

รายงานโครงการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถ
การให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

โดย

ดร.สุดศิริ

หิรัญชอุณหะ

ผศ.ประนอม

หนูเพชร

ผศ.โฆมพัคตร์

มณีวัต

นางเกษิณี

เพชรศรี

นางปราณี

นิพัทธกุลสถกิจ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย

จากเงินงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2545-2547

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำนำ

รายงานโครงการวิจัยนี้เป็นการรายงานเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองซึ่งเป็นโครงการย่อยที่ 4 ของชุดโครงการเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง มี ผศ.ดร.สุดศิริ หิรัญชุนหะ เป็นหัวหน้าโครงการ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินงบประมาณแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2545-2547 รายงานโครงการวิจัยฉบับนี้คณะผู้วิจัยได้แก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิ ตามแบบประเมินรายงานการวิจัย (แบบวิจัย 15.2/Report) แล้ว

ดร.สุดศิริ หิรัญชุนหะ

หัวหน้าโครงการวิจัย

3 พฤษภาคม 2554

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทคัดย่อ	
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล	18
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	28
บรรณานุกรม	30
ภาคผนวก	
หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม	34
ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย	35
ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ	36
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	37
แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานครอบครัวผู้ดูแล	38
แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย	39
แบบประเมินความสามารถการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล	40

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง กลุ่มละ 10 ราย เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม และการสนทนากลุ่มใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ และสรุปประเด็น

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริการการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลประกอบด้วยส่งเสริมระยะการรักษาที่โรงพยาบาลและระยะการดูแลที่บ้าน การพยาบาลระยะการรักษาที่โรงพยาบาล ช่วงเวลาแรกรับจนถึง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด ได้แก่ 1) ให้ความพูดคุย 2) ให้ข้อมูลเป็นระยะ 3) เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 4) ประเมินครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ ส่วนการพยาบาลช่วงภายหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดถึงจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ 1) ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ 4) ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถในการดูแล ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความเชื่อมั่น 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแล และ 3) สะท้อนคิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการให้การดูแลระยะที่บ้าน ประกอบด้วยระบบการดูแลภายในครอบครัว ได้แก่ 1) เสริมทักษะการดูแล 2) ให้ความรู้ครอบครัว และ 3) เสริมกำลังใจ ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) เชื่อมเขียนและให้กำลังใจ 2) เป็นที่ปรึกษา 3) ช่วยหาคนช่วยดูแล และ 4) จัดหาสิ่งของที่จำเป็น

ผลการวิจัยเป็นแนวทางการบริการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวทั้งขณะที่รักษาที่โรงพยาบาลและในชุมชนต่อเนื่องที่บ้าน ระบบบริการนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

Abstract

This action research aimed to develop a nursing model in enhancing family caregiving of neurosurgical patients. Ten caregivers and 10 post neurosurgical patients were purposive selected. The qualitative approach included in-depth interview, participant observation, field note and focus group discussion using the assessment of caregiving ability, and question guideline to explore caregiver's perception in caring of post neurosurgical patients. Content analysis was used to analyze the data.

The results revealed that a nursing model in enhancing family caregiving for neurosurgical patients consisted of enhancing care at hospital and at home phase. Nursing care of in-hospital phase from admission to initial 72 hours after surgery included 1) giving available time for communication 2) providing timely information 3) facilitating family caregiving 4) assessing family's ability systemically. For nursing care of this phase after 72 hours to discharged included 1) giving information continuously 2) participating in a plan 3) training a caregiving skill at home and 4) sharing evaluation systemically. The strategies in enhancing caregiving ability included 1) building relationship and confidence 2) supporting a family caregiver participation 3) conducting reflective thinking continuously. Nursing care to enhance caregiving at home phase composed of caring system within the family which were 1) supplementing a caregiving skill 2) educating family 3) mental supporting. In addition, community participating system included 1) visiting and supporting 2) consulting 3) facilitating caregiving assistance and 4) providing essential material.

Findings of this study can be used to guide nursing services in enhancing caregiving ability of family both at hospital and in the community for continuing care. This system requires a community nurse in participating and enabling patient care and family caregiving at home.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVA) เนื้องอกที่สมอง (brain tumor) หรือบาดเจ็บศีรษะ (head injury) พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาย้อนหลังในปี พ.ศ. 2540-2542 พบว่า ผู้ป่วยที่รับใหม่ในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากจำนวน 376 คน ในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 400 คนและ 424 คน ในปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์) ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีพยาธิสภาพระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยมีความพิการและรอยโรคหลงเหลือ ดังเช่น มีแขนและขาอ่อนแรง สูญเสียสภาพการทรงตัว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายมีความผิดปกติในการพูด การกลืนอาหาร การขับถ่าย (Brown, 1996) ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อีกทั้งต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นระยะเวลาอันยาวนาน

ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนโดยตรงของผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตสังคม การดูแลผู้ป่วยที่มีรอยโรคหลงเหลือจากการเจ็บป่วยอันเป็นผลจากมีพยาธิสภาพระบบประสาทก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะซับซ้อนกว่าการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงได้รับการสอนและฝึกทักษะเฉพาะที่เป็นปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การเดิน การสื่อสาร การให้อาหาร การดูแลการหายใจ เป็นต้น จากผู้ชำนาญที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยังต้องได้รับการฝึกฝนต่อที่บ้าน (วันเพ็ญ, 2546) นอกจากนี้ครอบครัวจะต้องให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตสังคมแก่ผู้ป่วยอีกด้วย การฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคมเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลต่อสภาพอารมณ์และจิตสังคมเป็นอย่างมาก อันเนื่องจากการไม่ยอมรับกับสภาพที่สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ครอบครัวต้องเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

ระบบสนับสนุนของครอบครัวจะมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดผลสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วง ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การร่วมรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางธรรมชาติของผู้ป่วย (Mower, 1997; Rose, 1997) แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยจากการมีพยาธิสภาพระบบประสาทมีความซับซ้อนและยุ่งยากอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง นอกจากนี้ ครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและยัง

เป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าครอบครัวจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากนักน้อยเพียงใด (Pallet, 1990) ครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบสมาชิกที่เจ็บป่วยจากการมีพยาธิสภาพระบบประสาทจะต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานของโครงสร้างและหน้าที่ระบบต่างๆ ภายในร่างกายเพราะการที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อทำให้ระบบการทำงานระบบอื่นๆ ผิดปกติด้วย ดังเช่น ความผิดปกติระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร หรือระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ที่มีปริมาณมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการและมีวิสัยทัศน์มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม จึงได้มีนโยบายการรับรองคุณภาพงานในโรงพยาบาล (hospital accreditation) อันเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับร่วมมือกันบริการเพื่อพัฒนาองค์กรให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเป็นหอผู้ป่วยหนึ่งที่มีการให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบางกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วย เช่น การช่วยเช็ดตัว แต่งตัว เป็นต้น และสามารถอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ แต่หากผู้ดูแลผู้ป่วยรายใดมีความวิตกกังวลหรือผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลกำลังใจ หอผู้ป่วยจะมีการยืดหยุ่นการอนุญาตให้ญาติเฝ้าดูแลได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพเริ่มมีการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยลักษณะทีมสหวิทยาการ โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง อีกทั้งโรงพยาบาลจะให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ ในลักษณะของการพูดคุยหรืออธิบาย ซึ่งการให้บริการพยาบาลยังไม่มีการจัดกระทำที่เป็นแบบสมบูรณ์ ผู้ดูแลมักคล้อยตามการตัดสินใจของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลจึงไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมวางแผนตัดสินใจและแก้ปัญหา ดังนั้นการบริการพยาบาลจึงยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง

มีการศึกษารูปแบบของการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ หรือการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งพบว่าก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการพัฒนาศักยภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากงานวิจัยของ โสพรรณ (2544) ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่าง 22 ราย ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับฟื้นฟูสภาพดีขึ้น ซึ่งการวิจัยดังกล่าวนี้ได้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกันในการดูแลกับทีมสุขภาพตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและผลิตสื่อที่เป็นคู่มือการดูแลให้แก่พยาบาลและญาติผู้ดูแลมีการเยี่ยมบ้านเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วย

คณะผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถการให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ที่มีความมุ่งหวังให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน

ที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงได้ขยายขอบเขตของการวิจัยเพื่อส่งเสริมความสามารถดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและมีความต่อเนื่องของการดูแลไปจนถึงการเยี่ยมบ้านโดยมีการประสานงานร่วมกันของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลให้สอดคล้องตามวิถีชุมชนอย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิด “การมีส่วนร่วม” (participation) โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คณะผู้วิจัย เลือกศึกษาวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับของความร่วมมือที่เป้าหมายร่วมกัน (mutual collaboration approach) (Holtzer & Schwart-Barcott, 1993) โดยประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จะได้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

คำถามการวิจัย

รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิดควบคู่กับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem, 1991) เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา

ในสถานการณ์ที่ครอบครัวจะต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือทดแทนส่วนที่ไม่สามารถกระทำได้ การเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและได้รับการผ่าตัดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรอยโรคหลงเหลือ เช่น ความผิดปกติของความจำ การอ่อนแรงของกำลังแขนขา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัวโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการร่วมมือ เพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุงและแก้ปัญหาร่วมกัน กระบวนการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วม จะทำให้สามารถให้บริการพยาบาลสอดคล้องกับบริบทของครอบครัว

นิยามศัพท์

รูปแบบการบริการพยาบาล หมายถึง รูปแบบที่เป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองและพยาบาล และทีมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการสังเกตอย่างมี วิจารณ์ญาณ การสะท้อนคิดพิจารณาและปรับเปลี่ยนโดยตลอดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ครอบครัวผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง สมาชิกที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา ภรรยา สามี หรือบุตร และรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ บุคลากรทีมสุขภาพ เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยรักษา จนต่อเนื่องที่บ้าน
2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ภาวะวิกฤตและรับผิดชอบฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่บ้าน ภายใต้ระบบสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง
2. ครอบครัวผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

การผ่าตัดสมองเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการช่วยผู้ป่วยรอดชีวิตจากการมีสิ่งแปลกปลอมในสมอง ดังเช่น ก้อนเลือด หรือ ก้อนเนื้อ ซึ่งเบียดเนื้อสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ไม่รู้สึกตัว ความจำเสื่อม สูญเสียความสามารถในการคิด การสื่อสาร เป็นต้น ทั้งนี้ระดับการสูญเสียขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้องอก (Hickey, 2003) ปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มที่มีก้อนเลือดใต้ดura (subdural hematoma) จากการศึกษาผลลัพธ์จากการผ่าตัดก้อนเลือดในสมอง จากการศึกษาบาดเจ็บในโรงพยาบาลได้พบว่า หายเป็นปกติ ร้อยละ 56.2 และมีความพิการปานกลางร้อยละ 20.6 (Wu, Hsd, Liso & Wong, 1999) อย่างไรก็ตามจากการที่นำเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scanner: CT) มาใช้ในการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ทราบพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้การทำนายโรคแม่นยำขึ้น (สงวนสิน, 2546)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาภายหลังการผ่าตัดขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาของการได้รับการรักษาภายหลังมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ผลการรักษาอาจพบว่า 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง 2) ไม่สามารถทำอะไรได้ (persistent vegetative state) อยู่ในอาการหมดสติ 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นมีอาการเปลี่ยนแปลง หมดสติ ไม่รู้สึกตัวระยะยาว 3) ผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้นทั้งระดับปานกลางและรุนแรง ผู้ป่วยอาจช่วยเหลือตัวเองได้แต่มีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม หลงลืม เป็นต้น หรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ และ 4) หายเป็นปกติ สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดสมองอาจแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1. ภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นระยะ 48-72 ชั่วโมงแรก ถือเป็นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกสูง (increase intracranial pressure)

2. ภาวะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอาจเป็นช่วงภายหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ผลกระทบที่พบบ่อย มีดังนี้

2.1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของแขนขา ผู้ป่วยอาจเสียการทรงตัวจากการมีพยาธิสภาพบริเวณซีลเบลลัม (cerebellum) หรืออาจพบอาการสั่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2.2 พูดและสื่อสารไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้ายทำให้มีความผิดปกติของการพูดหรือสื่อภาษา ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายอาจพูดตะกุกตะกัก ไม่คล่องแคล่ว บางรายอาจไม่สามารถเขียนได้ด้วย

2.3 อาการชัก เกร็งหรือกระตุก ผลของการบาดเจ็บหรือผ่าตัดอาจพบว่าผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนต่อสมอง ซึ่งอาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการชัก เกร็งหรือกระตุก อาการนี้อาจพบตั้งแต่ 2-3 วัน จนถึง 6-8 เดือน

2.4 ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ จากการที่เจ็บป่วยมีผลต่อระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ เนื่องจากความบกพร่องของการสื่อสาร ความรู้สึกต่อการขับถ่ายลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้

2.5 ความจำหรือการรับรู้เปลี่ยนไป ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและได้รับการผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความจำบกพร่อง สูญเสียความจำ ความสนใจและสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิม ขาดเหตุผลและการตัดสินใจ

2.6 พฤติกรรมแสดงออกเปลี่ยน ความผิดปกติบริเวณฟรอนทอน (frontal lobe) มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ขาดการเอาใจใส่ตนเอง ขาดเหตุผล การตัดสินใจ เป็นต้น

2.7 ผิดปกติด้านจิตใจ อาจพบความผิดปกติด้านจิตใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูญเสียภาพลักษณ์จากความพิการและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้รู้สึกที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกความมีคุณค่าแห่งตนเองลดลง

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากครอบครัว ดังนี้

1. ดูแลให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอกับร่างกาย การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกายของผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฟื้นฟูสภาพ

2. คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและระบายให้เป็นปกติ เนื่องจากผลกระทบต่อการเจ็บป่วยส่งผลต่อการควบคุมการจับถ่าย ผู้ป่วยอาจสูญเสียการควบคุมการปัสสาวะและอุจจาระจากผลกระทบจากพยาธิสภาพที่สมองหรืออาจเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัวผู้ดูแล

3. การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน จากสภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลการทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การจับถ่าย การเคลื่อนย้าย การดูแลเหล่านี้เป็นการดูแลตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อความสุขสบายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

4. การนอนหลับพักผ่อน ผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องหายใจทางเครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการตรวจเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติหลังผ่าตัด ทุก 1-2 ชั่วโมง เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการนอนหลับ จากความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ปวดศีรษะ เป็นต้น

5. พื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่มีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งแขนและขา จากพยาธิสภาพของโรคและการต้องนอนบนเตียงนานๆ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตจนถึงระยะการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และยังเสริมสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

6. พัฒนาการสื่อสาร ความคิดและด้านอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายที่มีการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสาร ความคิด และด้านอารมณ์ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ และฝึกต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้

7. พัฒนาการดูแลตนเอง ในระยะที่บ้าน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฝึกการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนทักษะการคิด การตัดสินใจ เพื่อช่วยกระตุ้นสมองกลับมาทำงานได้อย่างเร็ว

โดยสรุป จากผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งจากพยาบาลและครอบครัว ในอันที่จะฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำรงชีวิตต่อไป

ครอบครัวผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

จากผลกระทบการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกคนหนึ่งคนใดที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยอาจกระทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต โดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล การให้ข้อมูลที่จำเป็นกับแพทย์และพยาบาล การสัมผัสซึ่งแสดงถึงความรัก ความห่วงใย และการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยตลอดเวลา (ศรีรัตน์, เกษิณี, โจมพัทธ์, 2552)

การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เป็นรอยโรคหรือความพิการให้กลับทำหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด การฟื้นฟูด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวต้องดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตสังคมอย่างมาก การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นวิธีการวิจัยที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับคุณค่าของประชาธิปไตย (value of democracy) และคุณค่าของความเป็นจริง ไม่มีการควบคุมและเน้นการให้อำนาจ (empowerment) แก่ผู้ร่วมในกระบวนการทุกคน (Kemmis & McTaggart, 1988) วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาด้วยเป้าหมายเพื่อการพัฒนาสังคมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเน้นของการวิจัย คือ การแก้ปัญหา (problem solving) และเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น (Lauri, 1982) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบการสืบสวนการสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (self-reflective enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคมเพื่อพัฒนาหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1988)

คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการแบบอื่น คือ การมีส่วนร่วมมือกันหรือมีส่วนร่วม (collaborative/ participatory) กล่าวคือ ประชาชนหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่งร่วมมือกันและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ และแปลข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัย (Sheehan, 1990) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีลักษณะเป็นเกลียววงจรหลายวงจร (cyclical process) วงจรนี้เกิดจากการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการกระทำเพื่อแก้ไขหรือปรับปรุงการปฏิบัติ การนำแผนไปปฏิบัติการประเมินผล และการปรับปรุงแผนใหม่โดยอาศัยความร่วมมือระดับผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย เกลียววงจรที่เกิดขึ้นหลายวงจรนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (action plans) จะต้องมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคมมีความซับซ้อนไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกันเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (McTaggart, 1991)

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คือ การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตภายใต้สภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งท้าทาย

ความสามารถของพยาบาล ทีมสุขภาพ และระบบบริการเป็นอย่างมาก (Black & Matassarini-Jacob, 1993) การมุ่งหวังให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างผาสุกเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิการ ตลอดจนการทำหน้าที่ตามศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและจงใจ (deliberate action) โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้รับบริการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติหรือมีความพร่องในการดูแลตนเองและเพื่อสร้างระบบของการดูแล การพยาบาลจึงเน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีความพร่อง เน้นที่การพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 1991)

การดูแลตนเองจึงเน้นถึงความเป็นอิสระของผู้รับบริการในการรับผิดชอบและควบคุมบริหารจัดการกับภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้การสนับสนุนการดูแลตนเองนั้น นโยบายของรัฐจำเป็นต้องจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ (Anderson, 1991) การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (home health care) จึงเป็นบริการหนึ่งที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน (home healthcare nurse) จะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน (Cloonan & Belyea, 1993) การพยาบาลที่บ้านจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัวที่จะคิดและตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพของสมาชิกในภาวะเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

โสพรรณ (2544) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาล โดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย ทีมพยาบาลจำนวน 30 คน ญาติผู้ดูแล 22 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 20 คน ซึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย 1) ปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล 2) การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล และ 4) ผลลัพธ์การดูแล ปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลมี 5 ระยะ คือ ต้องการที่พึ่ง พร้อมมีส่วนร่วม ร่วมดูแล สร้างความมั่นใจ ก่อนกลับบ้านและขึ้นได้ด้วยตนเอง การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแล พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล สร้างความมั่นใจและอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล คือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความเอื้ออาทรของทีมพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้และช่วยเหลือ ประสบการณ์การดูแล ความหวัง การสะท้อนคิดพิจารณา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมีระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาล คือการกระตุ้นให้เข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การให้ข้อมูลความรู้อย่างต่อเนื่อง การทำเป็นแบบอย่าง การสนับสนุน และการเสริมแรง

สุดศิริ (2541) ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มละ 15 ราย การศึกษาเริ่มจากโรงพยาบาลและต่อที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมความสามารถในแต่ละระยะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล 2) พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตนเอง 3) พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท และ 4) พัฒนาคูณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถการดูแล ประกอบด้วย 1) สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ 2) สะท้อนคิดพิจารณา 3) การมีส่วนร่วม 4) หากกลุ่มช่วยเหลือ 5) สร้างพลังความสามารถในการดูแล 6) ผสมผสานความเชื่อการดูแล 7) สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล 8) ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 9) สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ และ 10) เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถผู้ดูแล ได้แก่ 1) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 2) ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม 3) ความหวัง 4) การช่วยเหลือของครอบครัว 5) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 6) ระดับความต้องการการดูแล 7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม 8) ความสามารถในการคิดแปลง/ปรับวิธีการดูแล และ 9) ภาวะเศรษฐกิจ

พิกุล (2539) ศึกษาพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย การศึกษาเริ่มจากการให้บริการที่คลินิกร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยให้บริการ 1-6 ครั้งต่อเดือน ติดต่อกัน 3-6 เดือน โดยใช้กระบวนการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการประเมินความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเอง การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การค้นหาวิธีการลงมือกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านโดยอาศัยชุมชนเป็นฐานและใช้ระบบการจัดการเป็นรายกรณี ผลการวิจัยพบว่า บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มี 6 หมวด คือ จัดการกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จัดวางระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และประสานงานร่วมมือกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่พบในการศึกษานี้ ประกอบด้วย รักษาและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและเกียรติของตนเอง แสวงหาการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วย ดูแลและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข เรียนรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างมี

วิจารณ์งานจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ รักษาไว้ซึ่งอำนาจในการควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสถานการณ์เอคส์ และจากการประเมินประสิทธิผล พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอคส์ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีอาการเจ็บป่วยน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เข้าร่วมโครงการได้เพียง 1-2 เดือน และค่อนข้างมีความคงตัวไปจนถึง 6 เดือน

สุทธิดา (2541) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย เริ่มดำเนินการวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แล้วกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราวขึ้น นำไปปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า 1) โครงสร้างการจัดบริการ ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ทำหน้าที่ให้การดูแลในสถานบริการและให้คำปรึกษา พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นผู้จัดการเฉพาะราย มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) กระบวนการจัดบริการ จัดตามการตอบสนองของผู้รับบริการ แบ่งเป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 ชีวิตสับสน บริการสุขภาพที่บ้าน คือ การพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค กระบวนการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค บริการสุขภาพที่บ้าน คือ การพัฒนาทักษะและการปรับบทบาท โดยพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเอง ปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลและพัฒนาสื่อการสอน วงจรที่ 3 ชีวิตต้องดำเนินต่อไป บริการสุขภาพที่บ้าน คือ พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการกลับสู่สังคมและการประสานการจัดบริการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3) ประเมินผลลัพธ์ของบริการสุขภาพที่บ้าน กระทำโดยเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการดูแลแต่ละวงจร พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้ถูกต้อง และชำนาญมากกว่าเมื่อเริ่มต้นการดูแล ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนที่บ้าน ได้ความสะดวกประหยัด ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบและกระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้านซึ่งใช้วิธีการจัดการเฉพาะรายที่มีผู้จัดการเฉพาะรายทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ผู้จัดการ ผู้ให้ความรู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านทดแทนวิชาชีพอื่น และเป็นตัวแทนของผู้รับบริการ

สิริลักษณ์ (2540) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 11 คน การดำเนินการ

วิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ก่อนผ่าตัด 2) หลังผ่าตัดและก่อนกลับสู่สังคม 3) ขณะอยู่บ้าน 4) มาตรวจตามนัด ทุกระยะดำเนินการวิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยได้ผลสรุป 2 ประการ คือ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและสื่อที่เป็นคู่มือการปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย 1. การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นดุยภาพกับผู้ป่วย 2. การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมี 5 วงจร คือ ทำไมต้องเป็นฉัน เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง ชีวิตคนครึ่งคนขวากหนามชีวิตใหม่ ปรับตัวและดูแลตนเองได้และอุทิศตนเพื่อผู้อื่น 3. กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมี 8 วิธี คือ 1) ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 2) ให้ข้อมูลและความรู้ 3) สะท้อนปัญหาวางแผนและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน 4) สนับสนุนด้านจิตใจ 5) เพื่อนช่วยเพื่อน 6) เอื้ออำนวยความสะดวก 7) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 8) ประสานงานและเจรจาต่อรอง 4. ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความหวังและเป้าหมายในชีวิต การได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวกำลังใจจากทีมสุขภาพเพื่อนช่วยเพื่อนและการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคได้แก่ การขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ การขาดความร่วมมือการวางแผน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อนและการขาดการสนับสนุน การนำรูปแบบนี้ไปใช้ให้เกิดผลสำเร็จ พยาบาลจะต้องมีความรู้ มีทักษะ มีความเมตตา เอื้ออาทร มุ่งมั่นและมีสติรู้คิดพิจารณา

โชมพักตร์ (2540) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ต่อการฉายรังสี ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลต่อโรคเป็นยา/ เหมือนยา เหมือนแดด/ เหมือนไฟและเป็นสิ่งที่น่ากลัว 2) ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ต่อการฉายรังสีในกลุ่มที่กลัว ลังเล ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ มีเจตคติไม่ติดต่อโรคและการรักษามาเป็นเต็มใจ เชื่อมั่นเข้าใจและพร้อมจะอธิบายให้คนอื่นเข้าใจ 3) ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะฉายรังสี แบ่งออกเป็น 3 วงจร ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี เป็นการส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตใหม่ ยอมรับการฉายรังสีและมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษาที่ได้รับ ในวงจรนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการฉายรังสี มีการปรับตัวยอมรับการรักษาที่ได้รับ มีความรู้ ความเข้าใจมีเจตคติต่อการรักษา มีการปรับตัววิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเรียนรู้ถึงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม การให้ความรู้และสนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจในระยหะมีการวางแผนการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม การปรับตัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และให้

ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสีที่เพียงพอ การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ข้อจำกัดด้านร่างกาย นิสัยประจำตัว ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการได้รับความรู้ไม่เพียงพอและปัญหาเศรษฐกิจ 4) ผู้ป่วย 10 รายได้รับรังสีรอบตามปริมาณที่กำหนด 5) รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การเตรียมตัวของพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย โดยใช้กลวิธีที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่เหมาะสม การค้นหาวิธีที่เหมาะสม การสะท้อนการปฏิบัติ การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ การใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พบเพื่อนผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์มาแล้ว โดยผ่านกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ 6) สื่อในการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือเรื่องจะปฏิบัติตัวอย่างใดเมื่อฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การจัดสาธิตตัวอย่างที่ใช้บ่อย จัดสาธิตตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและวิถีทัศน์เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

สิริวรรณ (2541) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีและได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จำนวน 11 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 คน และ 3) ทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักอรรถบำบัด จำนวน 30 คน ผลการวิจัยได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและมีการประสานงานแบบเป็นทางการ 2) กระบวนการวางแผนจำหน่ายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาความสามารถเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัดหรือฉายรังสีและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะเป็นการพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพให้สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล โดยการสอนและสาธิต ประกอบภาพพลิก วิดีทัศน์และแผ่นพับ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทุกวัน โดยใช้หลักบริหาร บริการและการกระจายงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพในขณะที่มีทีมสุขภาพยังสามารถปฏิบัติงานประจำได้เช่นเดิม และระยะที่ 3 มีทักษะ คือ ทีมสุขภาพมีทักษะในการเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้สร้างระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพและส่งต่อไปสถานบริการใกล้บ้าน และ 3) ผลลัพธ์ ผู้ป่วย 11 คน ได้รับการรักษาครบตามแผน มีความรู้และเข้าใจต่อวิธีการรักษาตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและกลับบ้านด้วยความมั่นใจ สามารถลดจำนวนวันในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้ ไม่มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น และทีมสุขภาพรับการวางแผนจำหน่ายเป็นภาระงานประจำ พยาบาลประจำการเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่าย โดยมีบทบาทเป็นผู้จัดการ ประสานงาน ให้บริการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องตามแผนและตรงตามความต้องการ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองมักได้รับผลกระทบภายหลังการเจ็บป่วย จากการมีความพิการหรือรอยโรคหลงเหลือ เช่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เสียการทรงตัว สูญเสียความจำ การสื่อสาร มีสภาพอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การส่งเสริมความสามารถในการให้การดูแลเป็นบทบาทของพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ การจัดบริการพยาบาลที่เปิด โอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเครือข่ายชุมชนสนับสนุนจะนำไปสู่คุณภาพการดูแล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระหว่างปี 2564-2565 ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มละ 10 ราย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นมารดา ภรรยา บิดา สามีหรือบุตร และรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

คุณสมบัติที่ไม่นำมาศึกษา (exclusion criteria) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระดับความรู้สึกรับตัวแรกเริ่ม (Glasgow coma scale: GCS) ระดับการสูญเสียสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดสมอง (modified disability rating scale) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่มีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดการดูแลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเพื่อการรักษา ได้แก่ การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การให้อาหารทางสายยาง แบบประเมินนี้สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบการรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลกับพยาบาล และความพร้อมในการดูแลที่บ้าน แบบสัมภาษณ์นี้เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ภายหลังจากแก้ไขปรับปรุง นำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อความเข้าใจในคำถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยบอกถึงการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา การพยาบาลหรือบริการที่จะได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ หรือตอบรับโดยวาจา ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก)

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์การให้การดูแลจากผลการวิจัยโครงการย่อย ได้แก่ โครงการวิจัย เรื่องการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย และ โครงการวิจัยเรื่องประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและครอบครัว และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม

1.2 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1.3 ศึกษากระบวนการเครือข่ายสนับสนุนการให้การดูแลของครอบครัวที่บ้านภายหลังจำหน่าย

1.4 ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2547

1.5 ประชุมกับแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

1.6 ประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแนวคิดการมีส่วนร่วม

1.7 ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังระบบประสาท โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้นำชุมชน 2 ชุมชน

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการและอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล

2.2 ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาาร่วมกลุ่มตัวอย่าง 2) วางแผนการปฏิบัติ และ 3) ปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติการ ซึ่งทั้งสามส่วนนี้จะกระทำหมุนเวียนตลอดกระบวนการวิจัย โดยปฏิบัติตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาและต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

2.2.1 ปฏิบัติการวิจัยที่โรงพยาบาล

1) ผู้วิจัยประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกวัน

2) ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแลและสัมภาษณ์การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางคำถามตามแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งประเมินความสามารถการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคภาวะสุขภาพ ความก้าวหน้าของการรักษาและความต้องการการดูแลของกลุ่มตัวอย่างแก่ครอบครัวผู้ดูแล และเริ่มปฏิบัติการดูแลโดยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการดูแลพื้นฐาน

4) ผู้วิจัยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมเป็นระยะให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับการให้การดูแล และปรับแผนกับกลุ่มตัวอย่างทุกวัน

5) เมื่อผู้วิจัยประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และพบว่าภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาความสามารถให้การดูแลในทักษะการดูแลเพื่อการรักษาที่จำเป็นของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยประเมินการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ความต้องการการดูแลต่อเนื้อที่บ้าน ประเมินความต้องการการพัฒนาทักษะการดูแลและเริ่มให้ข้อมูลและสอนการดูแลเพื่อการรักษา

6) ผู้วิจัยประเมินความสามารถให้การดูแลของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ โดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมการให้การดูแลร่วมกับพยาบาล ร่วมกับการสะท้อนคิดการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับแผนเป็นระยะ

