ 35.16 ดูดเสมหะ ร้อยละ 8.79 (ตาราง 10)

3.5 การจัดการอาการปวดจากกระดูกและข้อ พบว่าใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมา ยาแก้ปวดลดการอักเสบ ร้อยละ 93.33 ยาแก้ปวดชนิดทาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 83.33 ยาแก้ปวดชนิดทาแผนโบราณ ร้อยละ 66.66 ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ 46.66 และยาบำรุงกระดูกและข้อ ร้อยละ 42.22 การจัดการ โดยวิธีอื่นๆ มีการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ100 นวดแผนโบราณ ร้อยละ 88.88 การสัมผัส /บิบนวดบริเวณที่ปวด ร้อยละ 83.33 ประคบ ร้อยละ 76.66 ให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ร้อยละ 55.55 คนตรีบำบัด /ฟังบทสวดมนต์ ร้อยละ 48.88 พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ร้อยละ 45.55 (ตาราง 11)

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการท้องผูก (N=108)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อาการท้องผูก	จัดการโดยการให้ยา *		
	1. ยาระบายชนิดน้ำ	62	57.40
	2. ยาระบายชนิดเม็ด	58	53.70
	3. ยาสมุนไพรจืดแห้ง	30	27.77
	4. ยาสมุนไพรชุ่มชื้น	5	4.62
	จัดการโดยวิธีอื่นๆ *		
	1. กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีกากใย	108	100.00
	2. นวดรอบๆบริเวณหน้าท้อง	100	92.59
	3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ	90	83.33
	4. สวนอุจจาระ	40	37.03
	5. ล้วงอุจจาระ	21	19.44

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ (N = 95)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ	การจัดการโดยการให้ยา *		
	1. ยาแก้คันชนิดรับประทาน	95	100.00
	2. ยาแก้คันชนิดทา	70	73.68
	การจัดการโดยวิธีอื่นๆ *		
	1. รักษาความสะอาดร่างกาย	95	100.00
	2. ไม่เกาหรือแคะบริเวณที่มีอาการ	95	100.00
	3. หลีกเลี่ยงอาหารที่แสลง	50	52.63
	4. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์	32	33.68

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการซึ่มเส้ร่า (N = 93)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. อาการซึ่มเส้ร่า	การจัดการโดยการให้ยา *		
	1. ยาต้านอาการซึ่มเส้ร่า	54	58.06
	การจัดการโดยวิธีอื่นๆ *		
	1. พุดคุย	93	100.00
	2. ให้กำลังใจ การเอาใจใส่	93	100.00
	3. สัมผัสด้วยมือ / บีบนวด	93	100.00
	4. รับฟังความคับข้องใจ	62	66.66
	5. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์	54	58.06
6. หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ	30	32.25	
7. พาไปนอบบ้าน	11	11.82	

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการไอ (N = 91)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. อาการไอ	การจัดการโดยการใช้ยา *		
	1. ยารับประทานแก้ไอชนิดน้ำ	72	79.12
	2. ยารับประทานแก้ไอชนิดเม็ด	61	67.03
	3. ยาละลายเสมหะ	43	47.25
	การจัดการโดยวิธีอื่นๆ *		
	1. กระตุ้นให้อาบน้ำอุ่น	91	100.00
	2. ประเมินเสมหะ	91	100.00
	3. เคาะปอด	80	87.91
	4. ดูแลให้สารน้ำอย่างพอเพียง	69	75.82
	5. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ไอ	57	62.63
6. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์	32	35.16	
7. งดเสมหะ	8	8.79	

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการปวดจากกระดูกและข้อ (N = 90)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาการปวดจาก กระดูกและข้อ	การจัดการโดยการใช้ยา *		
	1. ยาแก้ปวดพาราเซตามอล	90	100.00
	2. ยาแก้ปวดลดการอักเสบ	84	93.33
	3. ยาแก้ปวดชนิดทาแผนปัจจุบัน	75	83.33
	4. ยาแก้ปวดชนิดทาแผนโบราณ	60	66.66
	5. ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ	42	46.66
	6. ยาบำรุงกระดูกและข้อ	38	42.22

ตาราง 11 (ต่อ)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	การจัดการโดยวิธีอื่นๆ *		
	1. ทำกายภาพบำบัด	90	100.00
	2. นวดแผนโบราณ	80	88.88
	3. การสัมผัส / บีบนวดบริเวณที่ปวด	75	83.33
	4. การประคบ	69	76.66
	5. ให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ	50	55.55
	6. คนตรีบำบัด/ ฟังบทสวดมนต์	44	48.88
	7. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์	41	45.55

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 122 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.60) เพศชาย (ร้อยละ 16.40) ทั้งนี้เนื่องมาจากบริบททางสังคมไทยเพศหญิงจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย (จารุวรรณ, 2544) ในด้านการแสวงหาแหล่งรักษาหรือการจัดการอาการ เพศหญิงจะมีการแสวงหาแหล่งที่จะรักษาอาการเอง สนใจในการศึกษาหาความรู้ มีการขอคำแนะนำจากแหล่งอื่นๆ มากกว่าเพศชาย ทำให้มีวิธีการจัดการที่หลากหลาย (จุฑา, 2549) จากผลการศึกษาด้านอายุพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 56.60) ซึ่งอายุจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น (Orem, 2001) ผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์มามาก ร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีจะทำให้มีการตัดสินใจเผชิญปัญหาได้ดี มีทักษะในการดูแล (จินตนา, 2540)

ผลการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมีการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 83.60) เนื่องจากรัฐบาลได้จัดระบบประกันสุขภาพเป็นสวัสดิการประชาชนที่มีรายได้น้อย การเข้าถึงแหล่งบริการทางสาธารณสุขทำให้ผู้ดูแลไม่มีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือค่ายา แต่ทั้งนี้ในกรณีเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ถึงแม้ผู้ดูแลไม่ต้องจ่ายค่ารักษาแต่ก็จะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ทั้งเรื่องของการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลต้องขาดงานเพื่อที่มาสืบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทำให้รายได้ของผู้ดูแลลดลง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังต้องทำงาน (ร้อยละ 89.30) รายได้ส่วนใหญ่มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 49.20) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชดา (2548) ที่ศึกษาในเรื่องประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่เพียงแต่เงินค่ารักษาพยาบาลอย่างเดียว ยังต้องเสียค่ารถ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างรายจ่ายและรายรับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประกอบกับถ้ามีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.10) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 27.90) อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่พบที่เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง ในสัดส่วนเฉลี่ย 1.35:1 ในประเทศตะวันตกและสัดส่วนเฉลี่ย 1.71: 1 ในประเทศภูมิภาคตะวันออกหรืออาจกล่าวโดยสรุปเพศชายมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง รวบรวมร้อยละ 30 (นิพนธ์, 2544) เนื่องจากว่าเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว รวมทั้งจากการดื่มเหล้า อีกประเด็นหนึ่งจากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี (ร้อยละ 38.50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยทั่วไปที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองก็จะเพิ่มมากขึ้นทวีคูณ เนื่องจากอายุจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่งต่อการเกิดภาวะการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง (กิ่งแก้ว, 2547) โดยธรรมชาติแล้วร่างกายของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม การทำงานของเซลล์ในร่างกายจะค่อยๆ ลดลงจนเกิดความล้มเหลวทางชีวภาพและตายในที่สุด (จันทนา, 2541)

และจากผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 36.10) อาจกล่าวได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากกว่า 3 เดือนขึ้นไปถือว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อที่จะลดความพิการ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุด ดังนั้นระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจึงดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ

ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.18) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ปานกลาง และจากผลการศึกษายังพบว่าพยาธิสภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยมีอัมพาตครึ่งซีกด้านขวามากที่สุด (ร้อยละ 59.00) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพในสมอง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ทำให้เกิดการอ่อนแรงครึ่งซีกของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา ใบหน้า ช่องปาก (สุทธิพันธ์, 2543)

2. อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

อาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีทั้งหมด 22 อาการ ซึ่งอาการ 5 อันดับแรกที่พบ คือ 1) อาการท้องผูก 2) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 3) อาการซึมเศร้า 4) อาการไอ 5) อาการปวดจากกระดูกและข้อ (ตาราง 4) และเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบว่า อาการที่มีความถี่สูงเป็น 5 อันดับแรก คือ 1) อาการท้องผูก 2) อาการไอ 3) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการปวดจากกระดูกและข้อ (ตาราง 5) และจากอาการทั้งหมดดังกล่าวนี้ในด้านความรุนแรงพบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรง 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวดจากกระดูกและข้อ 2) อาการซึมเศร้า 3) อาการไอ 4) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 5) อาการท้องผูก (ตาราง 6) ซึ่งจากผลการศึกษาข้างต้นในด้านอาการที่เกิดขึ้น ความถี่ของอาการ ความรุนแรงและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกโดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 อาการท้องผูก โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ประสบกับอาการนี้สูงถึง ร้อยละ 88.52 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเบนและคณะ (Robain et al., 2002) ที่พบว่าอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาหลัก โดยพบถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัดเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง การที่จะประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ผู้ป่วยจะต้องถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ถ่ายอุจจาระไม่สุด ต้องออกแรงในการเบ่งถ่าย (Satish, 2004) การถ่ายอุจจาระในสภาวะปกติ กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านในและด้านนอกจะเกิดการคลายตัวร่วมกับช่องรูทวารหนักหดสั้นลง ทำให้แรงดันของรูทวารหนักต่ออุจจาระต่ำลง เมื่อมีการเบ่งเพิ่มแรงดันในช่องท้องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อท้อง ทำให้อุจจาระผ่านทวารหนักออกมาง่ายในคนปกติ (दनัยและสุเทพ, 2550) แต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกล้ามเนื้อควบคุมการขับถ่ายจะผิดปกติจากพยาธิสภาพ อีกทั้งถ้าได้มี

