



บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวัง
ของผู้ดูแลและพยาบาล

Caregivers' Role in Taking Care of Patients with
Cerebrovascular Disease as Expected
by Caregivers and Nurses.

อรอุษา ชูบุรี

Onoosa Chuburi

๗

เลขหมู่	RC388.5 RA5 ๖๕๖๑ B.2
Bib Key	๑๘๐๕๑
	1 19 S.A. 2539

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2539

3. เมื่อเปรียบเทียบบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเป็นรายข้อ พบว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 33 กิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่าง
ดียิ่ง จากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา
และดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ซึ่งเป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น
ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยขอ
กราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รอง
ศาสตราจารย์ อริญญา เชาวลิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร ที่
กรุณาให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรง
คุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความครบคลุมของเนื้อหาของ
เครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณ คุณศกุนทรรัตน์ ฤทธิสมิตชัย และคุณรุ่งฤดี ศิริรักษ์ ที่ช่วย
วิเคราะห์ข้อมูล จัดพิมพ์วิทยานิพนธ์ฉบับนี้และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลในโรง
พยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่
ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งอำนวยความสะดวก
ความสะดวกเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอด
เลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่เสงี่ยม ชูบุรี คุณพ่อ คุณป้า พี่สาว พี่เขย ที่เป็น
กำลังใจที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้วิจัยมาตลอด ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้า
พยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ทุกท่าน ตลอดจน
คุณภิญญาดา อธิรัตน์ชัย และคุณวัชรวิ นุญศิริวิวัฒน์ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ
แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณพี่ เพื่อน น้อง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ
ลุล่วงด้วยดี สุดท้ายขอขอบคุณมูลนิธิ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุน
ส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้

อรอุมา ชูบุรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
รายการตาราง	(9)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	5
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ	8
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวัง	16
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะฟื้นฟูสภาพ ขณะอยู่โรงพยาบาล	19
3 วิธีการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	34
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	37
	(7)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	38
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	38
การอภิปรายผล	71
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก	97
ภาคผนวก ข	110
ประวัติผู้เขียน	111

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุและศาสนา	39
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความรู้สีกตัว สภาพ ผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกายและการรักษาที่ได้รับนอกเหนือ จากยา	40
3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามโรงพยาบาลและจำนวนวัน ที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันเก็บข้อมูล	41
4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนาและ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	42
5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	43
6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	45
7 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามอายุ ตำแหน่ง ระดับ การศึกษาและสถานที่ปฏิบัติงาน	46
8 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนก/หอที่รับรักษาผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	47
9 ร้อยละของผู้ดูแลที่คาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	48
10 ร้อยละของพยาบาลที่คาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	54
11 บทบาทของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกาย ตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล 3 อันดับแรก	61

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล 3 อันดับแรก	62
13	การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามความคาดหวังของผู้ดูแล และพยาบาล	63

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก เป็นโรคที่พบมากขึ้นในปัจจุบันและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ผลของความเจ็บป่วยพบตั้งแต่มีความพิการเล็กน้อย ไร้สมรรถภาพ มีความเสื่อมถอยทางปัญญา อัมพาตและบางรายเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากนั้นโรคหลอดเลือดสมองยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สูญเสียทรัพยากรบุคคล และทำให้เกิดปัญหาสังคม จากการศึกษาในอดีตพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศต่างๆทั่วโลก 110-270 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศต่างๆอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกันคือประมาณ 100 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2503 มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 100-250 ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ เป็นอันดับ 3 ในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นอกจากนั้นจากการศึกษาของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพบว่า ประเทศไทยมีความชุกของโรค ในปีพ.ศ.2526 เท่ากับ 690 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งก็เป็นค่าที่ใกล้เคียงกับตัวเลขของประเทศต่างๆทั่วโลก (นิพนธ์, 2534 : 2-30) สำหรับโรงพยาบาลหาดใหญ่ การศึกษาย้อนหลังในปีพ.ศ.2533-2535 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆจาก 305 เป็น 387 และ 445 ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลหาดใหญ่, 2533, 2534 และ 2535)

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีมากขึ้น ทำให้โรคบางโรคสามารถรักษาและดำรงสภาพของผู้ป่วยให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยบางกลุ่มกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองด้วย จากการศึกษาของอีแวน (Evans, 1986 : 33-38, อ้างถึงใน นิพนธ์, 2534 : 31-32) เกี่ยวกับอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศต่างๆทางด้านตะวันตก เปรียบเทียบ

ระหว่างปีพ.ศ.2493 กับ พ.ศ.2513 พบว่าอัตราการตายลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากขึ้นและส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรค มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ ร้อยละ 40 มีความพิการเล็กน้อย ร้อยละ 40 มีความพิการมาก และอีกร้อยละ 10 ยังต้องรับการรักษาค่อยๆ ในโรงพยาบาลหรือสถานรักษาต่างๆ (Stroker, 1983 : 360) ผู้ป่วยบางรายมีการอ่อนแรงหรืออัมพาตของแขน ขา ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายมีความผิดปกติในการพูด การสื่อสาร การกลืน การขับถ่าย นอกจากนั้นบางรายยังมีความพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้และมีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ (Beare & Myers, 1994 : 1290-1292; Black & Matassarini-Jacobs, 1993 : 709-714; Scherer, 1991 : 439-440) ผลจากข้อจำกัดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา และต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา อย่างไรก็ตามแม้จะมีความพิการเกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแต่พบว่า การฟื้นตัวจะเริ่มตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรคจนกระทั่งถึง 6 เดือน บางรายอาจมีการฟื้นตัวไปได้เรื่อยๆ ถึง 2 ปี ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวนี้หากมีผู้ช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง กระตุ้นผู้ป่วยในการฝึกทำกายภาพบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในโลกปัจจุบันซึ่งมีจำนวนผู้ต้องพึ่งพา เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่มอบบทบาทในการปกป้อง ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา มีการศึกษามากมายที่เน้นให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแลหรือญาติ เช่น การศึกษาของเดทและคณะ (Date, et al, 1987, อ้างถึงใน ซอลดา, 2530 : 181) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 54 คน ผลปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วกว่าเดิม ส่วนการศึกษาของยูวราณี (2536) ที่ศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันผลกตทับโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 5 คน เตรียมสอนญาติ 1-2 สัปดาห์ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการเกิดผลกตทับในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังการจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างทั้ง 5 คน ไม่เกิดผลกตทับตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ

สุภาภรณ์ (2531) ที่ศึกษาผลของการเตรียมครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 14 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการเตรียมครอบครัวผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับการเตรียมครอบครัว โดยสรุปผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในหลายด้าน เช่น การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพจิตใจทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน

ในสังคมไทยส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวและเนื่องจากลักษณะครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้นผู้ดูแลจึงอาจเป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตรหรือหลาน ฯลฯ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย โดยสมาชิกคนอื่นต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล และเนื่องจากสังคมไทยมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวค่อนข้างจะแน่นแฟ้น ตามบรรทัดฐานของสังคม พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง จึงมักคาดหวังจะให้บุตรหลานดูแล เอาใจใส่ ช่วยเหลือยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย (กรรณิกา, 2537 : 169; นภาพร, โนเดล และศิริวรรณ, 2533 : 24) ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มคนในสังคมวัฒนธรรมเดียวกันก็ย่อมคาดหวังที่จะเห็นบุตร หลาน ญาติพี่น้องมาเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ภายใต้การช่วยเหลือสนับสนุนของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2536 : ข.2) ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลมักคาดหวังให้บุตรหลานหรือผู้ดูแลใกล้ชิดให้ความรัก ความเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีมากกว่าผู้อื่น และคาดหวังว่าเมื่อสอน แนะนำสิ่งใดญาติจะสามารถปฏิบัติตามคำรับการรักษาในการดูแลผู้ป่วยได้ (กรรณิกา, 2537 : 169) แต่เนื่องจากความคาดหวังเป็นไปตามความเชื่อ วัฒนธรรม ระเบียบ ประเพณี ประสพการณ์และปัจจัยอื่นๆ และเหตุการณ์ทั้งหลายอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวัง เพราะญาติต้องเผชิญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตน อันเป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลอาจเหมือนหรือต่างกันได้ หากความคาดหวังสอดคล้อง

กันผู้ดูแลย่อมแสดงบทบาทได้ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้าความคาดหวังไม่สอดคล้องกัน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งในบทบาทจนเป็นสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพโดยเร็วได้ (ทัศนมา, 2525 : 96)

จากเหตุผลต่างๆดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลผู้ดูแลมีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของตนอย่างไร โรงพยาบาลมีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไร ความคาดหวังของบุคคลทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องหรือแตกต่างกันหรือไม่ ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับความคาดหวังให้ตรงกัน เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่โรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของพยาบาล
3. เปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและความคาดหวังของพยาบาลต่อบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลมีความคาดหวังอย่างไรบ้างต่อบทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. โรงพยาบาลมีความคาดหวังอย่างไรบ้างต่อบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความคาดหวังของผู้ดูแลและความคาดหวังของพยาบาล ต่อบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิด

บทบาทเป็นพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหรือหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆ ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับตำแหน่งนั้นๆ (ทัสนา, 2525 : 95; ราณี, 2535 : 14; Hardy and Conway, 1987 : 11) การที่บุคคลจะแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสมเพียงใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้บทบาท ทักษะในบทบาทและความคาดหวังในบทบาทของตนเองและผู้อื่น

ความคาดหวังในบทบาทจะเป็นไปตามความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม บรรทัดฐานของสังคม ประสบการณ์ การเรียนรู้และความต้องการของบุคคล (ทัสนา, 2525 : 96; สิริพร, 2536 : 262; Temple and Fawdry, 1992, อ้างถึงใน สายพิน, 2536 : 5)

ในสังคมไทยเด็กมักได้รับการอบรมสั่งสอนให้กตัญญูรู้คุณพ่อแม่หรือผู้มีพระคุณ โดยเลี้ยงดูเมื่อแก่เฒ่าหรือเจ็บไข้ได้ป่วย สังคมจึงคาดหวังว่าเมื่อมีบุคคลใดเจ็บป่วยย่อมมีบุคคลอื่นหรือสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ พยาบาลก็เป็นกลุ่มคนในสังคมไทยย่อมคาดหวังตามบรรทัดฐานของสังคมเช่นกัน โดยคาดว่าผู้ดูแลเหล่านั้นย่อมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจแต่เนื่องจากความคาดหวังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประสบการณ์ การเรียนรู้และความต้องการของบุคคล ซึ่งพยาบาลอาจนำประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาผนวกกับความคาดหวังดังกล่าว ในขณะที่ผู้ดูแลบางคนต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลอย่างกระตือรือร้นโดยไม่มีประสบการณ์การดูแล ไม่มีการเรียนรู้หรือเตรียมตัวมาก่อน ดังนั้นความคาดหวังของพยาบาลอาจต่างกับความคาดหวังของผู้ดูแล ซึ่งหากความคาดหวังของพยาบาลและผู้ดูแลไม่สอดคล้องกันอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ทำให้เสียภาพพจน์ของโรงพยาบาล ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีทัศนคติไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย และประการสำคัญคือไม่สามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลได้ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพช้า เกิดความพิการมากขึ้น แต่ถ้าความคาดหวังของพยาบาลและผู้ดูแลสอดคล้องกัน ผู้ดูแลก็จะสามารถปฏิบัติบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพเร็วยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล
2. นำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและปรับความคาดหวังให้ตรงกันระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล ในเรื่องการปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ดูแลและพยาบาลคาดหวังไว้ โดยมุ่งศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ของภาคใต้ 3 แห่ง คือ

1. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. โรงพยาบาลหาดใหญ่
3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ของภาคใต้ 3 แห่ง ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวัง
3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ขณะอยู่โรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

สโตรกหรือโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบมากในผู้สูงอายุและวัยกลางคน อัตราการเกิดโรคจะมากขึ้นอย่างชัดเจนตามอายุ อายุ 35-44 ปี และอายุ 75-88 ปี จะมีอัตราการเกิดโรค 0.2 และ 20.0 ต่อประชากร 1,000 รายต่อปี ปัจจุบันแม้ว่าอัตราการเกิดโรคจะน้อยลงเป็น 0.5-1 ต่อประชากร 1,000 ราย แต่กลับพบว่าอัตราการพิการสูงขึ้นเป็นลำดับ จากการศึกษาของแซคโค ในปี 1982 ซึ่งถูกกล่าวถึงในเพอร์ราร์ดและบาร์บารา พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการพิการหลงเหลืออยู่ (กัมมันต์, 2530 : 12; นิพนธ์, 2535 : 31; Black & Matassarini-Jacobs, 1993 : 205; Periard & Barbara, 1993 : 252)

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองก็เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศเช่นเดียวกัน เป็นโรคที่มีอัตราตายสูงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆในระบบ

ประสาทวิทยา พบว่าแต่ละปีมีประชากรไทยเป็นอัมพาตเพิ่มขึ้นปีละ 1 แสนคน (กัมมันต์, 2530 : 12) นอกจากนี้จากการศึกษาของสาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปีพ.ศ.2526 พบว่าประเทศไทยมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 690 คนต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งก็เป็นค่าที่ใกล้เคียงกับประเทศต่างๆทั่วโลก (นิพนธ์, 2531 : 2-21) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยน่าจะมีคามสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าในประเทศต่างๆทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1. คำจำกัดความ

สโตรคหรือโรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ทันทีทันใด (นิพนธ์, 2532 : 2; D'alton and Norris, 1987 : 55) ภายในเวลาอันรวดเร็วเป็นวินาที นาทีหรือชั่วโมง (กิตติ, 2534 : 330) โดยมีสาเหตุมาจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (กิตติ, 2534 : 330; Gorelick, 1986 : 275) ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้นๆ (อรจักร, 2534 : 591)

2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการสั่งงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนั้นการที่สมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง จึงทำให้เนื้อสมองส่วนนั้นถูกทำลายจนได้รับความเสียหาย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จะเห็นได้ว่าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาต่างๆตามมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งพอจะแยกกล่าวในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้คือ

2.1 ด้านร่างกาย ผลจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความผิดปกติได้หลายอย่าง ดังนี้คือ

2.1.1 ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว

การมีเลือดออกในสมอง หรือเนื้อสมองถูกทำลายจากหลอดเลือดในสมองซีกใดซีกหนึ่งมีการอุดตัน จะมีผลให้เกิดความผิดปกติของแขนหรือขาข้างตรงข้าม นั่นคือหากมีพยาธิสภาพในสมองซีกขวาก็ย่อมทำให้เกิดอัมพาตหรืออ่อนแรงของแขนหรือขาข้างซ้าย และในทำนองเดียวกันหากมีพยาธิสภาพในสมองซีกซ้ายจะทำให้แขนหรือขา

ชาวเป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ผลที่ตามมาคือทำให้กล้ามเนื้อเหยียด ขัดแข็ง เสียการวางแนวทรงตัว ความผิดปกติดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว หวีผม การรับประทานอาหาร การเคลื่อนที่ ตลอดจนการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

นอกจากผลกระทบโดยตรงแล้ว ความผิดปกติหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวยังทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น แผลกดทับ ปวดไหล่ การติดเชื้อในทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก กระดูก酥และปัญหาทางด้านจิตใจ

2.1.2 ความผิดปกติในการขับถ่าย

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาท้องผูก ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดท้องผูกก็คือชนิดของอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นอาหารอ่อน มีเส้นใยน้อย ผู้ป่วยบางรายมีความยากลำบากในการเคี้ยว แขนมืออ่อนแรงไม่สะดวกต่อการคักอาหารเข้าปาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่ไม่มากนัก นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนไม่น้อยขาดการฝึกถ่ายอุจจาระ ถูกปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ บางรายมีความพร่องในการสื่อสารที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่จะขับถ่าย การรับรู้สติเสียไป บางรายมีการเคลื่อนไหวน้อยลงประกอบกับไม่มีแรงบังคับถ่าย ทำให้รีเฟล็กซ์ที่จะทำให้ลำไส้ว่างและความรู้สึกอยากถ่ายลดลง ในเวลาต่อมาจึงเกิดอาการท้องผูกอย่างรุนแรงและมีอุจจาระอัดแน่น (เจียมจิต, 2535 : 124-126; หน่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเลิดสิน, 2527 : 599)