2.2.2 ปฏิบัติการวิจัยที่ชุมชน

1) ผู้วิจัยเริ่มเยี่ยมบ้านภายหลังกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาต่อเนื้อที่บ้าน

2) ผู้วิจัยประเมินความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลและสังเกตการณ์การให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และร่วมปรับแผนการดูแลกับครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ

3) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการประเมินสอบถามและสังเกตการณ์มาวิเคราะห์พร้อมทั้งปรับปรุงและติดตาม โดยการเยี่ยมบ้านเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ตามที่เสนอ โดยสุภางค์ จันทวานิช (2536) เป็นแนวทางการวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาความสามารถ การดูแลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถการดูแล การวิเคราะห์เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ผู้วิจัยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วย

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล
2. การส่งเสริมความสามารถในการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง
3. รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 10 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุสูงสุด 70 ปี และน้อยสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี นับถือศาสนาพุทธ (6 ราย) จบการศึกษาระดับประถม (7 ราย) ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย สาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุ (8 ราย) ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยเป็น subdural hematoma (4 ราย) ได้รับการผ่าตัด craniotomy (8 ราย) รักษาตัวที่โรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2 เดือน 10 วันถึง 4 เดือน 24 วัน เฉลี่ย 3 เดือน 1 วัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (n=10)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	10
อายุ (ปี) (Min=22, Max=70, \bar{X} = 48.6)	
20-35	3
36-50	2
51-65	4
มากกว่า 65	1
ศาสนา	
พุทธ	6
อิสลาม	4

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน (คน)
ระดับการศึกษา		
	กำลังศึกษาประถม	1
	จบประถม	7
	ไม่ศึกษา	2
อาชีพ		
	นักเรียน	1
	ค้าขาย	3
	รับจ้าง	2
	ทำสวน	2
	ไม่มีอาชีพ	2
สาเหตุ		
	อุบัติเหตุ	8
	เป็นลม หมดสติ	2
การวินิจฉัย		
	Epidural heamorrhage	2
	Subdural hematoma	4
	Cerebral heamorrhge	2
	Subarchnoid heamorrhage	2
การผ่าตัด		
	Craniotomy and remove blood clot	8
	Burr hole	2
ระดับความรู้สีกตัวแรกกรับ (GCS)		
	5 T	2
	6 T	3
	8 T	3
	9 T	2
ระยะเวลารักษาตัวที่โรงพยาบาล (เดือน)		
	2-3	3
	3-4	3
	4-5	4

กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล

สำหรับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุมากที่สุด 54 ปี น้อยที่สุด 32 ปี อายุเฉลี่ย 41.5 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (6 ราย) จบการศึกษาระดับมัธยม (6 ราย) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง และมีค้าขาย (อย่างละ 3 ราย) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว (4 ราย) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวต่อเดือน 1,000-5,000 บาท (7 ราย) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล (n=10)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
หญิง	10
อายุ (ปี) (Min=32, Max=54, \bar{X} = 41.5)	
30-40	5
41-50	4
51-65	1
ศาสนา	
พุทธ	6
อิสลาม	4
ระดับการศึกษา	
ประถม	4
มัธยม	6
อาชีพ	
แม่บ้าน	2
รับจ้าง	3
ค้าขาย	3
รับราชการ	2
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
1,000-5,000	7
5,001-10,000	1
10,001-15,000	0
15,001-20,000	2
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	
มารดา	3
ภรรยา	3
บุตรสาว	4

การส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล โดยกระบวนการส่งเสริมความสามารถเริ่มตั้งแต่วันแรกเมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนถึงเมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลับบ้าน ผลการศึกษา พบว่า การบริการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการรักษาที่โรงพยาบาลและระยะการดูแลที่บ้าน

ระยะการรักษาที่โรงพยาบาล

ช่วงเวลาแรกรับจนถึงช่วง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด

จากสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสภาพที่รู้สึกตัวเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารหรือทำตามคำสั่งได้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล โดยพยาบาลเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือการหายใจ โดยการใส่ท่อระบายหายใจ (endotracheal tube) และใส่เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ดังนั้น การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างช่วงนี้จึงถือเป็นภาวะการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนี้ จึงเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการพยาบาลมีดังนี้

1. **ให้เวลาพูดคุย** การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลพูดระบายสิ่งที่สงสัยหรือคับข้องใจเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อสมาชิกของครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงอย่างกระทันหัน ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ในสภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถสื่อสารได้และต้องหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเกิดข้อสงสัยต่อการหายใจหรือรอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาในการจัดการภายในครอบครัว จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยอย่างกระทันหัน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมากทั้งเป็นห่วงกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและเป็นห่วงครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน มึนงง ดังนั้น ในช่วงเวลาเช่นนี้ การให้เวลาพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลทำให้คลายความวิตกกังวลและอึดอัดใจจากการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. **ให้ข้อมูลเป็นระยะ** การได้รับข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการในช่วงเวลานี้ ได้แก่ 1) โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย 2) ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ 3) การผ่าตัดและแผนการรักษาพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการ

ข้อมูลของครอบครัวในผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า ครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โอกาสรอดชีวิต (ทัศนีย์ และคณะ, 2551; ธารทิพย์ 2541) จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัว ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เหตุผลการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะแรกเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัว ผู้ดูแลต้องการเช่นกัน เป็นต้น ดังเช่น ผลการประเมินระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะการ ประเมินความรู้สึกตัว การบอกผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังเช่นระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด หรือจำนวนปีสภาวะทุก 1 ชั่วโมง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลขณะที่ครอบครัวผู้ดูแลยังอยู่ใน ภาวะสับสนหรือช็อกจากการเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลสั้น ชัดเจน และ ตรงประเด็น (สุดศิริ, 2541)

3. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า ขณะที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัว ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างบางรายมีความกลัวต่อสภาพผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ และสายต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นใน ระยะนี้จึงเริ่มเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมการดูแลตามความต้องการ เช่น ช่วยจับมือ-ขา ผู้ป่วย ช่วยซักผ้าเช็ดตัวและยื่นให้พยาบาลเช็ดตัวผู้ป่วย ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น การเข้ามามีส่วน ร่วมในระยะแรกนี้ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมกันกับที่พยาบาลให้การพยาบาล ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยร่วมกันช่วยให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความมั่นใจและลดความกลัว โดย ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลที่สนใจซักถามอาการเจ็บป่วยและ ความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะรวมถึงการขอช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมจะเพิ่มมา กขึ้น เช่น เช็ดตัว และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ช่วยสังเกตการหายใจ ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมช่วงนี้ยังเป็นการให้เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล

4. ประเมินครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ การดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในระยะแรกเมื่อเข้ารับรักษาที่ โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด จึงทำให้เวลาส่วนใหญ่มุ่งไปที่การดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผลให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล ถูกกละเลย การพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วย ผ่านพ้นช่วงเวลาช็อกและปฏิเสธ การเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด การยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยจะเป็นผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้าสู่การร่วมมือ ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลได้รับข้อมูลเป็นระยะ และได้มีโอกาสมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลประเมินครอบครัวผู้ดูแล โดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรมการ ปรับตัว การประเมินปัญหาและความต้องการรวมถึงการประเมินการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมเป็นระยะ

ช่วงภายหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถึงจำหน่ายกลับบ้าน

จากสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น และสัญญาณชีพคงที่ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้าสู่แผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถหายใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นระยะที่เข้าสู่การฟื้นฟูสภาพกิจกรรมการพยาบาล คือ