การบีบตัวลดลง ซึ่งการบีบตัวส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ บางส่วนได้รับการควบคุมจากไขสันหลัง บางส่วนควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองจะทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมถ่าย ทำให้เกิดอาการท้องผูก (กึ่งแก้ว, 2547) และจากผลการศึกษาพบว่าอาการท้องผูกมีความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้หรือมีความผิดปกติของการสื่อสารทำให้ไม่สามารถหาน้ำดื่มได้อย่างอิสระส่งผลให้มีการขาดน้ำ (สุทธิชัย, 2542) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้เกิดการดูดซึมน้ำมากขึ้นอาจทำให้อุจจาระแข็ง ถ้าได้รับน้ำไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อลำไส้ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย (รภัสและคณะ, 2551) รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องของการฝึกการขับถ่าย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก แต่ผู้ดูแลไม่ทราบถึงความสำคัญ จึงไม่ได้ฝึกให้ผู้ป่วยนั่งกระโถนหรือเข้าห้องส้วมเป็นเวลา แต่จะดูแลช่วยเหลือเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการจะถ่ายเท่านั้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาท้องผูก (จอม, 2540) และถึงแม้ว่าอาการท้องผูกจะมีความถี่ระดับมาก แต่จากผลการศึกษานี้พบว่าความรุนแรงของอาการท้องผูกตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย (ตาราง 6) อาจเป็นเพราะผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าการท้องผูกไม่ใช่เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เมื่อเกิดอาการขึ้นจะก่อให้เกิดเพียงความไม่สุขสบาย (Massey, Haylock, & Curtiss, 2003)

การจัดการอาการท้องผูก ผลการศึกษาพบว่ายาแผนปัจจุบันที่ใช้มากที่สุดคือยาระบายชนิดน้ำ ร้อยละ 57.4 รองลงมาเป็นยาระบายชนิดเม็ด ร้อยละ 53.70 (ตาราง 7) เนื่องจากยาระบายจะมีประโยชน์มากในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังและเป็นๆหายๆ โดยยาระบายที่ใช้ในปัจจุบันมีให้เลือกมาก เช่น ยาเพิ่มปริมาณอุจจาระ ยากระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ยาเหน็บหรือยาสวน (Jarrett, Mowatt, & Glazener, 2004) ส่วนยาสมุนไพรพบว่าใช้ชี่เหล็กมากที่สุด ร้อยละ 27.77 (ตาราง 7) เนื่องจากในชี่เหล็กมีสารแอนทราควิโนน กลัยโคซายน์ มีฤทธิ์กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้และเกี่ยวข้องกับการระบาย (วุฒิ, 2540) อีกทั้งยาสมุนไพรยังมีอันตรายน้อยไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงแต่ยังพบว่ามี การนำมาใช้กันน้อย ใช้ในบุคคลบางกลุ่มเท่านั้นและยังขาดการศึกษาที่เป็นมาตรฐานในการนำมาใช้ (Suzuki, Inadomi, & Hibi, 2009) การใช้สมุนไพรขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น วัฒนธรรมและทัศนคติ (กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร, 2547)

ส่วนการจัดการโดยวิธีการอื่นๆพบว่ามีกรกระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีกากใย ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 83.33 (ตาราง 7) ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ข้าว ถั่ว อาหารเหล่านี้จะกระตุ้นผนังลำไส้ให้บีบรัดตัวและเพิ่มปริมาณของอุจจาระ (เดือนน้อย, 2542) และเมื่อกากใยอาหารผ่านไปทีลำไส้ใหญ่จะทำหน้าที่ในการดูดซับน้ำเอาไว้มีผลทำให้เกิดการรวมตัวกันทำให้อุจจาระนิ่มขึ้นทำให้ถ่ายออกได้ง่าย (Hinrichs & Huseboe, 2001 อ้างตาม โบตัน, 2548) และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการนวดบริเวณหน้าท้อง ร้อยละ 92.59 (ตาราง 7)

เหตุผลของการนวดบริเวณหน้าท้องเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น (ประยูร, 2544) และพบว่า การนวดหน้าท้องมีผลต่อการลดอาการท้องผูกทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงลงได้ (Jeon & Jung, 2005) ซึ่งจากการจัดการที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของฮารารี (Harari, Norton, Lockwood, & Swift, 2004) ที่ศึกษาการจัดการอาการท้องผูกและกลิ่นอุจจาระไม่ได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร มีการฝึกการควบคุมระบบทางเดินอาหาร การดื่มน้ำ การไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยยา

2.2 อาการผื่นคัน / ตุ่มน้ำ โดยมียากลุ่มตัวอย่างประสบกับอาการนี้ ร้อยละ 77.87 ความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง และความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเนื่องมาจากผู้สูงอายุจะมีผิวที่บางลง ความยืดหยุ่นของผิวและไขมันใต้ชั้นผิวหนังลดลง (วิไลวรรณ, 2548) รวมทั้งผู้ป่วยมีพยาธิสภาพด้านการไม่เคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยต้องนอนนาน ส่งผลให้เกิดความอับชื้นทำให้เกิดผื่นคัน/ ตุ่มน้ำตามร่างกายได้ง่าย อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ไปรับประทานต่ที่บ้านร้อยละ 84.1 (เจียมจิต, 2544) ซึ่งจะมีอาการข้างเคียงคือมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ (พวงพยอม, 2543) โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอาจพบจ้ำเลือดตามใต้ผิวหนังได้ (Mant et al., 2007) อีกทั้งเมื่อผิวแห้งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคัน โดยอาการคันเป็นความรู้สึกที่เกิดเฉพาะผิวหนัง มีผลทำให้เกิดความต้องการการเกาหรือถู โดยมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น การสัมผัส ความร้อน สารเคมี ลมพิษ ผื่น ตุ่มน้ำ อุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไป (เจริญ, 2545)

การจัดการอาการผื่นคัน / ตุ่มน้ำ โดยการใช้ยาพบว่ามีการใช้ยารับประทานแก้อาการคัน ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นยาทาแก้อาการคัน ร้อยละ 73.68 ส่วนการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่พบมากที่สุดคือรักษาความสะอาดของผิวหนังและไม่เกาหรือแคะบริเวณที่มีอาการ ร้อยละ 100 การจัดการรองลงมา มีหลักเลี่ยงอาหารแสลง ร้อยละ 52.63 และอันดับสุดท้ายพบว่าการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 33.68 (ตาราง 8) การจัดการโดยวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ดูแลใช้ ความเชื่อเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงอาหารแสลง หลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เป็นความเชื่อและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล หรืออาจเคยได้ยินได้ฟังจากการบอกเล่าของเพื่อนๆ และญาติที่มีประสบการณ์ (วิชชุดา, 2548) ส่วนสาเหตุที่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลน้อยที่สุดอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ไม่ส่งผลทำให้เกิดอันตรายมาก อีกทั้งยังพบว่าการจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลถือเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด (ปิยรัตน์, 2544) ซึ่งวิธีการจัดการอาการต่างๆ ที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของนภภรณ์ (2533) ที่ศึกษาถึงผลการสนใจญาติต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น พบว่าผู้ดูแลมีการป้องกันโรคผิวหนังโดยการกระตุ้นช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนัง โดยเฉพาะตามซอก

ไม่ให้ผิวหนังเปื่อยหรือขึ้นเกินไป สวมเสื้อผ้าที่แห้งสะอาดระบายความร้อนได้ดี รวมทั้งการศึกษาของสคูดจิตร (2548) ที่ศึกษาเรื่องอาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ พบว่าจะมีการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดอาการผื่นคัน เช่น การงดรับประทานอาหารที่คิดว่าเป็นของแสลง งดอาหารทะเล ดูแลความสะอาดร่างกายเพิ่มเมื่อเหงื่อออกหรือเมื่อมีอาการคัน โดยการอาบน้ำ/ฟอกสบู่ ใช้ยารับประทานและการใช้ยาทาภายนอก