นอกจากนี้ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่กระเพาะปัสสาวะทำหน้าที่ผิดปกติ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติดังกล่าวแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ การมีปัสสาวะคั่ง (retention of urine) ซึ่งมีสาเหตุจากการสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา (incontinence urine) (Crater, 1987 : 162) ซึ่งมีสาเหตุมาจากกระเพาะปัสสาวะหดตัวมากขึ้นทำให้ความจุลดลง แต่ที่พบบ่อยก็คือการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา (เจียมจิต, 2535 : 126; Branstater & Basmajian, 1987 : 357-358)

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะจากสาเหตุอื่นได้ เช่น มีความลำบากในการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเพื่อตอบสนอง

ความต้องการในการจับถ่าย มีความสับสน ไม่สามารถใช้กระโถนหรือกระบอกรองปัสสาวะได้ มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ขาดการฝึกให้ถ่ายปัสสาวะตามเวลาและได้รับน้ำไม่เพียงพอ

2.1.3 ความผิดปกติในการติดต่อสื่อสาร

ความผิดปกติของเปลือกสมอง (cerebral cortex) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารหรือสื่อความหมายกับผู้อื่น ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ได้แก่ พูดไม่ได้ (motor aphasia) ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด (sensory aphasia) ทั้งพูดไม่ได้และไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพูด (receptive expressive aphasia) มีความพร่องในการนึกชื่อสิ่งของและการเลือกใช้คำที่เหมาะสม (amnesic aphasia) พูดไม่ชัด ไม่มีระดับเสียง (dysarthria) (เจียมจิต, 2535 : 133; Black & Matassarin-Jacobs, 1993 : 709-711)

2.1.4 ความผิดปกติในการรับรู้และการรับรู้รู้สึก

โดยปกติการรับรู้รู้สึกสามารถสื่อผ่านได้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นและผิวหนัง แต่เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับสมองส่วนพาริเทิล (parietal lobe) ของสมองซีกขวา (non-dominant hemisphere) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ ผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการกระตุ้นตัวรับรู้รู้สึกจากส่วนต่างๆของร่างกายย่อมมีผลให้เกิดปัญหาและความยุ่งยาก เช่น มีความพร่องในการรับรู้ตนเอง ละเลยร่างกายและสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอันตราย ไม่สามารถจำหรือแยกแยะวัตถุหรือสิ่งของที่คุ้นเคยได้ มีความลำบากในการแปลความและไม่เข้าใจความหมายของเสียงที่ได้ยิน การกำหนดระยะทาง รูปร่าง ขนาด สีและความเร็วทำได้ยาก มีความผิดปกติของการมองเห็นและลานสายตา ที่พบบ่อยก็คือการมองเห็นภาพซ้อนและตาบอดครึ่งซีก (homonymous hemianopsia) (เจียมจิต, 2535 : 133; Black & Matassarin-Jacobs, 1993: 709-711)

2.1.5 ความผิดปกติในการเคี้ยวและการกลืน

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงเวอริทีโบรเบซิลลา (vertebrobasilla artery) หรือมีการทำลายของเส้นใยคอร์ทีโคบูลบา (corticobulba fibers) ทั้ง 2 ข้าง หรือมีพยาธิสภาพที่สมองใหญ่ (cerebral hemisphere) ข้างใดข้างหนึ่งหรือมีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง (brain stem) มักจะมีปัญหาในการกลืนลำบาก (เจียมจิต, 2535 : 121) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 45 จะมีปัญหาในการกลืนและมักเกิดขึ้นในระยะแรกของโรค ต่อมาภายหลังผู้ป่วยจะกลืนได้เป็นปกติ ซึ่งส่วนใหญ่การกลืนอาหารที่อ่อนนุ่มจะกลืนได้สะดวกกว่าอาหารที่เป็นน้ำ (Dudas, 1986 : 349) ผู้ป่วยที่มี

ปัญหาในการกลืนมักจะเสี่ยงในการสำลักสูง และกว่าจะตรวจสอบได้ก็มักเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว มีรายงานพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลืนร้อยละ 40 จะมีการสำลักและเกิดการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาในการกลืน จะมีภาวะแทรกซ้อนทางปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต, 2535 : 121)

ผู้ป่วยที่กลืนลำบากอาจมีอาหารตกค้างในปากหรือกระพุ้งแก้ม ซึ่งลักษณะอาการดังกล่าวสามารถสังเกตเห็นได้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมองจะไม่สามารถใช้ลิ้นตัวอาหารในปากอาจก่อให้เกิดการสำลักได้ง่าย

2.1.6 การเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญา

ความคิดปกติของสติปัญญาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองส่วนที่ถูกทำลาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หมดสติ นานกว่า 24 ชั่วโมง มักจะเสียชีวิตภายใน 1 เดือน แต่ก็มีบางรายที่รอดชีวิตมาได้ ร้อยละ 20 จะมีการสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ใน 1 สัปดาห์แรกหลังเกิดโรคบางราย จะมีการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป (recent memory) และบางรายจะสูญเสียความทรงจำเก่า (remote memory) นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายจะมีปัญหาในด้านความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การคิดแปลงความรู้มาใช้ มีช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิ (เจียมจิต, 2535 : 137; Beare & Myers, 1994 : 1290) ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะมีผลขัดขวางต่อการสอนหรือการเรียนรู้เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (Dudas, 1986 : 350)

2.1.7 การเปลี่ยนแปลงเรื่องเพศสัมพันธ์

ได้มีการรวบรวมการศึกษาปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายกรณีด้วยกัน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย และส่วนหนึ่งมีกิจกรรมทางเพศลดลง สาเหตุที่ผู้ป่วยหยุดการมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากการทำกิจกรรมทางเพศเป็นไปด้วยความยากลำบากจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กล่าวว่ามีเพศสัมพันธ์แล้วจะทำให้ตนเองมีอาการทรุดหนักมากขึ้น ไม่มีความรู้สึกรู้สึกต้องการทางเพศ เหนื่อยง่าย สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา และการรับรู้ บางรายไม่สามารถกลั้นอุจจาระและปัสสาวะได้ หรืออาจมีความต้องการทางเพศลดลง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.1.8 การเปลี่ยนแปลงความสมบูรณ์ของผิวหนัง

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้บ่อยเนื่องจากสาเหตุต่างๆหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ความเสื่อมตามวัย ความผิดปกติของสารน้ำในร่างกายและความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย

2.1.9 การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกาย

อุณหภูมิของคนปกติที่จะช่วยให้กระบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกายดำเนินไปได้ตามปกติคือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส สำหรับโรคทางสมองที่ศูนย์กำหนดและควบคุมความร้อน (hypothalamus) ทำหน้าที่ผิดปกติอาจทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นได้ หากอุณหภูมิร่างกายสูงถึง 41 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยมักเกิดอาการชัก และถ้าสูงเกิน 41-45 องศาเซลเซียส สมองจะตายจากความร้อนและไม่สามารถฟื้นคืนมาได้ (Luckman & Sorensen, 1987, อ้างถึงใน สมจิต, 2534 : 31)

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์

บางครั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยร้องไห้เมื่อพยาบาลยื่นแก้วน้ำให้ โดยที่ผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่าร้องไห้ทำไม ผู้ป่วยบางรายคำทอ ตะโกนกล่าวคำหยาบ ขว้างปาทำลายสิ่งของเพราะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นผลมาจากความพิการทางร่างกายที่สมองบางส่วนถูกทำลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองซีกซ้าย (left hemisphere) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ประกอบกับผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ เสริมธุรกิจของครอบครัว สถานภาพทางสังคม รวมทั้งการต้องใช้เวลานานในการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ สิ่งต่างๆดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยได้มาก

ความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยมักแสดงออกในรูปของความกลัว วิตกกังวล โกรธ และซึมเศร้า

ความกลัว ผู้ป่วยมักกลัวการลดบทบาททางสังคม โดยเฉพาะถ้าผลการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม กลัวการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัวหรือสังคม และบางรายกลัวความรุนแรงของโรคที่กำลังคุกคามชีวิต

ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูง อาจเนื่องมาจากความคิดหรือการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะเป็นไปได้ในทิศทางใด เช่น วิตกกังวลว่าถ้าคุณต้องเจ็บป่วยอยู่เป็นเวลานาน ครอบครัวจะประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือบางรายอาจจะวิตกกังวลเกี่ยวกับวิถีชีวิตของตนเองในอนาคต

ความโกรธ เนื่องจากความพินาศที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นไปด้วยความยากลำบาก แม้จะเป็นกิจกรรมง่ายๆ ผู้ป่วยก็ต้องใช้เวลาและพลังงานมากกว่าปกติ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ความซึมเศร้า การที่โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่มีสัญญาณเตือนมาก่อน ร่วมกับการทำลายและมีพยาธิสภาพของสมอง อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียสุขภาพและการสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายออกมาเป็นความซึมเศร้า ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเศร้าเสียใจ หมดหวัง ไร้เหว่ รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ ไม่มีคุณค่า รู้สึกหมดกำลังใจและไม่อยู่ในสภาพที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้

ในการศึกษาวิจัย มีผู้ศึกษาค้นคว้าและทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากมาย เช่น โพลสทินและคณะ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 45 เกิดอาการซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของโรบินสันและคณะ (Robinson, et al, 1984, quoted in Ebrahim, 1990 : 165) ที่พบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 60

ส่วนโพลสทินและคณะ (Folstein, et al, 1977, quoted in Ebrahim, 1990 : 167) ได้ทำการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่มีระดับความพิการเท่ากันผลปรากฏว่าความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีมากกว่าความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกถึง 4 เท่า

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงในการเผชิญปัญหา

เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียอำนาจ การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดและการสื่อสาร การเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก รวมทั้งขาดความเข้าใจในวิถีชีวิตและบทบาทของตนเองในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงออกโดยการไม่ยอมให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เช่น ปฏิเสธไม่ยอมรับประทานยา พยายามดึงอุปกรณ์ช่วยเหลือทาง

การแพทย์ออก ทำร้ายตนเอง กล่าวคำหิหรือโทมผู้อื่นในการเจ็บป่วยของตน

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของความอดทน

ลินสฟอร์ด (Lunsford, quoted in Dudas, 1986 : 354) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความพร่องในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและผู้ป่วยที่มีความพร่องในเรื่องการใช้พลังงาน เช่น ผู้ป่วยโรคปอด โรคหัวใจ จะไม่สามารถคงไว้ซึ่งความทนทานและอดทนตามปกติได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงมักมีความพร่องทั้งสองด้านที่กล่าวมา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความทนทานต่อสิ่งกระตุ้นน้อยลง

2.3 ด้านสังคม

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ

ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจจากโรคหลอดเลือดสมองอาจทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคมลดลงได้ เช่น การที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากพูดกับใคร การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ จนทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ที่พึ่งพา ครอบครัว และสังคมอาจยอมรับผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยบางราย เหมิการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ยากที่บุคคลอื่นจะเข้าใจและยอมรับได้ เช่น มีพฤติกรรมถดถอย ซึมเศร้า แยกตัวเอง อาจจะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวสังคมลดลงได้

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่การงานและอาชีพ

หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปทำงานที่เคยทำอยู่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่ด้วยปัญหาหลายๆอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาการของแขนขา ปัญหาในเรื่องภาวะจิตใจ การรับรู้ การตัดสินใจ ตลอดจนความไม่สะดวก ไม่คล่องตัวในการเดินทางไปกลับจากที่ทำงานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตส่วนใหญ่ไม่ได้กลับเข้าไปทำงานเช่นเดิม จากรายงานของกู๊ดสไตน์ (Goodstein, 1983, อ้างถึงใน อรรถิธร, 2535 : 617) พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ (vocational impairment)

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลตามความคาดหวัง

บทบาทเป็นความมุ่งหมายที่บุคคลอื่นคาดหวัง บุคคลในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งควรกระทำ (ภิญโญ, 2527 : 304) สำหรับทัศน (2525 : 95) ได้กล่าวถึงบทบาทว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ถูกกำหนดขึ้นตามผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่นในสังคมตามกระบวนการสังคม ส่วนราณี (2535 : 14) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า หมายถึงพฤติกรรมตามเงื่อนไขของหน้าที่และความรับผิดชอบ หรือแนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆ ตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อตำแหน่งนั้น ฮาร์ดี้และคอนเวย์ (Hardy and Conway, 1987 : 11) ได้แสดงความเห็นว่า บทบาทหมายถึงตำแหน่ง กลุ่มของความคาดหวังหรือกลุ่มพฤติกรรมที่เกี่ยวกับตำแหน่ง และรัตนา (2533 : 25) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับบทบาทว่าหมายถึงการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ซึ่งในบุคคลเดียวกันอาจมีได้หลายบทบาท ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บทบาทหมายถึงแนวทางที่บุคคลควรปฏิบัติเมื่อดำรงตำแหน่งใดๆ ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามความคาดหวังของตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตำแหน่งนั้น

การดูแลเป็นความห่วงใยอาทรอย่างผูกพันและด้วยความรู้สึกที่มีต่อบุคคลแต่ละคน (Brunner and Suddarth, 1975 : 12, อ้างถึงใน พวงรัตน์, 2531 : 5) สำหรับ ไนเบอร์ก (Nyberg, 1989 : 9) มีความเห็นว่า การดูแลเป็นหน้าที่รับผิดชอบ เป็นภาระและเป็นความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่น ส่วนพรจันทร์ (2525 : 16) ได้ให้นิยามของการดูแลว่า หมายถึงการให้ความรักความเอาใจใส่ เป็นห่วงเป็นใย ให้ความรับผิดชอบต่อผู้อื่น สิ่งใดสิ่งหนึ่ง รวมทั้งความชอบหรือปรารถนาที่จะกระทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเมย์ (May, 1969, อ้างถึงใน พวงรัตน์, 2531 : 4) ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำในลักษณะที่บุคคลมีความเอื้ออาทร ห่วงใย ใส่ใจเกี่ยวข้องด้วยและผูกพันต่อผู้อื่นหรือแสดงถึงความทุกข์และความสุขที่เกิดขึ้นร่วมกัน ดังนั้นจึงสรุปว่า การดูแลหมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำต่อบุคคลอื่นด้วยความรัก ความผูกพัน เอาใจใส่ เป็นห่วงและเอื้ออาทร

จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่าบทบาทการดูแลเป็นพฤติกรรมที่บุคคลควรปฏิบัติต่อบุคคลอื่นด้วยความเอาใจใส่ เอื้ออาทรตามบรรทัดฐานหรือความคาดหวังของตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแล
ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับภาระและความเครียด
ในการเป็นผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของญาติ (Laitinen, 1992 : 1233; Sharp, 1990 : 67)
การศึกษานี้จึงนำผลการวิจัยในเรื่องการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย บทบาท
ของครอบครัว ความคาดหวังต่อบทบาทบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตรมาประยุกต์ใช้กับ
บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย

เสาวณีย์ (2537) ได้ศึกษาการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว
ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ
ระหว่าง 15-60 ปี จำนวน 130 คน โดยการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถาม
เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยบทบาทในการให้คำปรึกษาหรือให้คำ
แนะนำ บทบาทในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคม บทบาทใน
การให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายเมื่อผู้ป่วย เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งก็เป็น
เรื่องของการดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง ผม เล็บ ช่องปาก การทำความสะอาดเสื้อผ้า
เครื่องนอน การดูแลเรื่องอาหาร บทบาทในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ บทบาทในการ
สื่อสารข้อมูลและประสานงาน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีการรับรู้บทบาทเรื่องการ
ดูแลด้านจิตสังคมอยู่ในเกณฑ์สูงเพราะเป็นบทบาทที่สามารถแสดงออกด้วยการเห็นใจ การ
พูดคุย ปลอดภัย แต่บทบาทการช่วยเหลือด้านร่างกายพบว่ายังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างยังไม่เข้าใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสมและยังกลัวต่อการติดเชื้อ
จากการสัมผัส นอกจากนั้นยังคิดว่าหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควร
เป็นแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไลท์เนน (Laitinen,
1993) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรง
พยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 45 คน และผู้ดูแลจำนวน 147
คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจและ
อารมณ์ 17 รายการ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการ
สนับสนุนทางอารมณ์ และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วน
ใหญ่ไม่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกาย มือ เท้า การทำเตียง การ
ออกกำลังกาย การขับถ่าย การแต่งตัว การดูแลความสะอาดในช่องปาก