1. **ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง** การให้ข้อมูลช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ช่วงเวลาการฟื้นฟูสภาพจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาระดับความสามารถของผู้ป่วยและแผนการฟื้นฟูสภาพขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน การให้ข้อมูลช่วงนี้ ได้แก่ 1) วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) การให้อาหารผู้ป่วย 3) การบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา และ 4) การฟื้นฟูความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังเปิดโอกาสซักถามและให้เวลาพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย

2. **มีส่วนร่วมในการวางแผน** ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพจากพยาบาลและทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตามมีการศึกษา พบว่า ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลจะช่วยพัฒนาความสามารถการดูแล สร้างความมั่นใจและเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (โสพรรณ, 2544) ดังนั้นพยาบาลจึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. **ฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน** จากการศึกษา การพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถการให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งได้รับการพัฒนาตั้งแต่เริ่มแรก โดยการให้ข้อมูลและเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้อาหาร การฟื้นฟูสภาพที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการฝึกเพิ่มเติม ได้แก่ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ดังนั้น พยาบาลจึงประสานงานกับแพทย์และนักกายภาพบำบัดในการส่งกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลฝึกการบริหารกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลได้รับการฝึกกับนักกายภาพบำบัดขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการบริหารกล้ามเนื้อจากนักกายภาพบำบัด พยาบาลทำหน้าที่ในการประเมินความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

4. **ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ** การพัฒนาความสามารถการให้การดูแลให้กับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ คือ การจัดบรรยากาศให้มีการประเมินผลร่วมกันระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง การประเมินผลร่วมกันนี้จะเป็นการประเมินผลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและการประเมินผลตนเองในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล การประเมินผลร่วมกันก่อให้เกิดบรรยากาศสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่น ความไว้วางใจกัน อีกทั้งยังเป็นการฝึกการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองของผู้ดูแล (สุคศิริ, 2541) การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเปิดเผย

ความรู้สึกรู้สึกของตนเองและกล้าซักถามในข้อสงสัย การสร้างบรรยากาศนี้โดยการที่พยาบาลจัดกลุ่มผู้ดูแล ประเมินผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง โดยการพูดคุยกับพยาบาลและผู้ป่วยที่มี ลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังจัดให้มีการประเมินผลระหว่างพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถให้การดูแล

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จากการศึกษา พบว่า มีกลยุทธ์เพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนี้

1. **สร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความเชื่อมั่น** การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวตั้งแต่วันแรกเมื่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล โดยการให้ความสนใจครอบครัวเช่นเดียวกับผู้ป่วย สังเกตและซักถามถึงความต้องการของครอบครัว ขณะที่ดูแลผู้ป่วยการบอกถึงการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับและบอกถึงความก้าวหน้าของการรักษาและอาการเป็นระยะ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์และพยาบาล จะทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. **การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแล** การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่นการช่วยจับผู้ป่วย การบอกให้สัมผัสผู้ป่วยและบอกผู้ป่วยที่ทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมหรือกลับบ้าน หรือร่วมเช็ดตัว พลิกตะแคงตัว หรือดูแลอื่นๆ จะสร้างความรู้สึกรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน

3. **สะท้อนคิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง** กลยุทธ์การสะท้อนคิดกับครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จะช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เมื่อครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลให้เวลากับครอบครัวผู้ดูแลในการพูดคุยและสะท้อนคิดการเรียนรู้ถึงสิ่งที่ได้ฝึกดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลคิดและตัดสินใจด้วยตนเองจะเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ระยะการดูแลที่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ เน้นแนวคิดของการมีส่วนร่วม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีระบบการดูแลที่ประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ระบบการดูแล มีดังนี้

1. **ระบบการดูแลภายในครอบครัว** ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คุณภาพการดูแลที่ดีย่อมขึ้นกับทักษะการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลและระบบสนับสนุน ดังนั้นพยาบาลจะต้องสนับสนุนการดูแลภายในครอบครัว ดังนี้

1.1 เสริมทักษะการดูแล การปรับสถานที่จากโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่มีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือมาเป็นการดูแลที่บ้าน โดยไม่มีใครช่วยตัดสินใจและแก้ปัญหา ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจ ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน และให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นจากการศึกษา พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการการดูแลที่บ้าน ปัญหาที่พบ ได้แก่ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน-ขา และการเข้าใจถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย การสื่อสาร จากการศึกษ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 ราย มีปัญหาการสื่อสารในระยะแรก ดังนั้นการเสริมทักษะการดูแลจึงเน้นการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา และการอธิบายถึงสภาพอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปพร้อมทั้งบอกวิธีการดูแล สำหรับการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลทุกคนให้หมอนวดหรือหมอบ้านมานวดและจับเส้นให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมักให้หมอนวดมานวด โดยมีความเชื่อว่า การนวดจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (สุตศิริ, 2541, เพลินพิศ และคณะ 2552)

1.2 ให้ความรู้ครอบครัว จากการศึกษ พบว่า ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่รู้สึกตัวแต่สับสนและรู้สึกตัวดี สมาชิกในครอบครัวบางคนเกิดความรู้สึกลัวไม่รู้ว่ามีส่วนช่วยผู้ดูแลอย่างไร ดังนั้นพยาบาลประเมินความรู้และทักษะการดูแลและสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมในครอบครัว โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นบางทักษะ เช่นการให้อาหารทางสายยาง สอนวิธีการพุงผู้ป่วย หรือบริหารร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น

1.3 เสริมกำลังใจ การศึกษ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการช่วยเหลือจากพยาบาลดังเช่นรักษาที่โรงพยาบาล ร่วมกับการต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพา ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า บางครั้งรู้สึกถึงการเป็นภาระของการดูแล ดังนั้นพยาบาลที่เยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ โดยการพูดเป็นกำลังใจ บอกความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะ พูดคุยซักถามและให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ดูแล

2. ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการศึกษาระยะเตรียมก่อนการวิจัย โดยการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน 2 ชุมชน พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชนต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท ลักษณะการช่วยเหลือของผู้นำชุมชนมีได้หลายลักษณะ ดังนี้

1) **เยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ** จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนทั้งสองชุมชน พบว่า การเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจเป็นระยะ เป็นสิ่งที่ผู้นำชุมชนสามารถมีส่วนร่วม จากการศึกษสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล พบว่า เป็นความต้องการเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการช่วยเหลือจากพยาบาลดังเช่นในโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการดูแลและตัดสินใจแก้ปัญหาเพียงผู้เดียว การมีกลุ่มผู้นำชุมชนไปเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ ทำให้เกิดกำลังใจ ดังนั้นการจัดระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดผู้นำชุมชนเยี่ยมเยียนเป็นระยะจึงเป็นวิธีการหนึ่ง

2) เป็นที่ปรึกษา ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านย่อมก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ดูแล ปัญหาที่พบมีทั้งปัญหาที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยและปัญหาการจัดการ เช่น ขาดผู้ช่วยเหลือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือไปนวด ปัญหาการเงิน เป็นต้น ผู้นำชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือ และเสนอแนวทางแก้ปัญหาแก่ครอบครัวผู้ดูแลได้

3) ช่วยหาคนช่วยดูแล ในสถานการณ์ที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย บางครั้งพบปัญหาการดูแล นอกจากนี้เมื่อกลับไปอยู่บ้านครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ผู้นำชุมชนสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย หรือหาคนช่วยดูแลช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องทำงาน จากการศึกษา พบว่าครอบครัวผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีอาชีพทำสวนยางต้องออกจากบ้านไปตัดยางช่วงกลางคืนหรือช่วงหัวรุ่ง (ช่วงเวลาประมาณ 03.00 น. ถึง 05.00 น.) ดังนั้นผู้นำชุมชนอาจหาคนช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องทำงาน อย่างไรก็ตามจากการศึกษา ชุมชนหนึ่งซึ่งมีผู้นำชุมชนนับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ผู้นำชุมชนที่เป็นผู้ชายไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นเพศหญิงได้ ดังนั้น การจัดหาคนผู้ดูแลแทนช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องไปทำงานควรคำนึงถึงวัฒนธรรมและศาสนาของแต่ละครอบครัว