2.3 อาการซึมเศร้าจากผลการวิจัยพบอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแลพบอาการซึมเศร้า ร้อยละ 76.23 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคเองโดยจากผลการวิจัยครั้งนี้พบพยาธิสภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยมีอัมพาตครึ่งซีกด้านขวา ร้อยละ 59 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระยะ 1 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.10 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า อาการซึมเศร้าจะเกิดจากพยาธิสภาพที่มีความผิดปกติของสมองหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Carod-Artal, 2006) และพบว่าผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกด้านขวามักมีปัญหาในเรื่องของภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นมากกว่าครึ่งซีกซ้าย (นิพนธ์, 2544) และจะเกิดอาการหลังจากมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1-2 ปี (Levada & Slivko, 2006) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าในด้านความถี่การเกิดอาการซึมเศร้าอยู่มีความถี่ในระดับปานกลาง (ตาราง 5) สาเหตุอาจเนื่องมาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.18 ซึ่งถือได้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลไม่มาก ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความคับข้องใจในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ความถี่การเกิดอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุก็อาจจะเกิดได้เรื่อยๆเมื่อได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตอารมณ์ รู้สึกสูญเสีย น้อยใจ เครียด หงุดหงิด และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองลดลง (พิไลรัตน์, 2541) ในด้านความรุนแรงของอาการซึมเศร้าผู้ดูแลมีการรับรู้ว่ามีความรุนแรงอยู่ในอันดับ 2 จากอาการทั้งหมด 22 อาการ (ตาราง 6) อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นมาจะมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและอาจมีความคิดอยากตาย (เชาวณี, 2547) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะได้รับความทุกข์ทรมานมาก (Rigler, 2003) และอาจมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Lenzi, Altieri, & Maestrini, 2008) ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลมีการประเมินว่าอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงในระดับต้นๆของอาการที่เกิดทั้งหมด

การจัดการอาการซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลถึง ร้อยละ 58.06 มีการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้ามากที่สุด (ตาราง 9) ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต้องการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดระยะ

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 สัปดาห์ (Mak et al., 2007) ซึ่งการจัดการอย่างรีบด่วนเพื่อรักษาอาการซึมเศร้าพบว่าเป็นสิ่งสำคัญ (Gabaldon, Fuentes, Frank-Garcia, & Diez-Tejedor, 2007) ถ้ามีการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วจะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบลงได้ ซึ่งการใช้ยาเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการป้องกันและรักษาอาการซึมเศร้า (Lenzi et al., 2008; Robinson, 2003; Starkstein, Mizrahi, & Power, 2008) การใช้ยาได้รับความนิยมนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว (ปิยะภัทร, 2547)

การจัดการอาการโดยวิธีการอื่นๆ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจ /เอาใจใส่ และการสัมผัสด้วยมือ /บีบนิ้ว ร้อยละ 100 (ตาราง 9) ซึ่งการจัดการกับอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มีการให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสุคศิริ (2541) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ผู้ดูแลจะมีการพูดคุย สัมผัสด้วยมือ ยกผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้รถเข็นหรือม้านั่งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เข็นไปรอบบ้าน สัมผัสหรือบีบนิ้ว ซึ่งผลลัพธ์จะพบว่าสีหน้าของผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้ม อารมณ์ดี ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ อบอุ่น มีกำลังใจในการฟื้นฟูต่อไป และจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีการจัดการอาการซึมเศร้าโดยรับฟังความคับข้องใจ ร้อยละ 66.66 หากกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ร้อยละ 32.25 (ตาราง 9) ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกหรือความคับข้องใจ เพื่อให้ทราบความคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำห็นตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายจะทำให้ช่วยคลายความอัดอั้นช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง อีกทั้งควรมีการรับฟังความคิดเห็นและมีการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ผู้ดูแลควรรับฟังผู้ป่วยด้วยความสงบ (American Psychiatric Association, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา ผลการศึกษาจะพบปัญหาในเรื่องอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยจะร้องไห้ บ่นว่า จุนเจียว ใจลอย เเสบเฉย มีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวนบ่อยครั้ง ซึ่งครอบครัวหรือผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางด้านสังคมต่อผู้ป่วย โดยยอมรับมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย และรับฟังความคับข้องใจ จะทำให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้าลง (อรพินธ์, 2538) ส่วนการจัดการโดยการพาผู้ป่วยไปนอกบ้าน เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลมีการจัดการน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 11.82 (ตาราง 9) เนื่องจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการให้เห็นชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ ส่วนตน ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสังคมเปลี่ยนไป ค่านิยมทางสังคมทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความอายจึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน (ฟาริดา, 2542; อรพรรณ, 2544 อ้างตาม วิณา, 2545)

2.4 อาการไอเป็นภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เป็นอาการสำคัญที่พบได้ใน 5 อันดับแรก ถึงร้อยละ 74.59 (ตาราง 4) อาการไอถือว่าเป็นอาการผิดปกติเป็นกลไกที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ จุดประสงค์เพื่อขจัดสารคัดหลั่ง เสมหะและสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจ (เบญจมาศ, 2545) อาการไอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน และผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้การหายใจและการไอขับเสมหะไม่ลึกและแรงพอ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับน้ำน้อย เสมหะจึงมีลักษณะเหนียวข้น (สุทธิชัย, 2542) ร่างกายจึงต้องมีการขับสิ่งที่ไม่ต้องการออกจากทางเดินหายใจส่วนล่าง (สุรเกียรติ, 2551) และจากผลการศึกษาด้านความถี่ของอาการไอ ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความถี่อยู่ในระดับปานกลาง และในด้านความรุนแรง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการไอในระดับน้อย (ตาราง 6) เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีเฉพาะอาการไอไม่มีอาการอื่นร่วมที่รุนแรง เช่น ไข้ หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ ลักษณะเสมหะสีสนิม ลักษณะเสมหะปนเลือด (เบญจมาศ, 2542) จึงทำให้ผู้ดูแลมีการประเมินความรุนแรงของอาการไอระดับน้อย

การจัดการอาการไอโดยการใช้ยา มีการใช้แก้ไอชนิดน้ำมากที่สุด ร้อยละ 79.12 รองลงมาใช้ยาแก้ไอชนิดเม็ด ร้อยละ 67.03 ยาขับเสมหะ/ละลายเสมหะ ร้อยละ 47.25 (ตาราง 10) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ดูแลจะเฝ้าสังเกตอาการ เมื่อมีอาการไอก็จะนำยาแก้ไอหรือยาอมมาให้ผู้ป่วย เพื่อจะได้ไม่ไอมาก (ศิริมา, 2544) ซึ่งยาแก้ไอที่ใช้มีหลายชนิด เช่น ยาออกฤทธิ์กดศูนย์การไอเป็นยาแก้ไอชนิดเสพติด ยาแก้ไอชนิดไม่เสพติดออกฤทธิ์โดยไปเพิ่มความทนได้ของการไอ ส่วนยาขับเสมหะเป็นสารที่เร่งให้มีการขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีการออกฤทธิ์โดยกระตุ้นให้มีสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มปริมาณและทำให้เสมหะของผู้ป่วยเหลวลงและถูกขับออกมาได้ง่ายขึ้น ส่วนยาละลายเสมหะเป็นการลดความหนืดของเสมหะแต่ปริมาณของเสมหะอาจจะไม่เพิ่มขึ้น (พิกุล, 2543)

ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่นๆที่พบมากที่สุด คือ การกระตุ้นให้ไอขับเสมหะและประเมินเสมหะ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การเคาะปอด ร้อยละ 87.91 การดูแลให้สารน้ำอย่างพอเพียง ร้อยละ 75.82 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้มีอาการไอ ร้อยละ 62.63 นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 35.16 ดูแลเสมหะ ร้อยละ 8.79 (ตาราง 10) ผลการศึกษาที่กล่าวมาสอดคล้องกับกรณีที่มีอาการไออาจจะมาจากภาวะปอดอักเสบ ผู้ดูแลจัดทำทางให้ถูกต้องให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ประเมินคุณลักษณะการหายใจ เสมหะ คูสีและปริมาณว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือไม่ (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะได้รับผลทุกข์ทรมานจากโรคมากเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็วเพื่อให้การรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต (Doshi et al., 2003) แต่จากผลการศึกษาผู้ดูแลจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ส่วนในกรณีที่ผู้ดูแลมีการดูแลเสมหะน้อยสุดเพียง ร้อยละ 8.79 เนื่องจากในบางกรณีผู้ดูแลอาจจะ

ไม่กล้าในการดูแลตนเองเนื่องจาก ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการดูแลตนเองอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บ ดังนั้นการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งผู้ดูแลจะใช้วิธีการกระตุ้นให้ไอ โดยการเคาะปอดด้านหลัง ให้แก่ผู้ป่วย (สุดศิริ, 2541)