วิลาวัลย์และประภคิม (2530) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของมารดาและ
พยาบาลต่อบทบาทของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน และมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 60 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กทางด้านร่างกาย กิจกรรมในการดูแลทางด้านจิตใจอารมณ์และ กิจกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและมารดาของผู้ป่วยเด็กมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน กล่าวคือมารดาของผู้ป่วยเด็กสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยได้หรือ ต้องการทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี (1973, อ้างถึงใน วิลาวัลย์และประคิน, 2530 : 21-22) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลและมารดาที่ดูแลบุตรป่วย ในโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 20 คน และมารดาของเด็กป่วย 20 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ให้เลือกว่าแต่ละกิจกรรมเป็นสิ่งที่มารดาควรทำหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณากิจกรรมทั้งหมดโดยส่วนรวมไม่พบความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของพยาบาลและมารดา

ส่วนเมอร์โรว์และจอห์นสัน (Murrow & Johnson, 1968) ได้รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของมารดา 50 คนและพยาบาล 50 คน เกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแล ผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและมารดามีความเห็นแตกต่างกัน โดยมารดามีความต้องการกระทำกิจกรรมต่างๆมากกว่าที่พยาบาลคิด เช่นเดียวกับการศึกษาของแมกโดนัลด์ (MacDonald, 1969) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของพยาบาล 71 คน และจากการสัมภาษณ์/สังเกตการดูแลผู้ป่วยเด็กของบิดามารดา จำนวน 76 คน พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่เต็มใจที่จะช่วยในการดูแลบุตรป่วยมากกว่าที่พยาบาลจะอนุญาตให้ทำ และพยาบาลยังลังเลใจที่จะให้บิดามารดา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพราะคิดว่าอาจทำให้การทำงานวุ่นวายขึ้น (วิลาวัลย์และประคิน, 2530 : 19-21)

แฮงสเลเบน (Hangsleben, 1983 : 265-270) ได้ทำการศึกษาความคาดหวังของบิดาในการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรและการปฏิบัติจริง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาจำนวน 53 คน ใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม พบว่าบิดามีความคาดหวังในการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรสูงกว่าการปฏิบัติจริง เช่นเดียวกับการศึกษาของฮูเมนิคและบูเกิน (Humenick & Bugen, 1987 : 36-39) ที่พบว่าบิดาที่มีบุตรคนแรกจะมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรน้อยกว่าที่เขาคิดไว้ โดยเฉพาะความคาดหวังและการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรในด้านร่างกายจะน้อยกว่าด้านอื่นๆ

ศิริพันธ์ (2536) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังในการเลี้ยงดูบุตรกับการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกจำนวน 100 คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในการมีส่วนร่วมเลี้ยงดูบุตรในวันแรกที่มาเยี่ยมภรรยาและบุตร และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรหลังจากนั้น 2 เดือน โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังและการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรเป็นคำถามชุดเดียวกัน ซึ่งถามเกี่ยวกับกิจกรรมในการเลี้ยงดูบุตร เช่น อาบน้ำ ชักเสื้อผ้า/ผ้าอ้อม ตัดเล็บ การเตรียมที่นอนให้ การแสดงความรัก การหยอกล้อพูดคุยและการดูแลเมื่อลูกป่วย ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาในภาพรวมไม่แตกต่างจากที่คาดหวัง

ผลการศึกษาวิจัยต่างๆดังกล่าวแล้ว จึงยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลภายใต้ความรับผิดชอบที่ต้องพึ่งพา และในสภาพสังคมไทยยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเหมือนหรือแตกต่างระหว่างความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ การศึกษาเรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจและควรศึกษาเป็นอย่างยิ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตมาได้ อาการต่างๆจะเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ส่วนใหญ่จะคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ก็คือการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้สูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมาย 4 ประการ คือ 1) ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น 2) ป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน 3) ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะของร่างกายที่เสียไปให้กลับคืนมา และ 4) ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ตีให้คงไว้

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยนั้นสามารถกระทำได้ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยมาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย โดยความร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่าย ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล

ผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความสำคัญมากในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพราะ การที่ผู้ดูแลมีส่วนสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือและฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น (Stroker, 1983 : 360)

เนื่องจากมนุษย์เป็นหน่วยรวมอย่างผสมผสานของกาย จิต สังคมและวิญญาณ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลควรมีบทบาทในการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมด้วย เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จากผู้ดูแล การฟื้นจากโรคจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Friedman, 1986 : 7)

ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้คือ

1. การดูแลทางด้านร่างกาย

1.1 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล หลักสำคัญในการช่วยเหลือคือ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองมากที่สุด ผู้ดูแลควรช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นมากนัก การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

1.1.1 การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยก็คือช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบถ้วน กลืนง่ายและไม่สำลัก ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเริ่มทดสอบริเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้ป่วย เริ่มจากป้อนน้ำให้ผู้ป่วยจิบครั้งละน้อยๆ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยป้อนน้ำหรือของเหลวอื่นให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้อาหารที่มีความอ่อนนุ่มเมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดีโดยต้องไม่ลืมให้ผู้ป่วยทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลายและความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง (Upright) ลำตัวตั้งฉากกับตะโพก ศีรษะก้มลงเล็กน้อย ประมาณ 45 องศา การป้อนอาหารควรตัดอาหารคำเล็กๆป้อนให้ทางปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วย ให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดเตรียมถาดอาหารให้วางในตำแหน่งที่เหมาะสมตรงหน้าและอยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัด พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์หรือวิธีการกลืนตามที่ได้รับการศึกษา รวมทั้งให้เวลาผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยไม่เร่งให้ผู้ป่วยรีบรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จแล้วควรให้ผู้ป่วยอยู่

ในทำนองอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายยางอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออกหรือหลุด หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยดึงท่อให้อาหารจนเลื่อนตำแหน่งหรือหลุดออกจากจมูกของผู้ป่วย ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ นอกจากนั้นหากผู้ป่วยต้องให้อาหารหรือน้ำทางสายยางจนกระทั่งในระยะกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลควรเตรียมตัวโดยฝึกการให้อาหารทางสายยางจนแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเมื่อต้องกลับไปทำให้ผู้ป่วยที่บ้าน (เจียมจิต, 2535 : 124; Black & Matassarini-Jacobs, 1993 : 721)

1.1.2 การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีปัญหากจากการมีปัสสาวะไหลตลอดเวลาร่วมกับภาวะท้องผูก ดังนั้นผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ให้ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยชาย และใส่ผ้ากันซึมหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ สำหรับผู้ป่วยหญิง ส่วนผู้ป่วยที่สามารถปัสสาวะได้เอง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการขับถ่ายปัสสาวะตามโปรแกรมเวลาที่กำหนดหรือทุก 2-3 ชั่วโมง โดยการเสริฟหมอนอนหรือพาไปห้องน้ำ ในการฝึกควรได้รับการฝึกถ่ายในท่าปกติคือผู้ป่วยหญิงให้นั่งถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยชายให้ยืนถ่ายปัสสาวะ นอกจากนั้นผู้ดูแลควรดูแลผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จำกัดน้ำดื่มที่จะให้แก่ผู้ป่วยในตอนเย็นและกลางคืนเพื่อป้องกันปัสสาวะรดในเวลากลางคืน ดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่ถอดง่ายสะดวกต่อการขับถ่าย จัดวางหมอนนอนไว้ใกล้ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบมาใช้ได้สะดวก ปลอดภัย ให้กำลังใจและประคับ ประคองจิตใจ อารมณ์ เพื่อช่วยให้การขับถ่ายปัสสาวะดำเนินไปได้ด้วยดี และที่สำคัญก็คือ ช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้ป่วยหลังการขับถ่ายทุกครั้ง (Dudas, 1986 : 348; Scherer, 1991 : 440)

การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ หากไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2.5-3 ลิตร/วัน รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีกากเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนั้นผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหัดถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาสม่ำเสมอทุกวัน เวลาที่เหมาะสมในการฝึกขับถ่ายคือหลังอาหารเช้า ดังนั้นปริมาณของ

อาหารเข้าจึงควรมากพอที่จะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวได้ หรืออาจถือเอาเวลาปกติในการขับถ่ายของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเกณฑ์ก็ได้ (ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเสด็จสิน, 2527 : 600) ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปถ่ายในห้องน้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยเดินลำบากควรจัดให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระที่เตียง โดยการเสริฟหมอนอนให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งจัดสถานที่ให้มีคิซิด การจัดทำควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งซึ่งจะช่วยให้มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการเคลื่อนไหวตัวของอุจจาระ ขณะขับถ่ายไม่รบกวนผู้ป่วย และควรให้เวลามากพอควร ประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันหรืออุจจาระอัดแน่นจนเป็นก้อนแข็ง จำเป็นต้องได้รับการสวนอุจจาระหรือล้างทุก 2-3 วัน และเมื่อผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเสร็จควรช่วยหรือทำความสะอาดบริเวณก้นให้แก่ผู้ป่วยด้วยสำลีที่อ่อนนุ่มและเช็ดให้แห้งทุกครั้ง สิ่งสำคัญที่สุดในเรื่องการขับถ่ายก็คือ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยต้องการขับถ่ายต้องรีบเสริฟหมอนอนหรือพาผู้ป่วยไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอหรือผลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหยาบปวดและมีการดูดซึมน้ำในอุจจาระกลับ ทำให้อุจจาระแข็งได้

1.1.3 การดูแลความสะอาดร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองมากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ดูแลควรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

1.1.3.1 ผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆและน้ำสะอาด ล้างสบู่ออกให้หมดแล้วซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

1.1.3.2 ผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเองเช็ดตัวบนเตียงได้ ผู้ดูแลเตรียมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเริ่มกระทำตั้งแต่แปรงฟัน ล้างหน้า เช็ดหน้า เช็ดแขนขาและลำตัวโดยผู้ดูแลช่วยเช็ดบริเวณหลังหรือบริเวณที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึง

1.1.3.3 นอกจากการทำความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลอาจช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดเล็บมือ เล็บเท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตของแขนขา

1.1.4 การแต่งกาย ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่อาจมีความยากลำบากในการแต่งกาย ผู้ดูแลควรส่งเสริมและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดย

1.1.4.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการสวมใส่รองเท้าและถุงเท้าตามวิธีการที่ฝึกไว้

1.1.4.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ทักษะในการแต่งตัว ตามวิธีการที่ฝึก

อาชีพบำบัดได้ฝึกไว้

1.1.4.3 จัด/แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่-ถอดได้ง่าย สะดวก หลวมๆ ใสบาย

1.1.4.4 อยู่ใกล้ๆ คอยให้ความช่วยเหลือหากผู้ป่วยทำไม่ได้จริงๆ

1.1.4.5 ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถแต่งตัวได้สำเร็จ

1.1.5 การนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจเกิดความเครียด วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีการนอนที่ขี้กขย่อน ผู้ดูแลจึงควรให้ความช่วยเหลือโดยการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด น่านอน ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสงสว่าง กลิ่น พร้อมทั้งจัดทำนอนที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอก และให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวันซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตื่นในช่วงกลางวัน และสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน รวมทั้งผู้ดูแลควรช่วยค้นหาสาเหตุที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยและหาทางจัดสาเหตุดังกล่าว (เจียมจิต, 2535 : 219-220)

1.1.6 ความเพลินเพลินบันเทิง ในชีวิตประจำวันมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการเวลาสำหรับการพักผ่อน แต่สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในโรงพยาบาลจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถจัดหาความบันเทิงให้แก่ตนเองได้ ผู้ดูแลเป็นบุคคลใกล้ชิดที่รู้อุปนิสัยใจคอของผู้ป่วย จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายตามความต้องการ โดยอ่านหนังสือหรือวารสารที่ผู้ป่วยชอบให้ฟัง เปิดวิทยุ โทรทัศน์ ให้ผู้ป่วยฟัง/ดูตามรายการที่ชอบหรือสนใจ หรือหากิจกรรมอื่นๆ ให้ผู้ป่วยทำโดยไม่ขัดต่อข้อจำกัดของร่างกาย เช่น พาผู้ป่วยเดินเล่น

1.2 การดูแลความพร่องในด้านต่าง ๆ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติมากมาย เช่น บางรายไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญา รวมทั้งการรับรู้ต่างๆ ดังนั้นจึงควรให้การดูแลผู้ป่วยดังนี้

1.2.1 การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารจะรู้สึกกับข้องใจมากเนื่องจากไม่สามารถแสดงออกซึ่งความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบหรือเข้าใจได้ ผู้ดูแลจึงควรดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะคับข้องใจโดยยึดหลักในการปฏิบัติดังนี้ (เจียมจิต, 2535 : 176-178; อรัญญา, 2528 : 119; Scherer, 1991 : 440)

1.2.1.1 ใช้ภาษาหรือประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน ชัดถ้อย ชัดคำ อาจจะเน้นเนื้อหาตอนที่สำคัญ และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ฟังตระหนกไว้ว่าความเข้าใจในภาษาของผู้ป่วยจะดี ถ้าเอ่ยถึงเหตุการณ์หรือพูดถึงสิ่งต่างๆที่แวดล้อมผู้ป่วยและเขาคู้นเคย

1.2.1.2 ควรถามทีละคำถามหรือทีละอย่าง เพราะการถามหลายคำถามหรือการสั่งให้ผู้ป่วยทำหลายอย่างในเวลาเดียวกันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนได้

1.2.1.3 อย่าบีบบังคับ บังคับให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย เพราะอาการอะพาเซียจะเสถียรลงได้ถ้าผู้ป่วยเหนื่อยล้า กังวล หรือ อารมณ์เสีย

1.2.1.4 ควรระมัดระวังท่าทีที่แสดงต่อผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทางการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมขณะสื่อสารกับผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทางล้อเลียนผู้ป่วย

1.2.1.5 ตั้งใจฟังและมีความอดทน ไม่ควรถามคำถามโดยไม่รอหังคำตอบและหากผู้ป่วยพูดผิดไม่ควรว่ากล่าว คำนิ ลงโทษ แสดงอาการรำคาญ กระทบกระวาย หรือเข้มงวดกับคำผิดจนเกินไป แต่ควรให้เวลาและกำลังใจให้ผู้ป่วยใช้ความพยายามแก้ไขสิ่งที่ผิด ต่อไป

1.2.1.6 ควรแสดงความยกย่องผู้ป่วยตามสมควร ในการสนทนากับผู้ป่วยควรสนทนาเหมือนสนทนากับผู้ใหญ่ทั่วไป ไม่ใช่คำพูดหรือท่าทางการสนทนาเหมือนกำลังพูดอยู่กับเด็กหรือดูแล้วทำให้ผู้ป่วยรู้สึกค้อยลง

1.2.1.7 ไม่แสดงท่าทางรีบเร่งหรือเร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย แต่ควรให้เวลาผู้ป่วยในการสื่อสารอย่างเต็มที่ เพื่อให้เวลาผู้ป่วยในการหาคำที่จะพูดหรือแสดงออกถึงความรู้สึกที่ต้องการ

1.2.1.8 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพูดโดยพูดซ้ำๆ ชัดถ้อยชัดคำ อาจเป็นประโยคหรือวลีสั้นๆก็ได้ เช่น กระตุ้นให้พูดคำว่า สวัสดี ขอบคุณ

1.2.1.9 บรรยากาศในการสื่อสารควรสงบเงียบอย่าสนทนาขณะที่กำลังมีเสียงอึกทึก

1.2.1.10 ขณะที่มีการสื่อสารไม่ควรมีกิจกรรมอย่างอื่นมาแทรกหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการขัดขวางการสื่อสารของผู้ป่วย