4) จัดหาสิ่งของที่จำเป็น การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพที่บ้านครอบครัวอาจต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ หรือต้องปรับสภาพบ้านให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างเต็มที่ เช่น การมีราวเกาะเดิน ไม้เท้า (walker) ผู้นำชุมชนสามารถจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นและมอบให้กับครอบครัวตามความจำเป็น

3. ระบบการบริการสุขภาพในชุมชน การพัฒนาความสามารถในการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เช่น พยาบาลจากสถานีอนามัย เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่พบคือ เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลไม่ทราบว่ามิผู้ป่วยใหม่ในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อ โดยมีเอกสารไปยังสถานีอนามัยโดยตรง หรือให้ครอบครัวผู้ดูแลนำเอกสารไปยังสถานีอนามัยด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาหาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการสนทนากลุ่ม โดยมีได้ศึกษาโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา จึงเสนอเป็นแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง คณะผู้วิจัยขอเสนอบทสรุปและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกันของคณะผู้วิจัย พยาบาล ครอบครัวผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล และผู้ป่วยจำนวน กลุ่มละ 10 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการวิเคราะห์องค์ความรู้จากโครงการย่อยระยะที่ 1 และสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้นำชุมชนสองชุมชนเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน หลังจากนั้นได้ศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนถึงแพทย์จำหน่ายและต่อเนืองที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้าน

รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

ผลการศึกษา สามารถกำหนดรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง โดยระบบบริการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการรักษาที่โรงพยาบาล และระยะการดูแลที่บ้าน ดังนี้

1. การบริการพยาบาลระยะการรักษาที่โรงพยาบาล

1.1 ช่วงแรกเริ่มเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลถึงช่วง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด ช่วงเวลานี้ ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามถือเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวเช่นกัน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอย่างกระทันหันและรุนแรง การพยาบาลในระยะนี้ จึงประกอบด้วย 1) ให้เวลาพูดคุย 2) ให้ข้อมูลเป็นระยะ 3) เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ 4) ประเมินครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ

1.2 ช่วงภายหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดถึงจำหน่ายกลับบ้าน ช่วงเวลานี้ เป็นระยะการฟื้นฟูสภาพจาการอยโรคหลงเหลือ เช่น กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน สูญเสียความสามารถในการคิดและจำ เป็นต้น การพยาบาลในระยะนี้จึงประกอบด้วย

1) ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ 4) ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ

2. การบริการพยาบาลระยะการดูแลที่บ้าน การพัฒนาความสามารถให้การดูแล ยังจำเป็นต้องมีระบบพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลเป็นผู้เยี่ยมชมครอบครัวที่บ้าน กำหนดเวลาการเยี่ยมในระยะแรก เป็นการเยี่ยมสัปดาห์ละ 1-2 วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง จนกว่าครอบครัวผู้ดูแลประเมินความสามารถตนเองว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับการพยาบาลในระยะนี้ ประกอบด้วย 1) เสริมทักษะการดูแล 2) ให้ความรู้ครอบครัว และ 3) เสริมกำลังใจ

การบริการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย พยาบาลจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความเชื่อมั่น การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแล และสะท้อนคิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจมีหลายลักษณะ ได้แก่ การเขียนเขียนและให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา การหาคนช่วยดูแล และการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นให้ครอบครัวและผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดระบบบริการพยาบาลที่โรงพยาบาล ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลควรกำหนดการประเมินความต้องการการมีส่วนร่วม รวมถึงปัญหาหรือความต้องการอื่นๆ และกำหนดแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการแต่ละครอบครัว

2. การจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นหน่วยที่สำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองและอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้นระบบบริการพยาบาลควรมีระบบการส่งต่อที่ชุมชน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- โฆมพักตร์ มณีวัต. (2540). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทัศนีย์ ขุนพัฒนากุล, สุดศิริ หิรัญชุมพะ และกิตติกร นิลมานัด. (2551). ความต้องการการดูแลและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 28(2), 1-21.
- ธารทิพย์ วิเศษฐาน. (2541). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, จารุวรรณ มานะสุรการ และสุดศิริ หิรัญชุมพะ. (2551). ประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพทางไกลของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 31(3), 21-33.
- ศรีรัตน์ อินเกต, เกษิณี เพชรศรี และโฆมพักตร์ มณีวัต. (2552). ความต้องการและการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 27(1), 73-80.
- สงวนสิน รัตนเลิศ (บรรณาธิการ). (2546). การบาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- สิริลักษณ์ จันทะระ. (2541). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สิริวรรณ เตี้ยวสุรินทร์. (2541). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. โครงการตำราพื้นฐานคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดธิดา รัตนสมาน. (2542). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- โสพรรณ โปะทะยะ. (2544). รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, J. M. (1991). Home care management in chronic illness and the self-care movement: An analysis of ideologies and economic process influencing policy decisions. *Advances in Nursing Science*, 12(2), 71-83.
- Black, J. M., & Matassarin-Jacob, E. (1993). *Luckman and Sorenson's medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Brown, P. L. (1996). The burden of caring for a husband with alzheimer's disease. *Home Health care Nurse*, 9(3), 33-38.
- Cloonan, P. A., & Belyea, M. J. (1993). Limits of using patient characteristics in predicting home health care coordination. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 742-751.
- Dudas, S. (1986). Nursing diagnosis and interventions for the rehabilitation of the stroke patient. *Nursing Clinics of North America*, 21(2), 345-357.
- Hicky, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304.
- Jennett, B., & Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. *The Lancet*, 305(7905), 480-484.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planners*. Victoria: Deakin University Press.
- Lauri, S. (1982). Development of the nursing process through action research. *Journal of Advanced Nursing*, 7(4), 301-307.
- McTaggart, J. (1991). Principles for participatory action research. *Adult Education Quarterly*, 41(3), 168-187.

- Mower, D. M. (1997). Brain attack: treating acute ischemic CVA. *Nursing*, 27(3), 34-39.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concept of practice*. St. Louis: Mosby Year book.
- Pallet, P. J. (1990). A conceptual frame for study in family caregiver burden in Alzheimer's type dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 52-58.
- Rose, L. E. (1997). Caring for caregivers: Perceptions of social support. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(2), 17-24.
- Sheehan, J. (1990). Investigating change in nursing context. *Journal of Advanced Nursing*, 15(17), 819-824.
- Wu, J. J., Hsu, C. C., Liao, Y. S., & Wong, K. Y. (1999). Surgical outcome of traumatic intracranial hematoma at a regional hospital in Taiwan. *The Journal of Trauma*, 47(1), 39-43.
-

ภาคผนวก

SUB.EC ๕๐/2545



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่
 จังหวัดสงขลา 90110.