2.5 อาการปวดจากกระดูกและข้อ ซึ่งเป็นอาการที่พบเป็นลำดับที่ 5 จากอาการที่เกิดขึ้น ทั้งหมดจำนวน 22 อาการ พบร้อยละ 73.77 ส่วนความรุนแรงอาการอยู่ในอันดับแรก ซึ่งพบว่ามึระดับความรุนแรงมาก (ตาราง 6) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดคือ 1) จากรอยโรคในสมองโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และแปลความรู้สึกผิดปกติไปเป็นความปวด 2) สาเหตุที่เป็นผลมาจากอาการอ่อนแรง เช่น อาการปวดร่วมกับข้อไหล่ติดในด้านที่อ่อนแรง เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดจะทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวัน รบกวนการนอนหลับ เกิดอาการซึมเศร้า เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ (วสุวัฒน์, 2548) จากเหตุผลดังกล่าวเมื่อเกิดอาการปวดขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ว่ามีระดับความรุนแรงมาก ส่วนผลการศึกษาในด้านความถี่ของการเกิดอาการปวดจากกระดูกและข้อพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 5) อาจเนื่องมาจากเมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ดูแลจะมีวิธีจัดการอาการที่พบมากที่สุดคือ การใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ถึงร้อยละ 100 และยาแก้ปวดลดการอักเสบ ร้อยละ 93.33 ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการที่พบในอันดับต้นๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายปวดได้ในระยะเวลาหนึ่ง ทำให้สามารถร่นเวลาการเกิดอาการปวดครั้งต่อไปได้นานขึ้น และอีกสาเหตุหนึ่งถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกราย จะมีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยถึง ร้อยละ 100 แต่ความถี่ของการเกิดอาการยังมีอยู่ เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลไม่สามารถฟื้นฟูสภาพตามลำพัง การกายภาพบำบัดต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกแต่ละวันเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยขาดการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จึงยังคงทำให้เกิดอาการ (สุดศิริ, 2541)

การจัดการอาการปวดจากระบบกระดูกและข้อ โดยใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการใช้ยาแก้ปวดลดการอักเสบ ร้อยละ 93.33 (ตาราง 11) สาเหตุที่มีการใช้ยามากที่สุดอาจเนื่องจากยาพาราเซตามอลเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดปวดที่ไม่ใช่ยาเสพติดเป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดินในสมอง เป็นยาที่ไม่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ไม่ทำให้เลือดออกง่ายและไม่แพ้ จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในผู้ที่มีแผลเพ็บติก แต่ยาในกลุ่มนี้บรรเทาปวดได้ระดับน้อยถึงปานกลาง บรรเทาปวดได้นาน 4-6 ชั่วโมงแต่ไม่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ ดังนั้นจึงมีการใช้ยาร่วมกันอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDs) มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) โดยขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ไซโคลออกซิเจเนส (cyclo-oxy-genase) มีสรรพคุณต้านการอักเสบของเนื้อเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อต่อกระดูก แต่มีฤทธิ์ยับยั้งกลไกการสร้างเมือกปกคลุมเยื่อหุ้มกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดการระคายเคือง (สุรเกียรติ, 2551) การใช้ยาแก้ปวดในผู้สูงอายุที่มีโรคอื่นร่วมด้วยต้องระวังเป็นพิเศษ เพราะบางครั้งจะมีฤทธิ์ลดการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารทำให้ยาที่จำเป็นต้องใช้อื่นๆ มีการดูดซึมลดลงไปด้วย (สุเทพ, 2541)

ส่วนการจัดการโดยวิธีการอื่นๆ กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ในการจัดการอาการข้อติด เพื่อที่จะได้ลดสาเหตุของการปวดได้โดยต้องมีการจัดการที่ต้นเหตุคืออาการข้อติด โดยผู้ดูแลได้มีการทำกายภาพบำบัด ถึงร้อยละ 100 การนวดแผนโบราณ ร้อยละ 88.88 การสัมผัส/การบีบนิ้ว ร้อยละ 83.33 การประคบ ร้อยละ 76.66 ฝึกสมาธิ ร้อยละ 55.55 คนตรีบำบัด/ฟังบทสวดมนต์ ร้อยละ 48.88 (ตาราง 11) สาเหตุที่มีการนวดแผนโบราณรักษากับแพทย์แผนไทยเพื่อลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อกระดูก มีจุดเด่นในการรักษาว่าเป็นการรักษาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (จริยาวัตรและคณะ, 2541) อีกทั้งเป็นภูมิปัญญาที่มีประสิทธิภาพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยไม่ใช้ยา (เพ็ญญา, 2548) การกดและการนวดที่ลึกพอจะยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย กระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทพาราซิมพาเทติกและลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ซึ่งจะช่วยลดความปวด (Lombardo & Wilson, 1997) การประคบเพื่อลดอาการปวดมีผลช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ให้กล้ามเนื้อยืดออก เพิ่มการไหลเวียนเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยสบายขึ้นสามารถลดความปวดลงได้ (พร้อมจิต, 2542) ส่วนการสัมผัสเพื่อการรักษาจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายอย่างค่อนข้างลึกซึ้งในตัวผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ส่วนการทำสมาธิจะช่วยในการเยียวยารักษาโรค บรรเทาความทุกข์และส่งเสริมการหายของโรค (สุวิษญ์, 2541) ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ผู้ดูแลได้มีการจัดการกับอาการปวดสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อเพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็ง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการบริหารหรือหมุนข้อต่อต่างๆ และจัดทำทางของแขนขาให้ถูกต้อง ป้องกันการดึงรั้งของข้อต่อ ผู้ดูแลบางรายจะลดการแข็งเกร็งของข้อ โดยการเคาะบริเวณข้อต่อของกระดูก มีการฝึกการฟื้นฟูเอง มีการทำอุปกรณ์ในการกายภาพบำบัดตามวิธีที่ได้เห็นจากโรงพยาบาล และพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล (นันทพร, 2545) รวมทั้งใช้การประคบร้อนด้วยสมุนไพร บีบนิ้ว และบีบนิ้วร่วมกับรับประทานยาสมุนไพร (เจียมจิต, 2544) ซึ่งวิธีการเหล่านี้ไม่มีผลต่อความปวดโดยตรงแต่สามารถบรรเทาความปวดได้ทางอ้อม ช่วยให้ร่างกายมีการผ่อนคลายทั่วตัวและผ่อนคลายบางส่วน วิธีการดังกล่าวสามารถตัดวงจรความปวดได้ (วงจันทร์, 2547) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่พบจากการศึกษารั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลมีการจัดการโดยไม่ใช้น้ำมันน้อยกว่าการใช้ยา สาเหตุอาจเนื่องมาจากการจัดการโดยไม่ใช้ยาต้องอาศัยอุปกรณ์ สถานที่ มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ต้องใช้เวลานานในการปฏิบัติ ภาระงาน (ทิพย์ดาว, 2546) รวมทั้งมีปัญหาทางด้านการเงินทำให้ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรักษาตามความต้องการ ทั้งในเรื่องของค่าเช่ารถ ค่าน้ำมัน ค่านวด และค่าอุปกรณ์ต่างๆ (สุคติ, 2541)

จากผลการศึกษารั้งนี้จะเห็นได้ว่าอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองมีมากมายหลากหลายอาการตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งอาการเหล่านั้นมีสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเอง หรือจากปัจจัยอื่นๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและสิ่งที่พบจากการศึกษานี้ในด้านการจัดการกับอาการของผู้ดูแลมีการใช้วิธีการจัดการอาการที่หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละอาการและลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นหายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 122 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน แบบสอบถามการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่เชี่ยวชาญเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา โดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 ด้านความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนทดสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.79 ส่วนด้านความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนทดสอบความเที่ยงโดยการวัดซ้ำได้ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากำร้อยละ ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากำร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.60 อายุเฉลี่ย 50.27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.60 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.28 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.34

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอาการและการจัดการอาการจากภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 122 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน แบบสอบถามการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่เชี่ยวชาญเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา โดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 4 ด้านความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนทดสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.79 ส่วนด้านความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนทดสอบความเที่ยงโดยการวัดซ้ำได้ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.60 อายุเฉลี่ย 50.27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.65 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.60 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.28 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.34 รายได้มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 49.18 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 77.05 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 1 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.07 ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 79.51 แหล่งความรู้ที่ได้รับในการดูแลได้จากพยาบาล ร้อยละ 60.65 ผู้ดูแลเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.38

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.13 มีอายุเฉลี่ย 77.35 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.07 อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา ร้อยละ 59.02 ติดต่อกับสื่อสารด้วยการพูดร้อยละ 59.84 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ได้มาจากบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 83.61 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.2

2. อาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีจำนวนทั้งหมด 22 อาการ ซึ่งอาการ 5 อันดับแรกที่พบ ทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงของอาการ คือ 1) อาการท้องผูก 2) อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ 3) อาการซึมเศร้า 4) อาการไอ 5) อาการปวดจากกระดูกและข้อ

2.1 ความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาการท้องผูกมีระดับความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนอาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำ อาการซึมเศร้า อาการไอ อาการปวดจากกระดูกและข้อ มีความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาการอาการปวดจากกระดูกและข้อ และอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการไอ อาการผื่นคัน/ตุ่มน้ำและอาการท้องผูกมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย

3. การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีการจัดการแต่ละอาการดังนี้

3.1 การจัดการท้องผูกโดยการใช้ยา ได้แก่ ยาระบายชนิดน้ำ (ร้อยละ 53.40) ยาระบายชนิดเม็ด (ร้อยละ 53.70) จีเหล็ก (ร้อยละ 27.77) และหมื่นเห็ดเทศ (ร้อยละ 4.62) ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีกากใย (ร้อยละ 100) นวดรอบๆ บริเวณหน้าท้อง (ร้อยละ 92.59) กระตุ้นดื่มน้ำ (ร้อยละ 83.33) สวมอุจจาระ (ร้อยละ 37.03) ล้างอุจจาระ (ร้อยละ 19.44)