1.2.1.11 การสื่อสารแต่ละครั้งไม่ควรนานเกินไป

1.2.1.12 ในการสื่อสารพยายามสบตากับผู้ป่วยและใช้ท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าประกอบการพูด นอกจากนั้นควรยืนอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วย

สามารถมองเห็นได้เพื่อช่วยการสื่อภาษาให้เข้าใจยิ่งขึ้น

1.2.1.13 ใช้เสียงพูดที่เป็นปกติ นุ่มนวล น้ำเสียงอ่อนโยนเป็นกันเอง ไม่ส่งเสียงดัง ตะโกนหรือขึ้นเสียงสูงกับผู้ป่วย

1.2.1.14 ช่วยแปลความหมายเมื่อจำเป็นเพื่อให้เกิดความกระจรวบยอดและความเข้าใจ

1.2.1.15 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือเขียนได้ วิธีที่ดีที่สุดที่จะใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยก็คือ การใช้คำถามที่สามารถตอบได้ด้วยคำว่า "ใช่" และ "ไม่ใช่" กระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบคำถามโดยการใช้สัญลักษณ์แทน เช่น ให้พยักหน้าเมื่อต้องการตอบว่า "ใช่" และสั่นศีรษะเมื่อต้องการตอบว่า "ไม่ใช่"

1.2.1.16 เตรียมอุปกรณ์ รูปภาพต่างๆไว้ในการสื่อสาร เพราะถ้าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการพูดอาจให้เขาชี้ที่รูปภาพแทน หรืออาจใช้การเขียนร่วมด้วยก็ได้

1.2.1.17 ถ้าไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ควรมีความซื่อสัตย์ที่จะแสดงให้ผู้ป่วยทราบถึงความไม่เข้าใจ อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่พยายามที่จะพูดซ้ำควรหยุดพักเรื่องนั้นไว้ก่อน และทำให้ผู้ป่วยแน่ใจว่าจะกลับมาพูดอีกครั้งถ้าผู้ป่วยต้องการ

1.2.1.18 สนับสนุนให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพูดได้ดีขึ้น

1.2.2 การรับรู้และรับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้และรับความรู้สึกมักมีปัญหาเกี่ยวกับการละเลยร่างกาย คาบอดครึ่งซีก มองเห็นภาพซ้อน เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดเนื่องจากความพร่องในการมองเห็น เจียมจิต (2535 : 172-175) ได้เสนอหลักในการปฏิบัติดังนี้คือ

1.2.2.1 จัดสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางของมีคมหรือสิ่งกีดขวางที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ในการจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ควรวางทางด้านที่เป็นอัมพาต พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักตำแหน่งและสิ่งของเครื่องใช้ที่วางอยู่รอบตัว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายและสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาตมากขึ้น

1.2.2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหันมามอง ลูบไล้ เรียกชื่อและระมัดระวังร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตเท่าๆกับ

ด้านดี นอกจากนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยกวาดสายตาไปรอบๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้ การช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยกวาดสายตาไปรอบๆ การแนะนำตำแหน่งลักษณะของถาดอาหารและชนิดของอาหารที่อยู่ในถาดแต่ละช่อง จะทำให้ผู้ป่วยเห็นถาดอาหารได้ทั้งหมด นอกจากนั้นการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นจุดสำคัญหรือเครื่องหมายต่างๆ ระหว่างการเดินทาง จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่สับสน หลงทางได้ง่าย

1.2.2.3 ในการเข้าหาผู้ป่วย ควรเข้าทางด้านที่เป็นอัมพาต

1.2.2.4 ช่วยบีบนิ้วหรืออุบลี้แขน ขาข้างที่เป็นอัมพาตให้ผู้ผู้ป่วย

บ่อยๆ

1.2.2.5 กระตุ้นการรับสัมผัสของผู้ป่วยโดยการให้สัมผัสสิ่งของที่มีอุณหภูมิและความหยาบละเอียดแตกต่างกัน

1.2.2.6 หลีกเลี่ยงการให้อาหารร้อนเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

1.2.2.7 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้ลิ้นกวาดอาหารที่อยู่ในปากบริเวณกระพุ้งแก้มด้านที่เป็นอัมพาตเพื่อป้องกันอาหารตกค้าง

1.2.3 สถิติปัญหา ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสติปัญญาจะมีช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิ บางรายมีการเปลี่ยนแปลงของความทรงจำ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีหลักในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (เจียมจิต, 2535 : 179)

1.2.3.1 เรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งที่อยู่ด้วยกับผู้ป่วย

1.2.3.2 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็น

1.2.3.3 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีจดบันทึกช่วยความจำเสมอ เช่น ทำโน้ตย่อ จดสิ่งต่าง ๆ ลงในการ์ด

1.2.3.4 เตรียมหนังสือหรือเทปบันทึกข้อมูลต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือข้อควรปฏิบัติให้ผู้ผู้ป่วยได้อ่านหรือฟังซ้ำๆอยู่เสมอ

1.2.3.5 ให้ความเวลาผู้ป่วยในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยซักถามถ้าไม่เข้าใจ

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย ผู้ป่วยที่มีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้อุณหภูมิร่างกายต่ำลงโดยเช็ดตัวด้วยน้ำเย็นเพื่อให้เป็นตัวพาความร้อน ใช้ผ้าชุบน้ำวางบริเวณข้อพับ และให้

ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 3 ลิตรต่อวัน

1.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดมากมายทั้งด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายและด้านสติปัญญาการรับรู้ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก เช่น เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆ รวมทั้งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลวและข้อติดแข็ง

1.3.1 การดูแลผิวหนังและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลควรดูแลผู้ป่วยโดยใช้ฟองน้ำบางๆปูรองที่นอน ใช้หมอนนุ่มๆบางๆรองบริเวณปุ่มกระดูกช่วยหรือให้ผู้ป่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง ไม่นอนทับข้างที่เป็นอัมพาต นานเกิน 30 นาที สังเกตผิวหนังที่ถูกกดทับและบริเวณใกล้เคียงทุกครั้งที่เปลี่ยนท่านอน นวดผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่ถูกกดทับด้วยโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกเพื่อกระตุ้นให้มีการหมุนเวียนโลหิตดีขึ้นและป้องกันผิวหนังแห้งแตก ในขณะที่เดียวกันควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร น้ำและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างเซลล์ของเนื้อเยื่อ สิ่งที่ต้องระวังก็คือการใช้หมอนหรือยางเป็นรูปวงแหวน รองบริเวณสันเท้า ก้นกบหรือปุ่มกระดูกส่วนอื่นๆ เพราะจะทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อส่วนที่สัมผัสกับวงแหวนขยำนั้นถูกกดขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดแผลได้ง่าย และหลีกเลี่ยงการดึง ลาก กระทบฝ่าเท้าที่นอน ฝ่าขาข้างเตียงหรือตัวผู้ป่วย เนื่องจากอาจจะทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยซึ่งบางอยู่แล้วเกิดการเสียดสีเป็นรอยถลอก ถูกขีดข่วนได้ (เจียมจิต, 2535 : 192-194)

1.3.2 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายมีผลกระทบต่อกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อาจทำให้เกิดการติดแข็งของข้อ กล้ามเนื้อลีบและขนาดเล็กลง กระดูกผุกร่อนและหักง่าย ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ดูแลจึงควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังต่อไปนี้ (ประไพ, 2530 : 335-349; Scherer, 1991 : 439)

1.3.2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมทันทีที่ได้รับอนุญาตหรือเมื่อมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับหนึ่งที่สามารถทำได้ โดยให้เริ่มทำแต่น้อยในระยะเริ่มต้น แล้วค่อยๆเพิ่มหรือขยายขอบข่ายกิจกรรมให้กว้างขึ้น

1.3.2.2 เรียนรู้วิธีฝึกกล้ามเนื้อและข้อจากนักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกกล้ามเนื้อของผู้ป่วยให้เกิดความยืดหยุ่น แข็งแรงและทนทานต่อการทำหน้าที่ได้เป็นปกติ อันจะช่วยให้การทรงตัว การเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่างๆและความสมดุลของ

ร่างกายขณะเคลื่อนไหวเป็นไปได้มากที่สุด โดยผู้ดูแลกระทำ (passive exercise) ตามที่ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเอง (active exercise) สำหรับผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกายเองได้ การฝึกกระทำโดยให้มีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ (Range of joint motion) เช่น ข้อมือ แขน ไหล่ ข้อเท้า นิ้วมือ นิ้วเท้า อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง สำหรับนิ้วมืออาจใช้ฝ่าม้วนกลมๆหรือลูกยางที่ยืดหยุ่นได้ให้ผู้ผู้ป่วยกำ จะช่วยให้นิ้วมือคลายตัวและอยู่ในลักษณะที่ใช้ประโยชน์ได้

1.3.2.3 อย่าเร่งรัดหรือบังคับให้ผู้ป่วยออกกำลังกายมากเกินไปจนรู้สึกเหนื่อยล้าเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ดังนั้นจึงควรมีช่วงเวลาสำหรับการพักเหนื่อยเพื่อมิให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้าเร็วเกินไป

1.3.2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยยืน เดินและเท้าแขน โดยลงน้ำหนักบนแขน ขาทั้ง 2 ข้าง

1.3.2.5 จัดให้ผู้ป่วยนอน นั่งหรือยืนในท่าที่ถูกต้องเสมอ เช่น เวลานอนขาต้องไม่แบะออก ควรใช้หมอนเล็กๆหนุนตรงฝ่าเท้ากันไม่ให้เท้าตก แขนและไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตให้กางและหมุนออก

1.3.2.6 เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นพอลุกนั่งได้ ควรประคองให้ลงนั่งบนเก้าอี้ วันละประมาณ 2 ครั้ง

1.3.3 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยบางรายคืนและกระวนกระวายมาก ผู้ดูแลต้องระวังมิให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการตกเตียงหรือแขนขา ศีรษะฟาดถูกกันเตียง โดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นและใช้หมอนอัดไว้โดยรอบเพื่อป้องกันการกระทบกระแทก แต่ผู้ป่วยบางรายอาจผลุนผลันพลิกตัวลุกจากเตียงได้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องผูกมัดไว้เป็นครั้งคราว และควรใช้ผ้ารองเพื่อป้องกันผิวหนังบริเวณที่ถูกผูกมัดมิให้เกิดการเสียดสีเป็นแผลได้ นอกจากนั้นผู้ดูแลไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยไ้ตามลำพัง เพราะอาจเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆดังกล่าว

ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกครั้ง ต้องดูแลไม่ให้แขนขาของผู้ป่วยยื่นออกจากเปลเพราะอาจบาดเจ็บจากการกระทบกระแทกและควรเอาไม้กั้นเตียงขึ้นเสมอ

หลีกเลี่ยงการใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือกระเป๋าน้ำแข็งที่ยืนจัด เพราะจะทำให้เกิดไหม้พองได้ง่าย

กรณีผู้ดูแลจับให้ผู้ป่วยนั่งในเก้าอี้ควรระวังผู้ป่วยตกเก้าอี้ โดยหาสายรัดคาดตัวผู้ป่วยติดกับเก้าอี้ และหาผ้าหรือหมอนหนุนให้ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่าที่สบายที่สุด

1.3.4 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้ออาจเกิดขึ้นได้จากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการติดเชื้อจากแผลกดทับ สำหรับการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับและการดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะได้กล่าวถึงแล้ว ในที่นี้จึงจะกล่าวถึงเพียงเฉพาะการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้น

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย คือ ปอดอักเสบ (pneumonia) โดยพบอัตราการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 33 สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากการนอนนานและการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การเคลื่อนไหวของเสมหะเป็นไปได้ไม่ดี การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวขยายของทรวงอกลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรง จากการศึกษาของคาลเคอร์และเบอร์ลินพบว่า ผู้ป่วยอัมพาต 100 ราย ที่เป็นปอดอักเสบ จะมี 71 รายที่เป็นปอดอักเสบข้างเดียว และในจำนวนนี้ 55 ราย จะเป็นการอักเสบของปอดข้างเดียวกันกับข้างที่เป็นอัมพาต (นิพนธ์และอดุลย์, 2525 : 241) ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีหลักในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดการติดเชื้อดังกล่าวดังนี้

1.3.3.1 หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ควรจัดให้ผู้ปวยนอนในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อให้เสมหะหรือน้ำลายในปากและลำคอไหลออก เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายลงปอด

1.3.3.2 ช่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งทำการเคาะปอดบริเวณหลังตรงตำแหน่งที่ตั้งของปอดทั้ง 2 ข้าง เพื่อช่วยให้น้ำเมือกในหลอดลมปอดเคลื่อนที่ออกมาสู่ลำคอ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการไอ (cough reflex) หรือสามารถใช้เครื่องดูดช่วยดูดเสมหะออกมาได้

1.3.3.3 ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มน้ำหรือป้อนน้ำให้ในปริมาณเพียงพอ เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของเนื้อเยื่อและไม่ให้น้ำเมือกในปอดมีลักษณะเหนียวข้นเกินไป

1.3.3.4 กระตุ้นให้ผู้ปวยมีการเคลื่อนไหวแต่เนิ่นๆ และกระตุ้นให้ผู้ปวยหายใจลึกๆ รวมทั้งกระตุ้นการไอด้วย

1.3.3.5 สังเกตอาการแสดงต่างๆที่อาจนำสู่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ เช่น การหายใจผิดปกติ เร็ว แรง ต้องใช้แรงมากในการหายใจ มีเสียง

ครีตกคราด ไอ มีไข่ เจ็บหน้าอกเมื่อหายใจแรงลึกหรือมีเสมหะเหนียวข้น

2. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง ผู้ดูแลต้องยอมรับ พยายามเข้าใจและควรมีหลักการในการดูแลดังนี้

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองมากขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2 ให้กำลังใจและยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆสำเร็จได้ด้วยตนเอง

2.3 พยายามคาดคะเนความต้องการของผู้ป่วยและให้การตอบสนอง เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกทั้งด้วยคำพูดและกริยาท่าทาง เพื่อลดความวิตกกังวล

2.5 ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือเบื่อหน่าย

2.6 ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง

3. การดูแลด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และปัญหาในการกลับไปประกอบอาชีพ ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีหลักการในการดูแลผู้ป่วย โดยการแสดงความรัก ความสนใจ ยอมรับและรับฟังผู้ป่วย แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ตาม ผู้ดูแลควรมีการตอบสนองที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางบวก ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคคลอื่น นอกจากนั้นด้านการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลต้องวางแผนไว้ล่วงหน้าเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจอยู่ในภาวะที่สามารถกลับเข้าทำงานได้ควรกระตุ้นให้ได้ทำงานต่อไปเช่นปกติ โดยอาจรับภาระน้อยลงหรือเปลี่ยนสถานการณ์การทำงานไปบ้าง การพูดคุยให้ผู้ป่วยรับรู้และเตรียมตัวรับสถานการณ์ล่วงหน้าจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเกิดความกระตือรือร้นในชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากหลังเกิดโรคมักมีความพิการต่างๆหลงเหลืออยู่ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลแม้ว่าจะมีบุคลากรในทีมสุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ แต่ผู้ที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบุคลากรดังกล่าวก็คือผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นจุดดูแลสำคัญที่คอยกระตุ้นช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความคาดหวังเกี่ยวข้องบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตรงกับความคาดหวังของสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติบทบาทได้ถูกต้อง ไม่เกิดปัญหาในการปฏิบัติบทบาท และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและเปรียบเทียบบทบาทของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งในภาคใต้คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งในภาคใต้คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. พยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมไม่น้อยกว่า 1 ปี เก็บข้อมูลจากพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 3 แห่ง จำนวน 50 คน คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 28 คน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 7 คนและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 15 คน ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2538