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

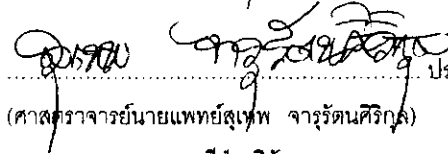
โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของ
 ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท

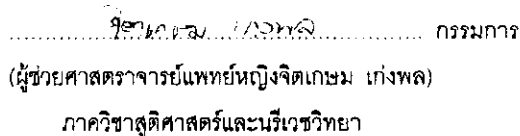
หัวหน้าโครงการ : ดร.สุดศิริ นิรัญชุนนะ

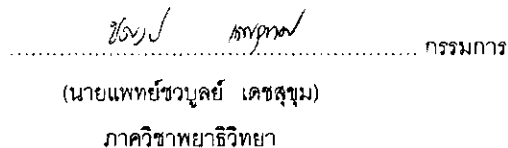
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

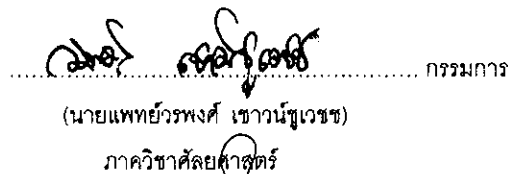
ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนจากเวช
 ระเบียนและสิ่งส่งตรวจจากร่างกายมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

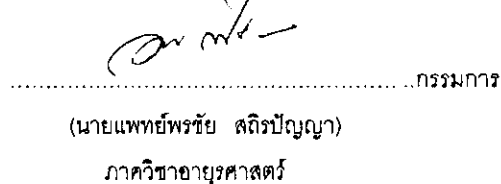
ให้ไว้ ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2545


 กรรมการ
 (ศาสตราจารย์นายแพทย์สุเทพ จารุรัตนศิริกุล)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย


 กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตเกษม เก่งพล)
 ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา


 กรรมการ
 (นายแพทย์ชวบูลย์ เดชสุเม)
 ภาควิชาพยาธิวิทยา


 กรรมการ
 (นายแพทย์วรพงศ์ เขาวนัญเวชช)
 ภาควิชาศัลยศาสตร์


 กรรมการ
 (นายแพทย์พรชัย สติธิปัญญา)
 ภาควิชาอายุรศาสตร์

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุศศิริ หิริชญณหะ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง” เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ญาติผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยครั้งแรกจะเป็นการสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการมีส่วนร่วม การได้มีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

2. ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมินปัญหาสถานการณ์ การหาวิธีการแก้ไขตัดสินใจ และวางแผนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย โดยการประชุมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และลงมือปฏิบัติตามแผน

3. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติและประเมินผลการพัฒนาแบบ ญาติผู้ดูแลและจะตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เป็นระยะ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในกระบวนการพัฒนาแบบครั้งนี้ ดิฉันขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ หรือประชุมกลุ่มและถ่ายภาพบางครั้งเพื่อประกอบการศึกษา โดยจะให้ท่านพิจารณาก่อนนำไปใช้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันยินดีให้ความกระจ่างเพิ่ม ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา และถึงแม้ว่าท่านได้เข้าร่วมในการศึกษาแล้ว ท่านก็มีสิทธิที่จะยกเลิกได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลหรือบริการต่างๆ ที่ท่านและผู้ป่วยจะได้รับ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

.....
(นางสาวสุศศิริ หิริชญณหะ)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการ “การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแล
ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง”

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)(นามสกุล).....

ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดย นางสาวสุดศิริ หิรัญชุมพะ หัวหน้าโครงการฯ ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ
(ตั้งใบเชิญชวนให้ร่วม โครงการวิจัยที่แนบมานี้)

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการของโครงการ ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามผู้วิจัยได้ใน
ระหว่างการรักษา หากการกระทำและคำชี้แจงของผู้วิจัยยังไม่เป็นที่เข้าใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่อประธาน
กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โทร. 074 451100) หรือ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (โทร. 074 451010) ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจในการเข้า
ร่วมโครงการ ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธหรือยกเลิกได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่เสียสิทธิในการรับการ
รักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

.....
()

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
()

พยาน

.....
(วัน/เดือน/ปี)

.....
()

แพทย์

.....
(วัน/เดือน/ปี)

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่..... เดือน..... พ.ศ..... เพศ..... อายุ..... ปี

สถานภาพสมรส..... ศาสนา..... ระดับการศึกษา..... อาชีพ.....

รายได้ (ก่อนเจ็บป่วย)..... รายได้ (ขณะเจ็บป่วย).....

สาเหตุของการบาดเจ็บ.....

การวินิจฉัยโรค..... Glasgow Coma Scale.....

การผ่าตัด..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... วันที่รับไว้ในการศึกษา.....

Glasgow Coma Scale..... Ranchos Los Amigos Scale Level..... ในวันที่รับไว้ในการศึกษา

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล..... รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล..... วัน

Ranchos Los Amigos Scale Level Disability Rating Scale.....

การเกิดภาวะแทรกซ้อน

- การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในการศึกษานาน..... วัน
- การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในการศึกษานาน..... วัน
- แผลกดทับ
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในการศึกษานาน..... วัน
- ข้อติดแข็ง
 - ไม่เกิด
 - เกิด ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในการศึกษานาน..... วัน
- อื่นๆ
 - ไม่เกิด
 - เกิด..... ระยะเวลาหลังจากรับไว้ในการศึกษานาน..... วัน

แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
5. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง ค้าขาย
 เกษตรกรรม อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท พอใช้ มีเงินออม มีหนี้สิน
8. ค่ารักษาพยาบาล เบิกได้ ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง
 ได้รับยกเว้นค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ระบุ.....
9. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บิดา มารดา
 สามี ภรรยา
 บุตร อื่นๆ ระบุ.....
10. สุขภาพโดยทั่วไป.....โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
 อาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลผู้ป่วย.....
11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่มี มี
12. ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คนเดียว มีผู้ช่วยเหลือ ระบุ.....
13. ท่านรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยช่วงเวลาใด ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน อื่นๆ ระบุ.....
14. ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ (เช่น ค่าใช้จ่าย ดูแลบ้าน หรือคนในครอบครัว) ระหว่างที่ท่านดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไม่มี มี ระบุ.....
15. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่ที่.....
 ใช้เวลาเดินทางไป-กลับ ระหว่างบ้านพักและโรงพยาบาล.....ชั่วโมง/วัน

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์
การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1. คุณรู้สึกอย่างไรที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยเช่นนี้
2. ขณะที่คุณเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย หากพยาบาลขอให้คุณเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณคิดว่า คุณทำได้หรือไม่
3. หากคุณได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณคิดว่า คุณจะดูแลในเรื่องใดบ้าง
4. อะไรทำให้คุณเข้ามาดูแลผู้ป่วย
5. คุณรู้สึกอย่างไรที่ได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล
6. คุณคิดว่า การที่คุณได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
7. ขณะที่คุณได้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล คุณมีปัญหาหรือข้อจำกัดในเรื่องใดบ้าง จะแก้ไขได้อย่างไร
8. หลังจากได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยแล้ว คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีเรื่องอะไรบ้างที่คุณควรเข้ามาดูแล มีเรื่องที่คุณไม่ควรทำไหม ถ้ามีคืออะไร
9. ญาติผู้ป่วยและพยาบาลจะร่วมมือกันได้อย่างไรในการดูแลผู้ป่วย
10. คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะได้กลับบ้าน
11. คุณพร้อมหรือไม่ที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน
12. ในขณะนี้คุณต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือคุณในเรื่องใดบ้างหรือไม่
13. การที่คุณได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง (รู้สึกว่ามีประโยชน์ รู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกกลัวบ้างหรือไม่)

แบบประเมินความสามารถการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

แบบประเมินความสามารถการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองนี้เป็นแบบประเมินสำหรับเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถให้การดูแล แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินโดยการสังเกตการณ์การให้การดูแลของผู้วิจัยร่วมกับการสัมภาษณ์

กิจกรรม	การปฏิบัติ		บันทึกพฤติกรรม
	ได้	ไม่ได้	
การดูแลพื้นฐาน <ol style="list-style-type: none"> 1. การทำความสะอาดร่างกาย 2. การเช็ดตัวลดไข้ 3. การดูแลความสะอาดขี้ถ่าย 4. การพลิกตะแคงตัว 5. การจัดทำ 6. การเคลื่อนย้าย 			
การดูแลเพื่อการรักษา <ol style="list-style-type: none"> 1. การให้อาหารทางสายยาง 2. การดูแลทางเดินหายใจ <ul style="list-style-type: none"> - ดูดเสมหะ 3. การบริหารกล้ามเนื้อแขน-ขา 			