3.2 การจัดการผื่นคัน/ตุ่มน้ำโดยการใช้ยา ได้แก่ ยารับประทานแก้คัน (ร้อยละ 100) และยาแก้คันชนิดทา (ร้อยละ 73.68) ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ รักษาความสะอาดของร่างกาย และไม่เกาหรือแกะบริเวณที่มีอาการ (ร้อยละ 100) และหลีกเลี่ยงอาหารแสลง (ร้อยละ 52.63)

3.3 การจัดการอาการซึมเศร้า โดยการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 58.06) ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจ/ เอาใจใส่ และการสัมผัสด้วยมือ/บีบนิ้ว (ร้อยละ 100) รับฟังความคับข้องใจ / มองเห็นคุณค่าของผู้ป่วย (ร้อยละ 66.66) พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ร้อยละ 58.06) หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ (ร้อยละ 32.25) และพาไปนอกบ้าน (ร้อยละ 11.82)

3.4 การจัดการอาการไอโดยการไช้ยา ได้แก่ ยาแก้ไอชนิดน้ำ (ร้อยละ 79.12) ยาแก้ไอชนิดเม็ด (ร้อยละ 67.03) และยาละลายเสมหะ (ร้อยละ 47.25) ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่นๆ ได้แก่ กระตุ้นให้ไอขับเสมหะและประหมื่นเสมหะ (ร้อยละ 100) เคาะปอด (ร้อยละ 87.91) ให้สารน้ำอย่างพอเพียง (ร้อยละ 75.82) หลีกเลียงอาหารที่ทำให้ไอ (ร้อยละ 62.63) พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ร้อยละ 35.16) และดูดเสมหะ (ร้อยละ 8.79)

3.5 การจัดการปวดจากกระดูกและข้อโดยการไช้ยา ได้แก่ ยาแก้ปวดพาราเซตามอล (ร้อยละ 100) ยาแก้ปวดลดการอักเสบ (ร้อยละ 93.33) ยาแก้ปวดชนิดทาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 83.33) ยาทาแก้ปวดชนิดทาแผนโบราณ (ร้อยละ 66.66) ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 46.66) และยาบำรุงกระดูกและข้อ (ร้อยละ 42.22) ส่วนการจัดการโดยวิธีอื่นๆ ได้แก่ ทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 100) นวดแผนโบราณ (ร้อยละ 88.88) สัมผัส/บีบนวด (ร้อยละ 83.33) การประคบ (ร้อยละ 76.66) ให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ (ร้อยละ 55.55) คนตรีบำบัด/ฟังบทสวดมนต์ (ร้อยละ 48.88) และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ร้อยละ 45.55)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการจัดทำรูปแบบการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับ 5 อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ท้องผูก ผื่นคัน/ตุ่มน้ำ ไอ ปวดจากกระดูกและข้อ เพื่อใช้เป็นแนวทางก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยอาจมีการสร้างสถานการณ์จำลองว่าถ้าผู้ป่วยเกิดอาการจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นขึ้นผู้ดูแลจะมีการจัดการอาการอย่างไร โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอนและประเมินความถูกต้องตามหลักการที่เหมาะสม เช่น 1) อาการไอเป็นอาการที่ควรระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง เพราะเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นจะทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบได้ ดังนั้นควรเน้นให้ผู้ดูแลสังเกตอาการและระมัดระวังเป็นพิเศษ ถ้ามีไอร่วมกับอาการหอบเหนื่อย มีเสมหะมากสีเสมหะเปลี่ยนไป ควรรีบมาโรงพยาบาลแทนที่จะจัดการ โดยการรับประทานยาแก้ไอเพียงอย่างเดียว 2) อาการปวดจากกระดูกและข้อเป็นอาการที่เวลาเกิดขึ้นผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก ส่วนใหญ่จัดการโดยการไช้ยาซึ่งอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยสูงอายุได้ง่าย ควรเน้นการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้องก่อนที่จะเกิดภาวะข้อติดแข็งซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการปวดได้ โดยมีการสอนสาธิตและประเมินกลับผู้ดูแลเป็นระยะๆ 3) อาการซึมเศร้าเป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงเมื่อเกิดอาการ ควรให้ผู้ดูแลสังเกตอาการซึมเศร้า หากมีความรุนแรงขึ้นผู้ดูแลควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษา ซึ่งในช่วงแรกของการเกิดโรคการนำยามาใช้ในการรักษาสั้นๆ เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการที่จะป้องกันและลดอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าลงได้

1.2 จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าท้องผูกเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด รวมทั้งความถี่ของการเกิดอาการอยู่ในระดับมาก ถึงแม้ว่าความรุนแรงจะอยู่ในระดับน้อยก็ตาม ทำให้มองเห็นได้ว่าอาการท้องผูกเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรตระหนัก และให้ความสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านวิธีการจัดการพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการใช้ยาระบายชนิดเม็ดและชนิดน้ำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยติดนิสัยการใช้ยาระบาย เป็นการแก้ปัญหาเป็นครั้งคราว ส่งผลให้เกิดผลเสียตามมาอีกมาก ดังนั้นทีมสุขภาพควรแนะนำให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการจัดการอื่นๆ ที่ได้ผลเช่นกัน ได้แก่ การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหว การปรับอาหาร โดยเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เพิ่มการดื่มน้ำถ้าไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัด การรักษาโดยการฝึกการเบ่งถ่าย ส่วนในด้านการใช้ยาควรเลือกใช้เมื่อจำเป็นจริงๆ เมื่อมีอาการท้องผูกอย่างรุนแรง และมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างอื่นแล้วไม่ได้ผล

2. ด้านการบริหารพยาบาล ควรสนับสนุนให้เกิดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยคอยช่วยเหลือให้มีการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประสานงานที่ดี มีการส่งเสริม/ผลักดันในการสร้างกลุ่มเครือข่ายที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือและส่งต่ออย่างทันที่

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับอาการที่พบได้บ่อยมาเป็นแนวทางเบื้องต้นในการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านการแนะนำของนักศึกษาพยาบาล และอาจให้นักศึกษามีการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ หรือวิธีการจัดการที่ทันสมัยและก้าวหน้ากว่าการจัดการด้วยวิธีการเดิมๆ

4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล อาจมีการศึกษาในเรื่องผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ทำการวิจัยไม่ได้ทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดการ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อยอดต่อไป ว่าเมื่อมีการจัดการอาการแล้วผลลัพธ์หลังการจัดการเป็นอย่างไร

บรรณานุกรม

- กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. (2547). *หลักเกณฑ์ทั่วไปเกี่ยวกับระเบียบวิจัยและการประเมินผลการแพทย์แผนโบราณ*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย.
- กัณทิมา สิทธิชัยกิจ. (2547). *คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์. (2545). *ห้องอีเคพีเอ*. ใน กาญจนา จันทรสูง, สุทธิพันธ์ จิตติพิมลมาศ และวัชรรา บุญสวัสดิ์(บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (หน้า 363-372). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 1-25). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราช.
- กุสุมาลย์ งามศิริ. (2543). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์. (2549). *โรคลมบ้าหมู*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างผู้โลกกว้าง.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จริยาวัตร คมพักษณ์และคณะ. (2541). *ลักษณะความเจ็บป่วยในระบบบริการการแพทย์แผนไทย*. *วารสารพยาบาล*, 44(2), 68-74.
- จันทนา รณฤทธิ์วิชัย. (2541). *หลักสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 13(4), 21-32.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545). *ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จรรุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. ใน จรรุวรรณ มานะสุรการ(บรรณาธิการ), *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและ การพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทาง สังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุก สุวรรณโณ. (2549). *ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฑา พัฒนานิฉินันดร. (2549). *ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุรีรัตน์ รักวิชธรรม. (2543). *ความต้องการการพยาบาลปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการพยาบาลที่ได้รับ ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เจริญ ชุณหกาญจน์. (2545). *อาการคัน*. ใน กาญจนา จันทร์สูง, สุทธิพันธ์ จิตติพิมลมาศ และวัชรา บุญสวัสดิ์(บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (หน้า 385-395). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่ บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- เชาวนี ล่องชูพล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2549). *การส่งเสริมสุขภาพด้านการขับถ่ายอุจจาระ*. ใน สิรีรัตน์ ฉัตรชัยสุธา, ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ และณัฐสุรางค์ บุญจันทร์(บรรณาธิการ), *ทักษะพื้นฐานทางการ พยาบาล* (หน้า 177-197). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็น พี เพรส จำกัด.