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 3 แห่ง ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม 2538 จำนวน 110 คน คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจำนวน 35 คน โรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 40 คน และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 35 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- 2.1 ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะ
- 2.2 อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี
- 2.3 ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 2 วัน
- 2.4 ไม่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ
- 2.5 ฟังภาษาไทยรู้เรื่อง เข้าใจและสามารถตอบคำถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจียมจิต (2535) ร่วมกับประสบการณ์ของผู้วิจัยและจากการสำรวจสภาพความเป็นจริงนำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล 5 รายในโรงพยาบาลหาดใหญ่ด้วยคำถามที่ว่า มีกิจกรรมอะไรบ้างที่ท่านปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ในโรงพยาบาล และมีกิจกรรมอะไรบ้างที่ท่านไม่ได้ปฏิบัติแต่คิดว่าควรจะทำเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จากคำถามทั้ง 2 คำถามพบว่า ผู้ดูแลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสรุปได้เป็น 3 ข้อใหญ่ๆ คือ 1.การดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2.การฟื้นฟูสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย และ 3.การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่ผู้ดูแลคิดว่าควรจะทำแต่ไม่ได้ปฏิบัติ หลังจากการศึกษาและสำรวจสภาพความเป็นจริงนำร่องแล้วผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือและรวบรวมส่งผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 5 ราย โดยแบบสอบถามมี 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ตอน ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับพยาบาล แบ่งเป็น 2 ตอน

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เพศ เลขที่เตียง ชื่อหอที่ผู้ป่วยอยู่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่แรกรับ วันที่เก็บข้อมูล การวินิจฉัยโรค การตรวจรักษาพิเศษ สภาพทั่วไปของผู้ป่วย glasgow coma scale และความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ศาสนา ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ดูแล ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพในแผนกอายุรกรรม โดยแบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ

- ก. กิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกาย จำนวน 28 ข้อ
- ข. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และ

สังคม จำนวน 15 ข้อ

รวมทั้งสิ้น 43 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบคือ ไม่

ควรทำ, ควรทำเอง, ควรทำร่วมกับพยาบาลและไม่ทราบ

ในการสัมภาษณ์หากผู้ดูแลไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามคำถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยต้องชี้แจงและยกตัวอย่างให้ผู้ดูแลเห็นหรือเข้าใจกิจกรรมนั้นๆ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล แบ่งเป็น 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ชื่อหอ/แผนก ประสิทธิภาพในการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานในหอ/แผนกที่รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังของพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 หมวดเช่นเดียวกับแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล และคำตอบของคำถามที่เกี่ยวกับความคาดหวังของพยาบาลจะมีให้เลือก 4 คำตอบ เช่นเดียวกับแบบสอบถามความคาดหวังของผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล-

นครินทร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ความสนใจโดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขนาดใหญ่จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น ก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 40 ราย ประกอบด้วยผู้ดูแล 20 ราย พยาบาล 20 รายและคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

และความเชื่อมั่นโดยรวมของผู้ดูแลและพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .79

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล และให้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละ 1 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.3.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.3.2 ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอหรือแผนกที่รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบแบบสอบถามให้แก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

1.5 หลังจากนั้น 1-2 วัน ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์ และให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถาม

1.6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสอบถามจนมีความเข้าใจตรงกันทุกข้อคำถาม

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่ผู้ช่วยวิจัยปฏิบัติงานอยู่ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 การเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล

2.1.1 ตรวจสอบคาร์เด็กซ์หาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.1.2 ศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปซึ่งกำหนดไว้ในแบบสอบถาม

2.1.3 พบผู้ดูแล แนะนำตัวและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามการสัมภาษณ์

2.1.4 สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบสอบถามและทำเครื่องหมายตรงคำตอบที่ผู้ดูแลเลือก

2.1.5 ตรวจสอบหาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

2.2 การเก็บข้อมูลจากพยาบาล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผ่านพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยต่างๆทั้ง 3 โรงพยาบาล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยไปปรับแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบหาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์การเก็บข้อมูลจากพยาบาลเริ่มเก็บพร้อมๆกับการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA
วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาล
2. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลในแต่ละข้อ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเป็นรายข้อ โดยใช้การทดสอบ Chi-square

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 110 และ 50 คนตามลำดับ ผู้วิจัยนำคำตอบจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 5 ตอนคือ

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของการเสนอข้อมูลเป็นดังนี้
 - 1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เสนอในตาราง 1 - 3
 - 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล เสนอในตาราง 4 - 6
 - 1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาล เสนอในตาราง 7 - 8
2. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแล เสนอในตาราง 9, 11 และ 12
3. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของพยาบาล เสนอในตาราง 10 - 12
4. เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเป็นรายข้อ เสนอในตาราง 13

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ และศาสนา

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	60	54.5
ชาย	50	45.5
อายุ		
ต่ำกว่า 45 ปี	6	5.5
45-60 ปี	38	34.5
61-75 ปี	38	34.5
75 ปีขึ้นไป	28	25.5
ศาสนา		
พุทธ	102	92.7
อิสลาม	8	7.3

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 110 คน รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นเพศหญิง 60 คน (ร้อยละ 54.5) และเพศชาย 50 คน (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 94.5) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.7) มีเพียงร้อยละ 7.3 เท่านั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับความรู้สึกตัว สภาพผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกาย และการรักษาที่ได้รับนอกเหนือจากยา

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
ระดับความรู้สึก		
11 คะแนน	37	33.6
12 คะแนน	5	4.5
13 คะแนน	24	21.8
14 คะแนน	13	11.8
15 คะแนน	31	28.2
สภาพของผู้ป่วย		
อ่อนแรงแขน ขาขวา	34	30.9
อ่อนแรงแขน ขาซ้าย	46	41.8
อ่อนแรงแขน ขาทั้ง 2 ข้าง	30	27.3
การทำความสะอาดร่างกาย		
เช็ดตัวให้ทั้งหมด	80	72.7
เช็ดตัวให้บางส่วนที่เตียง	20	18.2
ไปห้องน้ำได้	10	9.1
การรักษาที่ได้รับนอกเหนือจากยา		
ใส่ท่อเจาะหลอดลมคอ	4	3.6
ใส่สายยางให้อาหาร	63	57.3
ใส่สายสวนปัสสาวะ	25	22.7
ให้ออกซิเจน	13	11.8

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ร้อยละ 33.5 มีระดับความรู้สึกตัว 11 คะแนน ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีระดับความรู้สึกตัว 15 คะแนน (ร้อยละ 28.2) ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนแรงของแขน ขาข้างใดข้างหนึ่ง (ร้อยละ 72.7) และต้องเช็ดตัวให้ทั้งหมด (ร้อยละ 72.7) ส่วนการรักษาที่ได้รับนอกเหนือจากยาส่วนใหญ่เป็นการใส่สายยางให้อาหารคิดเป็นร้อยละ 57.3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามโรงพยาบาลและจำนวนวันที่อยู่ใน
โรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันเก็บข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
โรงพยาบาล		
มหाराชนครศรีธรรมราช	35	31.8
หาดใหญ่	40	36.4
สุราษฎร์ธานี	35	31.8
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนถึงวันเก็บข้อมูล		
3-7 วัน	79	71.8
8-21 วัน	25	22.7
มากกว่า 21 วัน	6	5.5

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรกรับจน
ถึงวันเก็บข้อมูลนานประมาณ 3-7 วัน (ร้อยละ 71.8) รักษาอยู่ในโรงพยาบาลมหाराช
นครศรีธรรมราช ร้อยละ 31.8 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร้อยละ 36.4 และโรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี ร้อยละ 31.8

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	85	77.3
ชาย	25	22.7
อายุ		
18-25 ปี	17	15.5
26-39 ปี	46	41.8
40-60 ปี	38	34.5
60 ปีขึ้นไป	9	8.2
ศาสนา		
พุทธ	101	91.8
อิสลาม	8	7.3
คริสต์	1	0.9
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	1	0.9
มารดา	2	1.8
บุตร	84	76.3
คู่สมรส	23	20.9

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 77.3) มีอายุระหว่าง 26-39 ปี (ร้อยละ 41.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.8) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 76.3)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.8
ประถมศึกษา	56	50.9
มัธยมศึกษา	24	21.8
ปวช./อนุปริญญา	13	11.8
ปริญญาตรี/สูงกว่า	15	13.6
อาชีพ		
รับจ้าง	15	13.6
รับราชการ	17	15.5
รัฐวิสาหกิจ	4	3.6
ค้าขาย	29	26.4
เกษตรกรรวม	21	19.1
งานบ้าน	20	18.2
อื่นๆ	4	3.6
รายได้ของครอบครัว		
< 2,000 บาท	6	5.5
2,001-4,000 บาท	33	30.0
4,001-6,000 บาท	41	37.3
> 6,000 บาท	30	27.3

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย		
1 คน	9	8.2
2 คน	26	23.6
3 คน	37	33.6
4 คน	9	8.2
5 คน	22	20.0
6 คน	7	6.4
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล		
แข็งแรง	100	90.9
ไม่แข็งแรง	10	9.1

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.9) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 26.4) มีรายได้ 4,001-6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.3) ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 33.6) และมีภาวะสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 90.9)

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
มี	85	77.3
ไม่มี	25	22.7
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
มี	52	47.3
ไม่มี	58	52.7

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.3) แต่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 52.7)

1.3 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามอายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาและสถานที่ปฏิบัติงาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=50)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี/เทียบเท่าปริญญาตรี	50	100.0
อายุ		
24-30 ปี	29	58.0
30 ปีขึ้นไป	21	42.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	28	56.0
โรงพยาบาลหาดใหญ่	7	14.0
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	15	30.0
ตำแหน่ง		
หัวหน้าหอผู้ป่วย	5	10.0
รองหัวหน้าหอผู้ป่วย	2	4.0
พยาบาลประจำการ	43	86.0

ตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิงและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24-30 ปี (ร้อยละ 58) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 56) และเป็นพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 86)

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานและ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนก/หอที่รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=50)	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงาน		
1-5 ปี	16	32.0
6-10 ปี	21	42.0
11-15 ปี	10	20.0
15 ปีขึ้นไป	3	6.0
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนก/หอ ที่รับการรักษานักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
1-5 ปี	35	70.0
6-10 ปี	11	22.0
10 ปีขึ้นไป	4	8.0

จากตาราง 8 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลกลุ่มใหญ่ที่สุดที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 32) และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนก/หอที่รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1-5 ปี (ร้อยละ 70)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแล

ตาราง 9 ร้อยละของผู้ดูแลที่คาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม	ความคาดหวังของผู้ดูแล (n = 110)		
	ไม่กระทำ	กระทำ	ทำร่วมกับพยาบาล
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย			
1. เช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย	0.9	85.5	13.6
2. สระผมให้ผู้ป่วย	4.6	82.6	12.8
3. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก	1.8	89.1	9.1
*** 4. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้น และ สะอาด	2.8	94.5	2.7
5. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนให้เมื่อสกปรก และ ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง	3.6	68.2	28.2
6. ดูแลเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง	30.4	38.2	31.4
* 7. ดูแลเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ	53.6	2.0	44.4
** 8. เกาะปอดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะออก	39.2	15.7	45.1
9. เช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีไข้	1.8	90.0	8.2
10. ช่วยนวดกล้ามเนื้อ ออกกำลังแขน ขาเพื่อฟื้นฟูสภาพ	-	88.9	11.1
11. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับหรือหาโลชั่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	4.6	90.8	4.6
12. พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ทุก 1-2 ชั่วโมง	0.9	81.7	17.4
*** 13. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย	0.9	94.4	4.7

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของผู้ดูแล (n = 110)		
	ไม่ควรถูกทำ	ควรทำเอง	ทำร่วมกับพยาบาล
** 14. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก	32.0	24.3	43.7
15. สังเกตและรายงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและ/ความผิดปกติต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการติดเชื้อของข้อต่อ ศีรษะมีอาการแดง แห้งแตก หรือ มีผื่นคัน	1.9	57.9	40.2
16. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็น ในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ	4.6	69.1	26.4
17. จัด/จ่าย ปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน และคัมในในแต่ละวัน	5.5	74.1	20.4
18. ดูแล/ป้อนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่พยาบาลจัดเตรียมมาให้	0.9	92.7	6.4
*** 19. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาดของที่นอน โต๊ะข้างเตียงและรอบๆเตียง	0.9	94.6	4.5
20. สอดคล้องรองรับอุจจาระ ปัสสาวะ/พาไปห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่าย	0.9	77.8	21.3
21. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย /ใส่ฝักรองปัสสาวะ แอมเพอร์สหรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่เป็นปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้	3.8	88.6	7.6
22. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่าย	0.9	89.9	9.2
23. จัด/จ่าย จำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระและปัสสาวะในแต่ละวัน	3.6	80.9	15.5

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของผู้ดูแล (n = 110)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
* 24. เหนื่อยยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน ตาม แผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก	64.8	21.9	13.3
25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ หรือ วิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรมตามที่ได้รับการสอน / แนะนำ จากเจ้าหน้าที่	3.8	83.9	12.3
26. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตบ่อย ๆ	2.8	93.5	3.7
27. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาตโดย วิธีต่างๆ เช่น ใช้มือข้างที่ปกติจับไม้/ปีบนวดแขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาต	1.9	90.6	7.5
28. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้า เช่น ให้สัมผัสวัตถุที่มี ผิวแตกต่างกัน พูดยกับผู้ป่วยหรือเปิดวิทยุให้ฟัง บ่อยๆ หรือ ชี้/แนะให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่างๆ รอบตัว ให้คมกลืนต่างๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย	0.9	91.7	7.4
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และ สังคม			
29. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆตามความสามารถ	0.9	88.7	10.4
30. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วย ตนเอง	-	89.9	10.1
31. รับฟังและยอมรับการแสดงออก/การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย	0.9	87.3	11.8
32. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยังยอมรับนับถือเขาอยู่ เช่น พูดยกับผู้ป่วยด้วยวาจาทำทางสุภาพ ไม่ว่า กล่าวหรือคำหยาบคายที่ผู้ป่วย	-	90.9	9.1

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของผู้ดูแล (n = 110)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
*** 33. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น โดยการชักชวนให้เพื่อนญาติหรือบุคคลอื่นมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ	0.9	94.6	4.5
34. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด / แสดงท่าทาง เพื่อระบายความรู้สึก	0.9	83.2	15.9
35. ให้ความสนใจ คอยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	-	76.1	23.9
36. ปลอดภัย สัมผัส ให้กำลังใจ เมื่อมีอาการเจ็บปวดวิตกกังวล คับข้องใจ หรือ เศร้าโศกเสียใจ	0.9	86.3	12.8
*** 37. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ / รักษาพิเศษ เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพบำบัด	1.8	92.7	5.5
38. คาดคะเน / ประเมินความต้องการของผู้ป่วย	0.9	64.2	34.9
39. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตในภายหน้า	1.8	85.3	12.9
40. เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่น เช่น อธิบายความต้องการของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ อธิบายความรู้สึกหรือความคิดปกติกี่เกิดกับผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ	-	89.9	10.1
41. ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เช่น อธิบายพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ	2.8	87.9	9.3
*** 42. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง เช่น ให้รู้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ในที่ทำงานบ้าง	-	97.3	2.7

ตาราง 9 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของผู้ดูแล (n = 110)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
43. พุดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพทาง สังคม	-	90.7	9.3

* กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าไม่ควรปฏิบัติ

** กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังที่จะปฏิบัติร่วมกับพยาบาล

*** กิจกรรมด้านร่างกาย/จิตใจ อารมณ์และสังคม 3 อันดับแรกที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่
คาดหวังจะปฏิบัติเอง

จากตาราง 9 พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆมีดังนี้
กิจกรรมที่ผู้ดูแลเกินร้อยละ 50 คิดว่าไม่ควรปฏิบัติคือ เทนนิสหรือสวนสาธารณะด้วย
ลูกสูบสำหรับสวน (ร้อยละ 64.8) และดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก และ จมูก
ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ (ร้อยละ 53.5)

กิจกรรมที่ผู้ดูแลคาดหวังจะปฏิบัติร่วมกับพยาบาลมี 2 กิจกรรม คือ เกาะปอดกระสุน
ให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ (ร้อยละ 45.1) และให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/
จมูก (ร้อยละ 43.7)

กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คาดหวังจะปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยมี 39 กิจกรรม เป็นกิจกรรม
ในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย 24 กิจกรรม และด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม 15 กิจกรรม
โดยเรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวนผู้ดูแลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังจะปฏิบัติ 3 กิจกรรมแรก
คือ พุดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง (ร้อยละ 97.3) แสดงให้ผู้ป่วย
เห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อครอบครัวและบุคคลอื่น (ร้อยละ 94.6) ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อ
ส่งเสริมการนอนหลับ (ร้อยละ 94.6)

เพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้นผู้วิจัยขอแยกเสนอเป็นความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์และสังคมดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย

ในกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย 28 กิจกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่ามีกิจกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ (*) 2 กิจกรรมคือ การเหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน คิดเป็นร้อยละ 64.8 และการดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูกด้วยสายยางที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 53.5 กิจกรรมที่ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล (**) มี 2 กิจกรรมคือ การเคาะปอดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ และการให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก คิดเป็นร้อยละ 45.1 และ 43.7 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมอื่นๆนอกเหนือจากกิจกรรมที่กล่าวข้างต้นจำนวน 24 กิจกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังจะปฏิบัติด้วยตนเอง กิจกรรม 3 อันดับแรกที่ผู้ดูแลคาดหวังว่าควรปฏิบัติเองคือ การดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ การดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น สะอาด และป้อนอาหาร/น้ำให้แก่ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.6, 94.5 และ 94.4 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่มีผู้ดูแลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังจะให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเองคือ การดูด เสมหะจากปาก จมูกด้วยลูกสูบยางแดง คิดเป็นร้อยละ 38.2

2.2 ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

ในกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งหมด 15 กิจกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองทุกกิจกรรม กิจกรรมที่ผู้ดูแลจำนวนมากที่สุดคาดหวังว่าควรปฏิบัติเอง คือ พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมาคือ แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น คิดเป็นร้อยละ 94.6 ส่วน กิจกรรมที่ผู้ดูแลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังว่าควรปฏิบัติเองคือ คาดคะเน/ประเมินความต้องการของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 64.2

3. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามความคาดหวังของพยาบาล

ตาราง 10 ร้อยละของพยาบาลที่คาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม	ความคาดหวังของพยาบาล (n = 50)		
	ไม่ควรทำ	ควรทำเอง	ทำร่วมกับพยาบาล
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย			
1. เช็ดตัว อามน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย	-	76.0	24.0
2. สระผมให้ผู้ป่วย	-	70.0	30.0
3. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก	-	88.0	12.0
*** 4. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้น และ สะอาด	-	92.0	8.0
5. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ให้เมื่อสกปรก และ ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง	-	58.0	42.0
6. ดูแลเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง	2.0	88.0	10.0
* 7. ดูแลเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ	66.0	12.0	22.0
** 8. เกาะปอดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะออก	14.0	26.0	60.0
9. เช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีไข้	2.0	72.0	26.0
10. ช่วยนวดกล้ามเนื้อ ออกกำลังแขน ขาเพื่อฟื้นฟูสภาพ	-	72.0	28.0
*** 11. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับหรือทาโลชั่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	-	94.0	6.0
12. พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ทุก 1-2 ชั่วโมง	-	76.0	24.0
*** 13. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย	-	94.0	6.0

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของพยาบาล (n = 50)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
** 14. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก	4.0	38.0	58.0
** 15. สังเกตและรายงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และ/ความคิดผิดปกติต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการติดแข็งของข้อต่อ ศีรษะมีรอยแดง แห้งแตก หรือ มีคันคัน	14.0	26.0	60.0
** 16. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็น ในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ	8.0	16.0	76.0
17. จดจำ ปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน และคลื่นในแต่ละวัน	2.0	52.0	46.0
18. ดูแล/ป้อนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่พยาบาลจัดเตรียมมาให้	-	82.0	18.0
19. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาดของที่นอน โต๊ะข้างเตียงและรอบๆเตียง	-	86.0	14.0
20. สอดภาชนะรองรับอุจจาระ ปัสสาวะ/พาไปห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่าย	-	92.0	8.0
21. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย /ใส่ฝารองปัสสาวะ แพนเพอร์สหรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่เป็นอน ปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้	-	82.0	18.0
22. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่าย	2.0	84.0	14.0
23. จดจำ จำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระและปัสสาวะในแต่ละวัน	-	78.0	22.0

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของพยาบาล (n = 50)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
24. เหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน ตาม แผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก	12.0	46.0	42.0
25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ หรือ วิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรมตามที่ได้รับการสอน / แนะนำ จากเจ้าหน้าที่	-	56.0	44.0
26. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตบ่อย ๆ	-	74.0	26.0
27. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาตโดย วิธีต่างๆ เช่น ใช้มือข้างที่ปกติลูบไล้/บีบนวดแขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาต	-	74.0	26.0
28. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้า เช่น ให้สัมผัสวัตถุที่มี ผิวแตกต่างกัน พูดยกับผู้ป่วยหรือเปิดวิทยุให้ฟัง บ่อยๆ หรือ ชี้/แนะให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่างๆ รอบตัว ให้กลมกลืนต่างๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย	-	62.0	38.0
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และ สังคม			
** 29. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆตามความสามารถ	-	42.0	58.0
30. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง	-	56.0	44.0
31. รับฟังและยอมรับการแสดงออก/การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย	-	54.0	46.0
** 32. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยังยอมรับนับถือเขาอยู่ เช่น พูดยกับผู้ป่วยด้วยวาจาท่าทางสุภาพ ไม่ว่า กล่าวหรือตำหนิตีเนียนผู้ป่วย	-	44.0	56.0

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของพยาบาล (n = 50)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
*** 33. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น โดยการชักชวนให้เพื่อนญาติหรือบุคคลอื่นมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ	-	64.0	36.0
34. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด / แสดงท่าทาง เพื่อระบายความรู้สึก	-	54.0	46.0
35. ให้ความสนใจ คอยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	-	52.0	48.0
36. ปลอบโยน สัมผัส ให้กำลังใจ เมื่อมีอาการเจ็บปวดวิตกกังวล คับข้องใจ หรือ เสรีว้าโศกเสียใจ	-	52.0	48.0
*** 37. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ / รักษาพิเศษ เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพบำบัด	-	74.0	26.0
** 38. คาดคะเน / ประเมินความต้องการของผู้ป่วย	-	30.0	70.0
** 39. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตในภายหน้า	-	46.0	54.0
** 40. เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่น เช่น อธิบายความต้องการของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ อธิบายความรู้สึกหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ	4.0	38.0	58.0
** 41. ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เช่น อธิบายพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ	4.0	44.0	52.0
*** 42. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง เช่น ให้ความรู้ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ในที่ทำงานบ้าง	-	70.0	30.0

ตาราง 10 (ต่อ)

กิจกรรม	ความคาดหวังของพยาบาล (n = 50)		
	ไม่ควร ทำ	ควร ทำเอง	ทำร่วมกับ พยาบาล
** 43. พุศุขุยทำควมเข้ใจกับผู้ป่วยเพื่อให้อู่ผู้ป่วยปรับตัว ต่อกรเปลี่ยนแปลงด้้นบหพทและสถนภพทง งังคม	-	42.0	58.0

- * กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ
- ** กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล
- *** กิจกรรมด้้นร้งกย/จิดใจ อารณณ์และงังคม 3 อันดับเรกที่พยาบาลส่วนใหญ่
คาคหวังให้อู่ดูแลปฏิบัติเอง

จากตาราง 10 พบว่า ความคาดหวังของพยาบาลต่อบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ คือการดูดเสมหะจากท่อที่เจาะ
หลอดลมคอ ปากและจมูกด้วยสายยางที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะ (ร้อยละ 66)

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าควรทำร่วมกับพยาบาลมี 11 กิจกรรมเป็นกิจกรรม
การดูแลทางด้านร่างกาย 4 กิจกรรม และกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ อารณณ์และงังคม
7 กิจกรรม เรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวนพยาบาลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังให้อู่ดูแลปฏิบัติ
ร่วมกับพยาบาล 3 กิจกรรมแรกคือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็นในการส่งตรวจ/
ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 76) คาคคเน/ประเมินควมด้้นกรของอู่ป่วย (ร้อยละ
70) เคาะปอดและกระตุ้นให้อู่ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ (ร้อยละ 60)

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติให้อู่ป่วยมี 31 กิจกรรม
เป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย 23 กิจกรรมและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย
ด้้นจิดใจ อารณณ์และงังคม จำนวน 8 กิจกรรม โดยเรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวน
พยาบาลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังให้อู่ดูแลปฏิบัติ 3 กิจกรรมแรก คือ นวดบริเวณผิวหนังที่
ถูกกดทับ หรือทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง (ร้อยละ 94) ป้อนอาหาร/น้ำให้อู่
ผู้ป่วย (ร้อยละ 94) และดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น สะอาด (ร้อยละ 92)

เพื่อให้ชัดเจนยิ่งขึ้นผู้วิจัยขอแยกเสนอเป็นความคาดหวังของพยาบาลค่อนบพมาทของ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์และสังคมดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย

ในกิจกรรมการดูแลด้านร่างกายทั้งหมด 28 กิจกรรม พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ (*) มี 1 กิจกรรมคือ การดูแลแผลที่เจาะ หลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายยางที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 66 กิจกรรม ที่ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล (**) มี 4 กิจกรรม ได้แก่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถ เข็นในการส่งตรวจ หรือส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ เคาะปอดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับ เสมหะ และสังเกต รายงานอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 76, 60 และ 60 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมอื่นๆนอกเหนือจากกิจกรรมดังกล่าวจำนวน 23 กิจกรรม พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเอง และกิจกรรม 3 อันดับแรก (***) คือ นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับหรือทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ป้อนอาหาร นำน้ำให้แก่ผู้ป่วย และดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น สะอาด คิดเป็น ร้อยละ 94, 94 และ 92 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติ เองคือ การเหน็บยาหรือสวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวนเมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คิด เป็นร้อยละ 46

3.2 ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม

ในกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งหมด 15 กิจกรรม พยาบาล ส่วนใหญ่คาดหวังว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง 8 กิจกรรม และปฏิบัติ ร่วมกับพยาบาล 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล 3 อันดับแรก (**) ได้แก่ คาดคะเนหรือประเมินความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี การฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความสามารถ และพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 70, 58 และ 58 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่พยาบาลจำนวนมากที่สุดคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติเอง คือ ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ/รักษาพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมาคือ พูดคุย กับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง คิดเป็นร้อยละ 70 และกิจกรรมที่ พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติเองคือ ปลอดภัย สัมผัส ให้กำลังใจเมื่อ มีอาการเจ็บปวด วิดกกังวล คับข้องใจหรือเศร้าโศกเสียใจ คิดเป็นร้อยละ 52

จากตาราง 9 และ 10 สรุปได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 คาดหวังว่า การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายมีกิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ 2 กิจกรรม ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล 2 กิจกรรม ที่เหลือควรปฏิบัติเองทั้งหมด ส่วนการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ดูแลควรปฏิบัติเองทุกกิจกรรม ส่วนความคาดหวังของพยาบาลพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 คาดหวังว่าในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายมีเพียงกิจกรรมเดียวเท่านั้นที่ผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ ส่วนกิจกรรมที่ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาลมี 4 กิจกรรม ที่เหลือเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติเอง ส่วนการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม พยาบาลคาดหวังว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล 7 กิจกรรม และควรปฏิบัติเอง 8 กิจกรรม ดังแสดงให้ตาราง 11 และ 12

ตาราง 11 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านร่างกายตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล 3 อันดับแรก

ความคาดหวังและกิจกรรมตามความคาดหวัง	ผู้ดูแล	พยาบาล
<u>ไม่ควรปฏิบัติ</u>		
1. เหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวนเมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก	X	0
2. ดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ	X	X
<u>ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล</u>		
1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็น ในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ	0	X
2. เกาะปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ	X	X
3. สังเกต รายงานอาการเปลี่ยนแปลงและ/ความคิดผิดปกติต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการดิ้นแฉ่งของข้อต่อ ผิวหนังมีรอยแดงแห้งแตกหรือผื่นคัน	0	X
4. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ไม่ใส่เข้าทางปากหรือจมูก	X	-
<u>ควรปฏิบัติเอง</u>		
1. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาด	X	X
2. ป้อนอาหาร น้ำให้แก่ผู้ป่วย	X	X
3. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ หรือทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	-	X
4. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาดของที่นอน โตะข้างเตียงและรอบๆเตียง	X	-

หมายเหตุ X หมายถึง ความคาดหวัง 3 อันดับแรก
 - หมายถึง ความคาดหวังต่ำกว่าร้อยละ 50
 0 หมายถึง ความคาดหวังเกินอันดับที่ 3

ตาราง 12 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล 3 อันดับแรก

ความคาดหวังและกิจกรรมตามความคาดหวัง	ผู้ดูแล	พยาบาล
ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล		
1. คาดคะเน/ประเมินความต้องการของผู้ป่วย	0	X
2. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความสามารถ	0	X
3. พยายามทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพทางสังคม	0	X
ควรปฏิบัติเอง		
1. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ/รักษาพิเศษ เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพบำบัด	X	X
2. พยายามทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง เช่น ให้รู้ว่า ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ที่ทำงานบ้าง	X	X
3. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือนุคคลอื่น เช่น โดยการชักชวนให้เพื่อนญาติ หรือนุคคลอื่นให้มาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ	X	X

หมายเหตุ X หมายถึง ความคาดหวัง 3 อันดับแรก
 - หมายถึง ความคาดหวังต่ำกว่าร้อยละ 50
 0 หมายถึง ความคาดหวังเกินอันดับที่ 3

4. เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล เป็นรายชื่อ

ตาราง 13 การวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่กร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย					
1. เช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาด ร่างกาย	ผู้ดูแล	-	94 (86.2)	15 (13.8)	2.5488
	พยาบาล	-	38 (76.0)	12 (24.0)	
2. สระผมให้ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	-	90 (86.5)	14 (13.5)	6.0424*
	พยาบาล	-	35 (70.0)	15 (30.0)	
3. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก	ผู้ดูแล	-	98 (90.7)	10 (9.3)	0.2821
	พยาบาล	-	44 (88.0)	6 (12.0)	
4. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้น และ สะอาด	ผู้ดูแล	-	103 (97.2)	3 (2.8)	2.1187
	พยาบาล	-	46 (92.0)	4 (8.0)	
5. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลูก หมอนให้เมื่อสกปรก และดูแล ผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง	ผู้ดูแล	-	75 (70.8)	31 (29.2)	2.4872
	พยาบาล	-	29 (58.0)	21 (42.0)	

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่ควรร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X^2 test
6. ดูค塞มพะจากปาก จมูก คิ้วขลุค ดูขางแดง	ผู้ดูแล	31 (30.4)	39 (38.2)	32 (31.4)	34.3609**
	พยาบาล	1 (2.0)	44 (88.0)	5 (10.0)	
7. ดูค塞มพะจากอื่อที่เงะหลอดลุม กอ ปากและจมูกคิ้วขลุคขางค่อ จากเครื่องดูค塞มพะ	ผู้ดูแล	53 (53.6)	2 (2.0)	44 (44.4)	11.5906**
	พยาบาล	33 (66.0)	6 (12.0)	11 (22.0)	
8. เกะปอดและกระคุ่นให้อื่อปวยอื่อ เพื่อขับค塞มพะออก	ผู้ดูแล	40 (39.2)	16 (15.7)	46 (45.1)	10.2603**
	พยาบาล	7 (14.0)	13 (26.0)	30 (60.0)	
9. เช็ดค้วเมื่ออื่อปวยมีไข	ผู้ดูแล	2 (1.8)	99 (90.0)	9 (8.2)	9.2633**
	พยาบาล	1 (2.0)	36 (72.0)	13 (26.0)	
10. ช่วขนวลคิ้วแกอื่อ ออกก่าลึงแชน ขาเพื่อพินฟูสภาพ	ผู้ดูแล	-	96 (88.9)	12 (11.1)	7.0910**
	พยาบาล	-	36 (72.0)	14 (28.0)	
11. นวลเบาขบรือวลคิ้วหนังกื่อถูกค กัขหรือทาโลชั่น เพื่อเพิ่มควม ขุ่มขื่นแกคิ้วหนังก	ผู้ดูแล	-	99 (95.2)	5 (4.8)	0.0975
	พยาบาล	-	47 (94.0)	3 (6.0)	
12. พลิกคะแกงค้ว จัลด่านอนให้อื่ออยู่ นินก่าที่สขาย นุด 1-2 ช่วโมง	ผู้ดูแล	-	89 (82.4)	19 (17.6)	0.8897
	พยาบาล	-	38 (76.0)	12 (24.0)	

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่กวร ทำ	กวรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
13. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	100 (95.3) 47 (94.0)	5 (4.7) 3 (6.0)	0.1150
14. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่ เข้าทางปาก/จมูก	ผู้ดูแล พยาบาล	33 (32.0) 2 (4.0)	25 (24.3) 19 (38.0)	45 (43.7) 29 (58.0)	15.1992**
15. สังเกตและรายงานเกี่ยวกับอาการ เปลี่ยนแปลงและ/ความผิดปกติ ต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการดิ้นแข็ง ของข้อต่อ ผิวหนังมีรอยแดง แห้งแตก หรือ มีคื่นคัน	ผู้ดูแล พยาบาล	2 (1.9) 7 (14.0)	62 (57.9) 13 (26.0)	43 (40.2) 30 (60.0)	18.9036**
16. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับ รถเข็น ในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วย ไปฟื้นฟูสภาพ	ผู้ดูแล พยาบาล	5 (4.5) 4 (8.0)	76 (69.1) 8 (16.0)	29 (26.4) 38 (76.0)	39.4097**
17. จด/จำ ปริมาณอาหารและน้ำที่ ผู้ป่วยรับประทานและคื่นใน แต่ละวัน	ผู้ดูแล พยาบาล	6 (5.5) 1 (2.0)	80 (74.1) 26 (52.0)	22 (20.4) 23 (46.0)	11.3401**
18. ดูแล/ป้อนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ตามที่พยาบาลจัดเตรียมมาให้	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	102 (93.6) 41 (82.0)	7 (6.4) 9 (18.0)	5.0770*

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่ควรร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
19. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการ นอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาด ของที่นอน โถ้ข้างเตียงและ รอบๆเตียง	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	104 (95.4) 43 (86.0)	5 (4.6) 7 (14.0)	4.3525*
20. สอดกษณะรองรับอุจจาระ ปัสสาวะ/พาไปห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่าย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	84 (78.5) 46 (92.0)	23 (21.5) 4 (8.0)	4.3583*
21. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ ผู้ป่วยชาย /ใส่ค้ำรองปัสสาวะ แหมเพอร์สหรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้ง ที่เปื้อนปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	93 (92.1) 41 (82.0)	8 (7.9) 9 (18.0)	3.4007
22. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการ ขับถ่าย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	98 (90.7) 42 (85.7)	10 (9.3) 7 (14.3)	0.8820
23. จด/จำ จำนวนครั้ง ลักษณะ และ สีของอุจจาระและปัสสาวะใน แต่ละวัน	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	89 (84.0) 39 (78.0)	17 (16.0) 11 (22.0)	0.8221
24. เหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบ สำหรับสวน ตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก	ผู้ดูแล พยาบาล	68 (64.8) 6 (12.0)	23 (21.9) 23 (46.0)	14 (13.3) 21 (42.0)	38.7029**
25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ หรือ วิธีการต่างๆในการทำกิจกรรม ตามที่ได้รับการสอน / แนะนำ จากเจ้าหน้าที่	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	89 (87.3) 28 (56.0)	13 (12.7) 22 (44.0)	18.4925**

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่ควรร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
26. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขน ขาข้างที่เป็นอัมพาตบ่อยๆ	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	101 (96.2) 37 (74.0)	4 (3.8) 13 (26.0)	17.0803**
27. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต โดยวิธีต่างๆ เช่น ใช้มือข้างที่ปกติลูบไล้/บีบนวด แขน ขาข้างที่เป็นอัมพาต	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	96 (92.3) 37 (74.0)	8 (7.7) 13 (26.0)	9.6099**
28. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้า เช่น ให้สัมผัสวัตถุที่มีผิวแตกต่างกัน พุดคุยกับผู้ป่วยหรือเปิดวิทยุให้ฟังบ่อยๆ หรือ ชี้แนะให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่างๆรอบตัว ให้ลมกลืนต่างๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	99 (92.5) 31 (62.0)	8 (7.5) 19 (38.0)	22.2952**
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม					
29. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความสามารถ	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	94 (89.5) 21 (42.0)	11 (10.5) 29 (58.0)	39.9536**
30. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	98 (89.9) 28 (56.0)	11 (10.1) 22 (44.0)	23.9618**
31. รับฟังและยอมรับการแสดงออก/ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	96 (88.1) 27 (54.0)	13 (11.9) 23 (46.0)	22.7204**

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่ควรร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
32. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยัง ยอมรับนับถือเขาอยู่ เช่น พุดคุย กับผู้ป่วยด้วยวาจาท่าทางสุภาพ ไม่ว่ากล่าวหรือตำหนิติเตียนผู้ป่วย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	100 (90.9) 22 (44.0)	10 (9.1) 28 (56.0)	41.7689**
33. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมี ความสำคัญต่อคนในครอบครัว หรือบุคคลอื่น เช่น โดยการ ชักชวนให้เพื่อน ญาติหรือบุคคล อื่น ๆ มาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	104 (95.4) 32 (64.0)	5 (4.6) 18 (36.0)	27.3364**
34. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด / แสดง ท่าทาง เพื่อระบายความรู้สึก	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	89 (84.0) 27 (54.0)	17 (16.0) 23 (46.0)	15.9967**
35. ให้ความสนใจ คอยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	83 (76.2) 26 (52.0)	26 (23.8) 24 (48.0)	9.2708**
36. ปลอบโยน สัมผัส ให้กำลังใจ เมื่อมีอาการเจ็บปวดวิตกกังวล กับข้อใจ หรือ เสร้าโศกเสียใจ	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	94 (87.0) 26 (52.0)	14 (13.0) 24 (48.0)	22.9689**
37. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไป ตรวจ / รักษาพิเศษ เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพบำบัด	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	102 (94.4) 37 (74.0)	6 (5.6) 13 (26.0)	13.5031**
38. ภาคคะเน / ประเมินความต้องการ ของผู้ป่วย	ผู้ดูแล พยาบาล	- -	70 (64.8) 15 (30.0)	38 (35.2) 35 (70.0)	16.6662**

ตาราง 13 (ต่อ)

กิจกรรม	CG=100 RN=50	ไม่ควรร ทำ	ควรทำ เอง	ทำร่วมกับ พยาบาล	X ² test
39. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ ต่อสู้กับชีวิตในภพหน้า	ผู้ดูแล	-	93 (86.9)	14 (13.1)	29.5662**
	พยาบาล	-	23 (46.0)	27 (54.0)	
40. เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและ บุคคลอื่น เช่น อธิบายความ ต้องการของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ อธิบายความรู้สึกหรือความคิด ปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ	ผู้ดูแล	-	98 (89.9)	11 (10.1)	44.4516**
	พยาบาล	-	19 (39.6)	29 (60.4)	
41. ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดี ระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรรอบข้าง เช่น อธิบายพฤติกรรมต่างๆของ ผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ	ผู้ดูแล	3 (2.8)	95 (88.0)	10 (9.2)	36.4832**
	พยาบาล	2 (4.0)	22 (44.0)	26 (52.0)	
42. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็น ไปของสังคมรอบข้าง เช่น ให้รู้ ว่าปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ ในที่ทำงานบ้าง	ผู้ดูแล	-	106 (97.2)	3 (2.8)	25.3491**
	พยาบาล	-	35 (70.0)	15 (30.0)	
43. พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อ ให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและ สถานภาพทางสังคม	ผู้ดูแล	-	98 (90.7)	10 (9.3)	43.6741**
	พยาบาล	-	21 (42.0)	29 (58.0)	

* P-value < .05

** P-value < .01

จากตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 43 กิจกรรม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 33 กิจกรรม และความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 10 กิจกรรม

ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล จำนวน 10 กิจกรรม ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายทั้งหมด ได้แก่

1. เช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย
2. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก
3. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้นและสะอาด
4. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนให้เมื่อสกปรก และดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบร้อย
5. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ หรือทาโลชั่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง
6. พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบายทุก 1-2 ชั่วโมง
7. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย
8. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย/ ใส่ผ้ารองปัสสาวะ แพมเพอร์ส หรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่เป็นปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้
9. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังการขับถ่าย
10. จด/จำ จำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระและปัสสาวะในแต่ละวัน

กิจกรรมอื่นที่นอกเหนือจากนี้ อีก 33 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลและพยาบาล คาดหวังเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมดังกล่าวมีทั้งที่เป็นกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์และสังคม

การอภิปรายผล

การศึกษายาทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการศึกษาเป็นข้อๆดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไปจนถึงอายุมากที่สุดคือ 88 ปี และมีอาการอ่อนแรงของแขน ขาข้างใดข้างหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดตั้งแต่วัยกลางคนหรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ไปจนถึงในผู้สูงอายุ (กัมมันต์, 2530 : 12)

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของสโตรคเกอร์ (Stroker, 1983 : 361), โลทิเนน (Laitinen, 1993 : 1482) และเพอร์ราดและบาร์บารา (Periard and Barbara, 1993 : 253) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-39 ปี เป็นบุตรของผู้ป่วย การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา (2531) และ อูมา และคณะ (2535) แต่แตกต่างจากการศึกษาของสโตรคเกอร์ (Stroker, 1983 : 361) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสังคมไทย ผู้สูงอายุยังนิยมอยู่ร่วมกับเครือญาติหรือลูกหลาน แต่การศึกษาของสโตรคเกอร์ทำในประเทศตะวันตกซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่ต่างจากคนไทย กล่าวคือ ผู้สูงอายุชาวตะวันตกส่วนใหญ่นิยมอยู่กับคู่ครองมากกว่าอยู่กับบุตรหลาน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเจ็บป่วยจึงมักได้รับการดูแลและความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ในขณะที่ชาวตะวันตกต้องพึ่งพาคู่ครอง

ด้านการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสัปดาห์ การศึกษาของนิตยา (2535 : 25) ที่สรุปว่า การดูแลยามเจ็บป่วยเป็นรูปแบบของการเกื้อหนุนที่คนหนุ่มสาวที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ให้แก่ญาติใกล้ชิดสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า และชี้ให้เห็นว่าบรรทัดฐานเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบิดา มารดา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นวัฒนธรรมที่ยังคงอยู่และถือปฏิบัติในสังคมไทย

เกี่ยวกับจำนวนของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า สำหรับผู้ป่วย 1 รายจะมีผู้ดูแลประมาณ 3 คน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งน่าจะชี้ให้เห็นถึงความตั้งใจ และความพร้อมของผู้ดูแลที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย

ด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง แตกต่างกับการศึกษาของเมโยและคณะ (Mayo, et al, 1987, อ้างถึงใน ชนิตา, 2538 : 243) ที่พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดเอว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ การสัมภาษณ์ผู้ดูแลกระทำหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงไม่กี่วัน คือส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-7 วัน แต่การศึกษาของเมโยเป็นการศึกษาเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้ดูแลบางคนต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานกว่าร่วมกับผลกระทบอื่นๆที่อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จึงทำให้พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง

1.3 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24-30 ปี และเป็นพยาบาลประจำการ

2. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแล การศึกษาความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้เน้นความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นพ้องกันมากกว่าร้อยละ 50 ว่าเป็นความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

จากการศึกษาความคาดหวังของผู้ดูแลต่อบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

2.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลคาดหวังจะปฏิบัติ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง มีจำนวน 38 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกาย 23 กิจกรรม และกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม 15 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมทางด้านร่างกาย 23 กิจกรรมนั้นล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นกิจวัตรประจำวันที่คนทั่วไปปฏิบัติอยู่แล้ว เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร เพียงอาศัยความรู้พื้นฐานเบื้องต้นร่วมกับการฝึกทักษะเพื่อให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้นก็จะสามารถปฏิบัติได้ และจากการศึกษาลักษณะของผู้

ดูพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว ซึ่งคาดว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้น่าจะคาดหวังว่ากิจกรรมต่างๆเหล่านี้เขาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 38.2 คิดว่าการดูแลเหมาะสมจากปาก จมูกด้วยลูกสูบยางแดง ผู้ดูแลก็ควรปฏิบัติเองทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลในกลุ่มนี้เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วก็ได้ ซึ่งจากการนำลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบความแตกต่างพบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมด้วยลูกสูบยางแดงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมนี้ด้วยตัวเอง แต่ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมนี้

2.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลคาดหวังจะปฏิบัติร่วมกับพยาบาล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับพยาบาล 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการเคาะปอดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ (ร้อยละ 45.1) และการให้อาหารเหลวทางสายยางใส่เข้าทางปาก/จมูก (ร้อยละ 43.7) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลในกลุ่มนี้เป็นผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาก่อนข้างสูงคือระดับมัธยมศึกษาถึงชั้นอุดมศึกษา และอายุก่อนข้างน้อยคือระหว่าง 18-39 ปี

เพื่อที่จะสนับสนุนความคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำลักษณะต่างๆดังกล่าวแต่ละลักษณะมาทดสอบความแตกต่าง ผลปรากฏดังนี้

ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความคาดหวังเกี่ยวกับการเคาะปอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการเคาะปอดร่วมกับพยาบาล และผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการเคาะปอด

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา กับกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทในการเคาะปอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษาและอุดมศึกษาคาดหวังที่จะเกาะปอดร่วมกันกับพยาบาล แต่กลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการเกาะปอด

ผู้ดูแลที่มีอายุ 18-39 ปีและกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความคาดหวังเกี่ยวกับกิจกรรมในการเกาะปอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 18-39 ปี คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการเกาะปอดร่วมกันกับพยาบาล แต่กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปไม่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความคาดหวังเกี่ยวกับการให้อาหารเหลวทางสายยาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการให้อาหารเหลวทางสายยางร่วมกับพยาบาล และผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่คาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการให้อาหารเหลวทางสายยาง

จากการศึกษางานวิจัยของประเทศไทยไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลมาก่อน ผู้วิจัยจึงใช้สถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นมาเป็นสิ่งอ้างอิง จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในเรื่องการศึกษา อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลคิดว่าน่าจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะเพนเดอร์ (Pender, 1986 : 195) กล่าวว่าความสามารถของบุคคลแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์และการมีประสบการณ์มาก่อนทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ ส่วนการที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้เหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความคาดหวังในบทบาทของตนเองและผู้อื่น ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ (ทัศน, 2525 : 94; ศิริพร, 2526 : 260) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มาก่อนทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ ถ้าได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหรือผู้ดูแลบางคนอาจเคยเกาะปอดและให้อาหารเหลวทางสายยางแก่ผู้ป่วยมาแล้ว ก็ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถมากขึ้น เมื่อสามารถมากขึ้นจึงน่าจะมี ความคาดหวังที่จะปฏิบัติบทบาทดังกล่าวมากตามไปด้วย ในขณะที่ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจไม่เคยได้รับคำแนะนำ ไม่เคยลองปฏิบัติจึงอาจกลัวว่าหากปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและอาการแย่ลงได้ ในทำนองเดียวกันการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ (Orem, 1985 : 175) และช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ ความเข้าใจในเรื่อง

ต่างๆ สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีการศึกษาก่อนข้างสูง จึงสามารถเรียนรู้และเข้าใจความที่พยาบาลให้คำแนะนำ หรือสาธิตให้ดู ทำให้มีความสามารถและมั่นใจในการเคาะปอดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงคาดหวังที่จะปฏิบัติบทบาทในการเคาะปอด ส่วนอายุซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าใจ การรับรู้ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ จากการศึกษพบว่า การเรียนรู้ของคนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยจากวัยทารก ดีที่สุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดน้อยลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ (Orem, 1985 : 35) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-39 ปี ประกอบกับประเทศไทยมีการศึกษามาก บังคับใช้มาระยะหนึ่งแล้ว ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงค่อนข้างจะมีความรู้ และได้รับการศึกษา เมื่อได้รับคำแนะนำหรือสังเกตเห็นจากการปฏิบัติของพยาบาล ผู้ดูแลมีความมั่นใจและอาจคาดหวังที่จะปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยบ้าง