- คนัย ลีम्मธรรสกุล, และสุเทพ กลชาญวิทย์. (2550). *ท้องผูกในผู้สูงอายุ*. ใน สุเทพ กลชาญวิทย์, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, รังสรรค์ ฤกษ์นิมิต, สมบัติ ตริประเสริฐสุข และวโรชา มหาชัย (บรรณาธิการ), *โรคทางเดินอาหารและการรักษา 4*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนน้อย ไบคำ. (2542). *คู่มือสำหรับประชาชน การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน*. กรุงเทพมหานคร: หอผู้ป่วยงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. (2546). *การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นภาพรณัฏ แก้วกรณัฏ. (2533). *ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นภาพรณัฏ กวางทอง, และวิจิตรา กุสุมภ์. (2546). *ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท*. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (หน้า 217-220). กรุงเทพมหานคร: นวพร ชัชวาลพาณิชย์. (2547). *ภาวะถดถอยจากการนอนนานๆ*. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (77-93). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราช.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต. (2550). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *พยาบาลสาร*, 34(1), 121-130.
- บวร ปภัสราธร. (2549). *เรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต*. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, จาก <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2006q1/2006 february 13 p6.html>.
- บุศรินทร์ รัตนาลิทธิ. (2546). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- เบญจมาศ อินทรโกภา. (2545). ๗๐. ใน กาญจนา จันทรสูง, สุทธิพันธ์ จิตติพิมลมาศ และวัชรา บุญสวัสดิ์(บรรณาธิการ), *อาหารวิทยาทางอายุรศาสตร์* (หน้า 245-260). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- เบญจมาศ บุญเรืองขาว. (2550). *การทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัว ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โบตัน แสนสุขสวัสดิ์. (2548). *การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประยูร ชื่นรัตนกุล. (2544). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารประกอบการบรรยายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และ 2*. กรุงเทพมหานคร: หอผู้ป่วยงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา กุลละวณิชย์, และพลสันต์ กุลละวณิชย์. (2545). *ความรู้เรื่องโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ริคเตอร์ ไคเจสัน ประเทศไทย จำกัด.
- ปียรรัตน์ ดวงสิน. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2547). *ปัญหาของแขนและมือ*. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 129-152). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราช.
- ปิยะวาท เกสมาศ. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่. (2551). *โรงพยาบาลหาดใหญ่*.
- พวงพยอม การภิญโญ. (2543). *ยาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการแข็งตัวของเลือด*. ใน คณาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ), *การใช้ยาสำหรับพยาบาล* (หน้า 234-235). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริ การพิมพ์ จำกัด.

- พร้อมจิต ศรีลัมพ์. (2542). *หลักการใช้สมุนไพร*. ใน รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, พร้อมจิต ศรีลัมพ์, วงศ์สถิต ฉั่วกุล, วิจิต เปาอินทร์, สมภพ ประชานูรารักษ์และ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์ (บรรณาธิการ), *สมุนไพรไทยที่ควรรู้* (หน้า 29-47). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2543). *พยาธิสภาพของการไม่เคลื่อนไหว*. ใน ลิวัรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพพกุลและพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร(บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (หน้า 159-81). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- พิกุล บุญช่วง. (2543). *ยาขับเสมหะและระงับอาการไอ*. ใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ), *การพยาบาล สำหรับพยาบาล* (หน้า 435-443). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ .
- ไพไลรัตน์ ทองอุไร. (2541). *ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 19(2), 38-47.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). *ประชากรและตัวอย่าง*. ใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ขัมลิขิต และทัศนีย์ นะแส (บรรณาธิการ), *วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ* (หน้า 133-161). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2548). *การนวดไทยเพื่อสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการย่อย การเผาผลาญ และการขับถ่าย*. *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ I*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาพันท์ เจริญสวรรค์. (2547). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- มาลี เกดแก้ว. (2550). *ประสบการณ์อาการเดือนและการจัดการกับอาการเดือนของผู้ป่วยไบโพลาร์*. *สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, สงขลา.
- เยาวภา ชูถึง. (2547). *ผลของการนำดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วุฒิ วุฒิธรรมเวช. (2542). หลักเภสัชกรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็นพี สกรีนพริ้นติ้ง จำกัด.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2548). ปวด. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา(บรรณาธิการ), การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 33-37). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อัลตราพริ้นติ้ง.
- วโรชา มหาชัย. (2545). การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ *dyspepsia*. ใน วิทยา ศรีมาดา(บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2 (หน้า 182-189). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- วิภารัตน์ นาวารัตน์. (2545). การศึกษาอิทธิพลของการขาดแหล่งประโยชน์ ความเครียดจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง. (2541). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิสุทธิ สุชีไพศาลเจริญ. (2545). อาการไข้. ใน กาญจนา จันทร์สูง, สุทธิพันธ์ จิตดิพิมลมาศและ วัชรา บุญสวัสดิ์(บรรณาธิการ), อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์ (หน้า 107-112). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ(บรรณาธิการ), หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 51-75). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วิษุตา ดีชัย. (2548). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิภาวดี หิตนาแค. (2550). กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิษณุ กัมมททิพย์. (2548). ปัญหาที่พบบ่อย. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา (บรรณาธิการ), การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 19-26). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อัลตราพริ้นติ้ง.

- วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 7, 176-178.
- วีณา ลิ้มสกุล. (2545). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัชรารัฐ วัชรไพบูลย์. (2544). ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. *จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์*, 10, 16-22.
- ศรัณยา โฉมดีมงคล. (2544). ผู้ป่วยที่มีภาวะชักและการพยาบาล. *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุกลดี ช้อยชัยชาญกุล. (2551). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *รามารชิบศิสาร*, 14(2), 175-71.
- ศิริพรรณ สายหงส์. (2551). แนวคิดเรื่องทักษะชีวิตและแนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิต. ค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.nfe.go.th/1405/NFE-note/skilllife.html>.
- ศิริมา มณีโรจน์. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2545). ชัก. ใน กาญจนา จันทรสูง, สุทธิพันธ์ จิตติพิมลมาศ และวัชรานุกูลสวัสดิ์(บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (หน้า 87-96). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2542). *ชุดนิทรรศการการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2545). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 25-35). กรุงเทพมหานคร: เอกสารประกอบการสัมมนา ณ โรงแรมเซ็นจูรี่ พาร์ค.
- สวิตา ธรรมวิถี. (2545). *ประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์การกีฬา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2545). ความเหนื่อยหน่าย: ปัญหาและแนวทางการแก้ไข. *วารสารพยาบาล*, 45(4), 7-14.

- สุชาพร ขจรฤทธิ์. (2547). *ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตและฤทัยพร ศรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.
- สุริพร ชุมแดง. (2550). *การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวิษญ์ ปรัชญาปารมิตา. (2541). *การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สาระ.
- สุดจิตร แก้วมณี. (2548). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุดธิดา รัตนสมาน. (2542). *การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ*. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(บรรณาธิการ). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2543). *โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular Disease)*. ใน กาญจนา จันทร์สูง, จิตติมา ศรีจิระชัยและพิศาล ไม้เรียง(บรรณาธิการ). *Shot Note in Medicine*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ.(2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 1 แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สุเทพ จารุรัตนศิริกุล. (2541.) *เภสัชจลศาสตร์คลินิก*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.

- อมรพันธุ์ ธานีรัตน์. (2549). *ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อภิรดี ลดาวรรษ. (2547). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อารีรัตน์ สุพุทธิชิตดา. (2548). *ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง*. ใน อารีรัตน์ สุพุทธิชิตดา(บรรณาธิการ), *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 27-32). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อัลตราพรีนติ้ง.
- อรุพันธ์ อนุตตินาวิน. (2538). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- American Psychiatric Association. (2000). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (2nd ed.). Wilson Boulevard.
- Asconape, J.J., & Penry, J.K. (1991). Post stroke seizures in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7(3), 483-92.
- Bent, I., Gitta, M.D., Eirik, N., & Stian, L. (2008). Medical complications in a comprehensive stroke unit and early supported discharge service. *Journal of Stroke*, 39, 414.
- Bhatt, M.H., Podder, N., & Chokroverty, S. (2005). Sleep and neurodegenerative diseases. *Journal of Seminars in Neurology*, 25(1), 39-51.
- Brittain, K.R., Peet, S.M., & Castleden, C.M. (1998). Stroke and incontinence. *Stroke*, 29, 524-528.
- Breda, E.J., Worp, H.B., Gemert, H.M., & Dippel, D.W. (2003). Treatment of stroke by reducing the body temperature; Paracetamol (acetaminophen) in stroke. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 147(40), 1976-8.
- Burvill, P., Johnson G., Jamrozik K., Anderson C., & Stewart-Wynne, E. (1997). Risk factors for post stroke depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(2), 219-216.
- Caplan, L.R. (2000). *Caplan's stroke: A clinical approach* (3th ed.). Boaton: Butterworth-Heinemann.

- Carod-Artal, F.J. (2006). Post stroke depression epidemiology diagnostic criteria and risk factors. *Revue Neurologique*, 42(3), 169-175.
- Denti, L., Scoditti, U., Tonelli, G., Saccavini, M., Caminiti, C., Valcavi, R., et al. (2010). The poor outcome of ischemic stroke in very old people. *Journal of the American Geriatric Society*, 58(1), 12-7.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys, J. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.
- Doshi, V., Say, J., Youn g, S., & Doraisamy, P. (2003). Complication in stroke patients. *Singapore Medical Journal*, 44(12), 643-52.
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Gabaldon, L., Fuentes, B., Frank-Garcia, A., & Diez-Tejedor, E. (2007). Poststroke depression Importance of its detection and treatment. *Cerebrovascular disease*, 24(1), 181-8.
- Gresham, G.E., Duncan, P.W., & Stason, W.B. (1995). Post stroke Rehabilitation. *Cinical Practice Guideline*, 16.
- Harari, D., Norton, C., Lockwood, L., & Swift, C. (2004). Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients. *Stroke*, 35(11), 2549-55.
- Hertog, H.M., Worp, H.B., Gemert, H.M., Algra, A., Kappelle, L.J., Gijn, J., et al. (2009). The Paracetamol in stroke trail: a multicentre randomized, placebo-controlled. *Lancet Neurology*, 16.
- Jarrett, M.E., Mowatt, G., & Glazener. (2004). Systematic review of sacral nerve stimulation for fecal incontinence and constipation. *British Journal of surgery*, 91, 1559-69.
- Jeon, S.Y., & Jung, H.M. (2005). The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients. *Journal of Korean Acedemy of Nursing*, 35(1), 135-42.
- Jitipunkul, S., & Bunnag, S. (1997). *Aging in Thailand 1997*. Bangkok : Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.
- Kavindha, A., Wattanapan, P., Dejpratham, P., Permsirivanich., & Kuptniratsaikil, V. (2009). Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation. *Journal of Rehabilitation medicine*, 41(6), 489-91.
- Lavada, O.A., & Slivko, E.I. (2006). Post stroke depressiom. *Journal of Zhurnal Nerrologi Psikhiatri Imeni SS Korsakara*, 16, 73-79.

- Lenzi, G.L., Altieri, M., & Maestrini, I. (2008). Post stroke depression. *Revue neurologique*, 164(10), 837-40.
- Lombardo, M.C., & Wilson, L.M. (1997). Pain. In S.A. Price & L.M. Wilson (Eds.), *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process* (pp. 848-898). St. Louis: Mosby.
- Mak, A. K., Mackenzie, A., & Lui, M. H. (2007). Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 971-979.
- Mant, J., Hobbs, F.D., Fletcher, K., Roalfe, A., Fitzmaurice, D., Lip, G.Y., et al. (2007). Warfarin versus aspirin for stroke prevention in elderly community population with atrial fibrillation. *Lancet Neurology*, 370(9586), 493-503.
- Martin, M., Hugh, M., & Stephen, O. (Eds.). (2006). *Stroke Medicine*. New York: Taylor & Francis Group.
- Matteson, M.A., Mcconnell, E.A., & Linton, A.D. (1997). *Gerontological nursing : concepts and practice* (2 nd ed.). Philadelphia .
- Massey, R., Haylock, P., & Curtiss, C. (2003). Constipation (3rd ed.). In C.H. Yarbrow & M.H. Frogge & M. Goodman. (Eds.), *Cancer symptom management* (pp. 512-527). Boston: Jones and Bartlett.
- Michael, D.(Ed.). (1997). *Neurology*. New York: EXPO Holding.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louise: mosby Year Book.
- Paradiso, S., Ohkubo, T., & Robinson, R.G. (1997). Vegetative and psychological symptoms associated with depressed mood over the first two years after stroke. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 27(2), 137-157.
- Pieper, B., Langemo, D., & Cuddigan, J. (2009). Pressure ulcer pain : a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. *Ostomy wound manage*, 55 (2), 16-31.
- Porapakham, Y., Rao, C., Pattaraarchachai, R., Polprasert, W., Vos, T & Adair., et al. (2010). Estimated causes of death in Thailand, 2005 : implications for health policy. *Population health metrics*, 18, 8-14.
- Rigler, S.K. (1999). Management of poststroke depression in older. *Clinics in geriatric medicine*, 15(4), 765-83.
- Robain, G., Chenneville, J.M., Petit, F., & Piera, J.B. (2002). Incidence of constipation after recent vascular hemiplegia : a prospective cohort of 152 patients. *Revue*.

- Robinson, R.G. (2003). Poststroke depression : prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 376-87.
- Roe, B., & May, C. (2006). Incontinence and sexuality : finding from a qualitative perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 573-79.
- Satish, S.C. (2004). Diagnosis and management of fecal incontinence, practice guidelines. *American Journal of Gastroenterology*, 1572-98.
- Silverman, I.E., Restrepo, L ., & Mathews, G.C. (2002). Poststroke seizures. *Archives of Neurology*, 59(11), 1831-32.
- Starkstein, S.E., Mizrahi, R., & Power, B.D. (2008). Antidepressant therapy in post stroke depression. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 9(8), 1291-8.
- Stott, D.J., Falconer, A ., Miller, H., Tilston, J.C., & Langhorne, P. (2009). Urinary tract infection after stroke. *Quarterly Journal of Mathematics*, 20(9), 52-55.
- Suzuki, H., Inadomi, J.M., & Hibi, T. (2009). Japanese herbal medicine in functional gastrointestinal disorders. *Neurogastroenterology & Motility*, 25.
- Thomson, H.J., Kirkness, C.J., Mitchell, P.H., & Webb. D.J. (2007). Fever management practice of neuroscience nurses: national and regional perspective. *Journal Neuroscience Nursing*, 39(3), 151-162.
- White, L., & Duncan, G. (2002). *Nursing care of the older adult. Medical-Surgical nursing: An integrated approach* (pp. 934-969). Columbia, Delmar: Thomson Learning Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางสาวอาริสตา ชินประพัทธ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดทำวิจัยเรื่องอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามการรับรู้ของท่านที่ได้ปฏิบัติจริง เนื่องจากข้อมูลในครั้งนี้จะได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สนใจนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคอื่นๆ อีกทั้งบุคคลากรทางทีมสุขภาพจะได้ทราบเป็นแนวทางว่าผู้ดูแลมีความการประเมินอาการและมีจัดการอาการโดยวิธีใด เพื่อดูว่าสอดคล้องกับทีมสุขภาพหรือไม่ เพื่อนำไปพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การให้ข้อมูลในครั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาของผู้ป่วย ท่านสามารถที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับใช้ในการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายนี้ผู้ทำการวิจัยขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

อาริสตา ชินประพัทธ์

ผู้วิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

จากข้อความข้างต้นข้าพเจ้าได้อ่านคำอธิบายรายละเอียดอย่างครบถ้วนแล้วและมีความเข้าใจเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

ลายมือชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน โดยเป็นแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบ ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในหน้าข้อความที่เหมาะสม

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด คู่
 หม้าย หย่าร้าง

4. ศาสนา

พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆ

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปริญญาตรี
 ปริญญาโท อื่นๆ.....

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ
 เกษตรกรรม ค้าขาย
 รับจ้าง อื่นๆ.....

7. ความเพียงพอของรายได้

มีพอใช้และมีเหลือเก็บ
 มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
 ไม่พอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่มีภาระหนี้สิน
 ไม่พอกับค่าใช้จ่ายและมีภาระหนี้สิน

8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เคย
 ไม่เคย

9. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- ระหว่าง 1-6 เดือน ระหว่าง 6-12 เดือน
- 1 ปี ขึ้นไป 2 ปี ขึ้นไป
- อื่นๆ
10. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ดูแล
- บิดา- มารดา พี่-ชาย
- คู่สมรส บุตร
- อื่นๆ.....
11. แหล่งความรู้ที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- แพทย์ พยาบาล
- ครอบครัวผู้ป่วย นักกายภาพ
- หนังสือ อื่นๆ.....
12. การได้รับความรู้เรื่องอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
- เคย
- ไม่เคย
13. โรคประจำตัวของผู้ดูแล
- ไม่มีโรคประจำตัว
- มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในหน้าข้อความที่เหมาะสม

2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
- 2 อายุ ปี
- 3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - ระหว่าง 1-6 เดือน
 - ระหว่าง 6-12 เดือน
 - 1 ปี ขึ้นไป
 - 2 ปี ขึ้นไป
 - อื่นๆ ระบุ
- 4 พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยในปัจจุบัน
 - กำลังก้ามเนื้อแขนขา ปกติ
 - อัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย
 - อัมพาตครึ่งซีกด้านขวา
 - อัมพาตทั้งตัว
 - อื่นๆ ระบุ.....
5. วิธีการสื่อสารของผู้ป่วย
 - พูด
 - เขียนหนังสือ
 - พยักหน้าตอบรับ/ ส่ายหน้าแทนการปฏิเสธ
 - ใช้ท่าทางประกอบคำพูด
 - อื่นๆ ระบุ.....
6. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย
 - บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
 - เบิกราชการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม โปรดขีดเครื่องหมาย x ทับลงหน้าข้อความที่เหมาะสม

1. การรับประทานอาหาร
 - 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องป้อนหรือรับประทานอาหารทางสายยาง
 - 1 ตักอาหารได้เองแต่ต้องมีคนช่วย
 - 2 ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ

2. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0 ไม่สามารถลุกนั่งได้
 - 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากในการลุกนั่ง
 - 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย
 - 3 ทำได้เองทั้งหมด สามารถเคลื่อนตัวจากที่นอนไปยังเตียงนอนได้อย่างปลอดภัย

3. การเคลื่อนไหวหรือการเดินทางราบ
 - 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองในการเคลื่อนที่
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น การพยุง
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เองโดยอาจจะต้องใช้เครื่องพยุง หรือไม่เท่า

4. การสวมใส่เสื้อผ้า
 - 0 ต้องมีคนช่วยสวมใส่ให้ ช่วยตนเองไม่ได้
 - 1 สวมใส่ได้บ้างอย่างน้อยครั้งหนึ่งของกิจกรรม ที่ต้องมีคนช่วย เช่นการผูกเสื้อ
 - 2 สามารถสวม และถอดเสื้อได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

5. การอาบน้ำ
 - 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 - 1 สามารถอาบน้ำได้เอง

6. การแต่งตัว (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน)
 - 0 ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการกิจกรรม
 - 1 ทำเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

7. การใช้ห้องส้วม
 - 0 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย
 - 1 ทำเองได้บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 สามารถนั่งโถส้วม ลุกได้เอง ถอดและสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ใช้กระดาษชำระเอง

8. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ
 - 0 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้เลย หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 - 1 ต้องการความช่วยเหลือในการถ่ายอุจจาระ หรือบางครั้งไม่สามารถควบคุมได้
 - 2 สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้เป็นปกติ อาจมีการสวนอุจจาระได้ด้วยตนเองถ้าจำเป็น

9. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
 - 0 ควบคุมไม่ได้เลย หรือต้องใส่สายยางสวนปัสสาวะ
 - 1 สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง
 - 2 สามารถควบคุมได้ปกติ

10. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
 - 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ต้องการคนช่วย
 - 2 ขึ้นลงได้เอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความเพื่อต้องการทราบอาการที่เกิดขึ้นดังนี้

ไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น
มี	หมายถึง	มีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความถี่ของอาการจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความโดยแบ่งการแปลผลด้านความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นดังนี้

0 คะแนน = ไม่มี	หมายถึง	ไม่ปรากฏอาการ
1 คะแนน = นานๆ ครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นพักๆ
2 คะแนน = เป็นพักๆ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นประจำ
3 คะแนน = เป็นประจำ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจจะเป็นวันละ ครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่มากกว่าเป็นพักๆ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง แบ่งการแปลผลด้านความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นนี้ 0 คะแนน ไม่มีความรุนแรง 10 คะแนน รุนแรงมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหน้าข้อความ ให้ตรงกับการจัดการของท่าน ซึ่งแบ่งเป็นการจัดการโดยการใช้ยา และการจัดการโดยวิธีอื่นๆ

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			70 ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
1. อาการเหนื่อยหอบ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยใช้ยา ยายขยายหลอดลมชนิดทาน พ่นยายขยายหลอดลม อื่น ๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ จัดให้ออกซิเจนสูง สังเกตการหายใจ สังเกตเสมหะ คูดเสมหะ ให้ออกซิเจน จัดการให้พักผ่อน พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			70 ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
2. อาการไอ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยารับประทานแก้ไอ ยาอมแก้ไอ ยาละลายเสมหะ อื่นๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ ประเมินเสมหะ ดูดเสมหะ เคาะปอด กระตุ้นให้อาบน้ำ ดูแลให้สารน้ำอย่างพอเพียง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ไอ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
3. อาการไอ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใส่ยา ยาพาราเซตามอล ยาบูเฟ็น (Brufen) ยาสมุนไพรรอบุ อื่นๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็น เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น ดูแลให้ได้รับอาหารเพิ่ม ดูแลให้ได้รับน้ำเพิ่ม ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดูแลให้พักผ่อน พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
4. ปัสสาวะ แสบขัด						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใส่ยา ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปัสสาวะแสบขัด ยาสมุนไพรระบู่ อื่นๆ ระบุ.....
5. ปัสสาวะ เป็นเลือด						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยวิธีอื่นๆ รักษาอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด จัดการให้ได้รับสารน้ำ เปลี่ยนผ้ารองซับทุกครั้งที่มี มีการถ่ายปัสสาวะ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....
6. ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
7. ปวดกระดูก และข้อ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยาแก้ปวดลดการอักเสบ ยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ ยาน้ำกระดูกและข้อ ยาแก้ปวดชนิดทาแผนปัจจุบัน ยาแก้ปวดชนิดทาแผนโบราณ
8. ปวดกล้ามเนื้อ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยวิธีอื่นๆ ทำกายภาพบำบัด การสัมผัส / การบีบนิ้ว การประคบ นวดแผนโบราณ
9. ปวดจากแผล กดทับ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก ดนตรีบำบัด/ ฟังบทสวดมนต์ ใ้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
10. อาการท้องผูก						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มี ความรุนแรง รุนแรง มาก	จัดการโดยการใช้ยา ยาระบายชนิดน้ำ ยาระบายชนิดเม็ด ยาสมุนไพร ระบาย จี้เหล็ก ชุมเห็ดเทศ จัดการโดยวิธีอื่นๆ กระตุ้นให้รับประทาน อากาศที่มีกลิ่น กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ นวดรอบๆบริเวณหน้าท้อง สอนอุจจาระ ล้างอุจจาระ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
11. กลืนปัสสาวะ ไม่ได้						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยารักษาระบบทางเดินปัสสาวะ ยาสมุนไพรระงับ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหาร กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ฝึกกระเพาะปัสสาวะ กระตุ้นให้ขับถ่ายตามเวลา การใส่สายสวนปัสสาวะ การหนีบสายสวนปัสสาวะ ใช้อุปกรณ์ในการรองรับ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
12.อาการท้องอืด						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยาแก้ท้องอืด ขับลม ยาลดกรด ยาสมุนไพร ระบุ, จัดการโดยวิธีอื่นๆ งดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส อาหารทอด อาหารมัน ถั่ว หลีกเลี่ยงกาแฟ บุหรี่ สุรา น้ำอัดลม ยาแก้ปวดต่างๆ รับประทานอาหารมื้อละ น้อยๆ แต่ บ่อยๆ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
13. ถ่ายดำ / ถ่าย เป็นเลือด						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยวิธีอื่นๆ ประเมินดูการอาเจียน เช่นลักษณะของ เลือดที่ออกกว่าเป็นเลือดสดหรือใหม่ ปริมาณในการ อาเจียน
14. อาเจียน เป็นเลือด						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก ประเมินดูอาการปวดท้อง ประเมินดูอาการถ่ายดำ อาการถ่ายเป็น เลือด ดูลักษณะสีของอุจจาระ ปริมาณอุจจาระ และ ลักษณะของอุจจาระที่ออกมาในแต่ละครั้ง ประเมินระดับการรู้สติหลังจากมี อาการตามที่กล่าวมา พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			70 ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
15. อาการมือบวม / ขาบวม						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใส่ยา ยาลดอาการบวม อื่นๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ ไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เย็นมาก หาหมอนหรือวัสดุอ่อนนุ่มรองปลาย มือ – ปลายเท้าที่บวมให้สูงขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถ บ่อยๆ มีการบริหารมือ ไม่ให้ผู้ป่วยนั่งติดต่อกันเวลานาน ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์โดยเฉพาะโปรตีน ดูแลผิวหนังให้แห้ง การใช้อุปกรณ์เสริม อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
16. อาการชัก						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยากันชัก อื่นๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ จัดการให้ออนราบลงพื้น ปลดเครื่องแต่งกายให้หลวม ตะแคงศีรษะ คัดคางให้ยกขึ้น เอาสิ่งแปลกปลอมในปากออก เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันไม่ให้กัดลิ้นและ ริมฝีปาก พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
17. อาการซึมเศร้า						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยาด้านอาการซึมเศร้า ยาสมุนไพร อื่นๆ ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ ให้กำลังใจ การเอาใจใส่ รับฟังความคับข้องใจ พุดคุย สัมผัสด้วยมือ / บีบนวด พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ พาไปนอกบ้าน พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่น ๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			70 ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
18. อาการนอน ไม่หลับ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยานอนหลับ ยาสมุนไพร ระบุ..... จัดการโดยวิธีอื่นๆ ให้ผู้ป่วยตื่นนอนเป็นเวลา ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการ นอนหลับ เช่น แสง เสียง ให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวัน ออกกำลังกาย คนตรีบำบัด นวด พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

อาการจาก ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	มี	ความถี่ของอาการ			70 ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อน
			นานๆ ครั้ง	เป็น พักๆ	เป็น ประจำ		
19. อาการผื่นคัน / ตุ่มน้ำ						0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีความรุนแรง รุนแรงมาก	จัดการโดยการใช้ยา ยาแก้คันชนิดรับประทาน ยาแก้คันชนิดทาภายนอก ยาสมุนไพรรักษา จัดการโดยวิธีอื่นๆ รักษาความสะอาดร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่แสลง ไม่เกาหรือทำให้ผิวหนัง ได้รับอันตรายเพิ่ม พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ อื่นๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ค**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณอุมา จันทิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณกรรณิกา อังกูร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวอารีสา ชินประพัทธ์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4857563

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชื่อสถาบัน

มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีที่สำเร็จการศึกษา

2545