จากเหตุผลต่างๆจึงอาจกล่าวได้ว่า เพราะผู้ดูแลมีปัจจัยส่งเสริมคือความพร้อมในเรื่องประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาและอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลคาดหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการเคาะปอดและการให้อาหารเหลวทางสายยาง อย่างไรก็ตามแม้ว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อายุ จะมีผลต่อความคาดหวังในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล แต่ความยากง่ายของกิจกรรมต่างๆก็มีผลเช่นกัน จะเห็นได้ว่า ในข้อ 2.1 การดูดเสมหะจากปาก จมูกด้วยลูกสูบยางแดง ผู้ดูแลคาดหวังจะปฏิบัติเอง เพราะเพียงใช้มือบีบลูกสูบยางแดง สอดใส่เข้าไปในปาก จมูก แล้วปล่อยมือ น้ำลายหรือเสมหะก็จะถูกดูดออกมา สอดกับการดูดเสมหะโดยใช้สายยางที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะซึ่งยุ่งยากกว่า เพราะต้องใส่สายยางผ่านทางกระเพาะอาหาร ไปจนถึงกระเพาะอาหาร ในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ความรู้เรื่องกายวิภาค สรีรวิทยา ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่คาดหวังที่จะทำเองแต่คาดหวังที่จะปฏิบัติร่วมกับพยาบาล

2.3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลคาดหวังว่าไม่ควรปฏิบัติ

กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังว่าไม่ควรปฏิบัติมีเพียง 2 กิจกรรม คือ การดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะและการเหน็บยา/สวนอุจจาระ ด้วยลูกสูบสำหรับสวนเมื่อผู้ป่วยท้องผูก ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์หรือยาเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะความชำนาญมาก เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ดูแลกลัวและคิดว่าไม่ควรปฏิบัติ

3. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของพยาบาล

จากการศึกษาความคาดหวังของพยาบาลต่อบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

3.1 กิจกรรมที่พยาบาลคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติ

พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จำนวน 30 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกาย 22 กิจกรรม และกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 8 กิจกรรม และมีพยาบาลบางส่วนคือร้อยละ 46 คาดหวังให้ผู้ดูแลเห็นยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวนแก่ผู้ป่วย การที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยในกิจกรรมทางด้านร่างกายในแต่ละข้อดังกล่าว อาจเนื่องจากพยาบาลคิดว่ากิจกรรมเหล่านั้นประชาชนทั่วไปสามารถปฏิบัติได้เพราะเป็นกิจกรรมที่สามารถกระทำได้โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่มีการสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าไปในตัวผู้ป่วย เพียงแต่พยาบาลให้คำแนะนำและสาธิต ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติให้มีทักษะ ความชำนาญมากขึ้น ผู้ดูแลก็จะสามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวตามแนวคิดมิติใหม่ของการบริการสุขภาพที่ให้ประชาชนเป็นผู้ปฏิบัติ โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ส่วนความคาดหวังของพยาบาลที่ให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 8 กิจกรรม อาจเนื่องจากปัจจุบันพยาบาลได้รับความรู้และการกระตุ้นในการให้การดูแลแบบ Holistics คือครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมมากขึ้น จึงคิดว่าญาติหรือผู้ดูแลก็สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมได้ แต่กระทำในกิจกรรมที่ไม่ยากซึ่งในชีวิตประจำวันบุคคลทั่วไปก็อาจปฏิบัติอยู่แล้ว

3.2 กิจกรรมที่พยาบาลคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับพยาบาล

พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับพยาบาลจำนวน 11 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกาย 4 กิจกรรมและกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมจำนวน 7 กิจกรรม การที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับพยาบาลในกิจกรรมทางด้านร่างกายในแต่ละข้อ อาจเนื่องจากพยาบาลคิดว่า การเจาะเลือดเพื่อขับเสมหะการให้อาหารเหลวทางสายยาง การสังเกต รายงานอาการเปลี่ยนแปลง/ความผิดปกติต่างๆ และการเห็นยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยการฝึกทักษะ ความชำนาญ จึงจะสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ทำให้

เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลควรทำได้เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยบางรายซึ่งขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ และจะต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเหล่านี้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ส่วนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็นในการส่งตรวจ/ฟื้นฟูสภาพ พยาบาลอาจคิดว่าเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง ในขณะที่เดียวกันเพื่อให้เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ตามหลักการเคลื่อนย้ายหลักกายวิภาค และสรีรวิทยา ดังนั้นผู้ดูแลและพยาบาลจึงควรปฏิบัติร่วมกัน

ความคาดหวังของพยาบาลที่ให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมร่วมกับพยาบาล จำนวน 7 กิจกรรม เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามความสามารถ การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยังยอมรับนับถือเขาอยู่ อาจเนื่องจากพยาบาลคิดว่ากิจกรรมเหล่านี้ต้องใช้จิตวิทยา บางครั้งผู้ป่วยบางรายให้ความเชื่อถือและเกรงใจพยาบาลมากกว่าผู้ดูแล ฉะนั้นถ้ามีพยาบาลร่วมมือปฏิบัติพร้อมกับผู้ดูแลอาจสัมฤทธิ์ผลดีกว่าให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพียงลำพัง

3.3 กิจกรรมที่พยาบาลคาดหวังว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติมีเพียง 1 กิจกรรมคือการดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูกด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลทุกคนทราบว่า กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่หากกระทำโดยไม่ระมัดระวังอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน มีเลือดออกจากรอยผ่าตัดหรือหลอดลมในการปฏิบัติกิจกรรมนี้ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้ในเรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยา มีทักษะและมีความสามารถในการสังเกตความคิดปกติต่างๆที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลส่วนใหญ่จึงไม่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติ

4. การเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 43 กิจกรรม พบว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10 กิจกรรม ซึ่งเมื่อพิจารณาทั้ง 10 กิจกรรม พบว่าส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเพื่อการดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถปฏิบัติได้เพราะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และไม่มีการสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าไปใน

ร่างกายของผู้ป่วย เพียงผู้ดูแลได้รับการแนะนำหรือฝึกทักษะเพิ่มเติมก็น่าจะสามารถปฏิบัติได้

ส่วนความคาดหวังที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 33 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การดูดเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง การเหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน และการดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายต่อจากเครื่องดูดเสมหะ ซึ่งจะขมมาอภิปรายเพียง 3 กิจกรรมเด่นๆ ดังนี้คือ

การดูดเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.2) และพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) มีความคิดเห็นเหมือนกันว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติเอง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ก็ยังพบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเหมือนกันโดยอาจคิดว่า การดูดเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง เป็นกิจกรรมที่แม้จะต้องสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยแต่ก็ไม่ซับซ้อนมากนัก เพราะเพียงใส่ลูกสูบบางเข้าไปในปากของผู้ป่วย แล้วปล่อยมือเบาๆ เสมหะหรือน้ำลายก็จะถูกดูดออกมา ในขณะที่ผู้ดูแลมีความคิดหลากหลาย ใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม คือ คิดว่าควรทำเอง ร้อยละ 38.2 ควรทำร่วมกับพยาบาลและไม่ควรทำ คิดเป็นร้อยละ 31.4 และ 30.4 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ลักษณะของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถกลืนหรือบ้วนน้ำลายได้เอง ไม่ค่อยมีเสมหะ จึงไม่จำเป็นต้องดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง อีกทั้งผู้ดูแลอาจคิดว่าไม่ควรปฏิบัติ เพราะการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ทำยาก หรือทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ หรือหากจำเป็นต้องปฏิบัติก็ควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล ดังนั้นความคาดหวังของผู้ดูแลจึงอาจแตกต่างกันได้ทั้ง 3 ลักษณะ

การเหน็บยา หรือสวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.76) คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติกิจกรรมนี้ ในขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46) คาดหวังว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติเอง ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับพยาบาลที่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับพยาบาล (ร้อยละ 42) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการสอดใส่ยาหรืออุปกรณ์การแพทย์เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยาซึ่งอาจจะยากสำหรับผู้ดูแล อีกทั้งในการปฏิบัติมักทำอย่างมีจดจ่อ มีการกั้นม่าน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะไม่ค่อยเห็น จึงเกิดความกลัว ไม่กล้าปฏิบัติ ในขณะที่พยาบาลอาจคิดว่ากิจกรรมนี้ไม่ยาก และผู้ดูแลอาจต้องประสบกับปัญหาผู้ป่วยท้องผูกหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรปฏิบัติได้

การดูแลตนเองจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายต่อจากเครื่องดูดเสมหะ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.6) คิดว่าไม่ควรปฏิบัติกิจกรรมนี้ และพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) ก็คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรดูแลปฏิบัติเช่นเดียวกัน แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า มีพยาบาลจำนวนมากกว่าผู้ดูแลที่คิดว่ากิจกรรมนี้ผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีความแตกต่างทางสถิติ แต่ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรดูแลตนเองจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายต่อจากเครื่องดูดเสมหะ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วย กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อน ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยาและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และต้องได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะมาพอสมควร ซึ่งพยาบาลอาจคิดว่าเป็นเรื่องยากเกินไป และก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล ในผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสอนหรือแนะนำอย่างถูกต้องมาก่อน

เป็นที่น่าสังเกตว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังว่า ควรปฏิบัติเองทุกกิจกรรม แต่มีหลายกิจกรรมที่พยาบาลคิดว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลคิดว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลน่าจะทำร่วมกับผู้ดูแลเพื่อเป็นตัวอย่างและแนวทางแก่ผู้ดูแล เช่น พยาบาลจะรู้ว่าถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับผู้อื่นได้ ในการติดต่อ พูดคุยหรือใช้คำถามกับผู้ป่วย ควรจะใช้คำถามอย่างไรจึงจะเหมาะสม เช่น ถามว่าหิวข้าวแล้วหรือยัง และบอกให้ผู้ป่วยสื่อสารกลับมาโดยการสั้นๆ สั้นๆ หรือพยักหน้าตอบรับ นอกจากนั้นในการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถ พยาบาลสามารถให้กำลังใจโดยการยกตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นให้ผู้ป่วยดู หรือ ฟัง ซึ่งจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าให้ผู้ดูแลพูดเพียงลำพัง

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลและพยาบาลมีความคาดหวังแตกต่างกันมาก แต่อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลส่วนใหญ่ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ คิดว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านร่างกายที่ไม่ซับซ้อนด้วยตัวเอง นอกจากกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมบางกิจกรรมที่พยาบาลเห็นว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล ในขณะที่ผู้ดูแลคิดว่าปฏิบัติเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ และ ประดิษฐ์ (2526) ที่พบว่ากิจกรรมที่พยาบาล และมารดาของเด็กป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่ามารดาสามารถปฏิบัติได้นั้นควรเป็นกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน ส่วน

กิจกรรมที่ซับซ้อน ต้องอาศัยทักษะ มารดาไม่ควรปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เมอร์โร และ จอห์นสัน (Murrow and Johnson, 1986, อ้างถึงใน วิลาวลัย และประคิม, 2526 : 19) ที่พบว่ามารดามีความต้องการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าที่พยาบาลคิด แต่แตกต่างกับการศึกษาของชาร์ป (Sharp, 1990: 67-73) ที่พบว่าพยาบาลคิดว่าผู้ดูแลน่าจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่ปฏิบัติอยู่ แต่ผู้ดูแลคิดว่าเท่าที่ปฏิบัติอยู่ก็เพียงพอแล้ว ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก การศึกษาของชาร์ปเป็นการศึกษาเฉพาะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว แต่ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นทั้งการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ และสังคม ความคิดเห็นจึงอาจแตกต่างกันได้

ส่วนผลการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงว่า ผู้ดูแลและพยาบาลมีความคาดหวังแตกต่างกันมาก อาจเนื่องจากผู้ดูแลต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น อาการผิดปกติของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การต้องมาอยู่ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ประกอบกับการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 3-7 วัน หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น ผู้ดูแลยังไม่คุ้นเคย จึงอาจทำให้ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันมาก แต่ถ้าวเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นเวลาที่ผู้ดูแลปรับตัวได้แล้วผลการศึกษาอาจแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้ก็ได้

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน และเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก/หอที่รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 50 คน แหล่งการศึกษาและเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลโดยการสัมภาษณ์ ส่วนพยาบาลเก็บรวบรวมโดยให้ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า

1. กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่คาดหวังจะปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยมี 39 กิจกรรม เป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย 24 กิจกรรม และด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม 15 กิจกรรม โดยเรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวนผู้ดูแลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังจะปฏิบัติ 3 กิจกรรมแรก คือ พุดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคนรอบข้าง แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อครอบครัวและบุคคลอื่น ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังจะปฏิบัติคือดูดเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง

กิจกรรมที่ผู้ดูแลคาดหวังจะปฏิบัติร่วมกับพยาบาลมี 2 กิจกรรม คือ เคาะปอดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะและให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลเกินร้อยละ 50 คิดว่าไม่ควรปฏิบัติคือ เหน็บยาหรือสวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน และดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก และจมูกด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ

2. กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คาดหวังว่า ผู้ดูแลควรปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยมี 31 กิจกรรม เป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย 23 กิจกรรมและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 8 กิจกรรม โดยเรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวนพยาบาลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติ 3 กิจกรรมแรก คือ นวดบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ หรือทาโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ป้อนอาหาร/น้ำให้แก่ผู้ป่วย และดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้น สะอาด ส่วนกิจกรรมที่พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติคือ เหน็บยา หรือสวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวนเมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าควรทำร่วมกับพยาบาลมี 11 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการดูแลทางด้านร่างกาย 4 กิจกรรม และกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม 7 กิจกรรม เรียงลำดับกิจกรรมตามจำนวนพยาบาลที่มากที่สุดซึ่งคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับพยาบาล 3 กิจกรรมแรกคือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็นในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ ถอดกะเน/ประเมินความต้องการของผู้ป่วย เคาะปอดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ ส่วนกิจกรรมที่พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับพยาบาลคือ ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

กิจกรรมที่พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าผู้ดูแลไม่ควรปฏิบัติ คือการดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูกด้วยสายยางที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะ

3. ผลการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลต่อบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 33 กิจกรรม และความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลไม่แตกต่างกัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย 2) เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก 3) ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาด 4) เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนให้เมื่อสกปรก 5) นวดผิวหนังที่ถูกกดทับนานๆ 6) พลิกตะแคงตัวจัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย 7) ป้อนอาหาร/น้ำให้แก่ผู้ป่วย 8) ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย/ใส่ผ้ารองปัสสาวะ แพนเพอร์สให้แก่ผู้ป่วยหญิง 9) ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่าย และ 10) จดจำ จำนวนครั้ง ลักษณะและสีของอุจจาระ ปัสสาวะในแต่ละวัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงวันเก็บข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ระหว่างวันที่ 3-7 ผู้ดูแลอาจยังอยู่ในระยะของการปรับตัวต่อบทบาทต่างๆที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปในครอบครัวและบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สนใจสภาพต่างๆในโรงพยาบาลว่าในสภาพของผู้ป่วยที่คล้ายกัน ผู้ดูแลคนอื่นๆดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งถ้าระยะเวลานานกว่านี้ความคาดหวังอาจแตกต่างกัน ดังนั้นถ้าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนไป ผลการศึกษาอาจเปลี่ยนไปด้วย

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากการสอบถามความเห็นของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงรายใดรายหนึ่ง คำตอบที่ได้จึงเป็นการประมวลความคิดเห็นของพยาบาลและผู้ดูแลในภาพรวม

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ฉะนั้น หากโรงพยาบาลอื่นที่มีนโยบายในการให้ญาติมีส่วนร่วมแตกต่างกันไป ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลอาจแตกต่างกันไปจากการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาให้ข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 ด้านผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ในวัฒนธรรมไทยมีระบบการสนับสนุนจากครอบครัวค่อนข้างดี ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนผู้ดูแลที่มาเฝ้าผู้ป่วย นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อม คือส่วนใหญ่อยากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ไม่ซับซ้อนหรือยาก ซึ่งผู้ดูแลและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติ

1.2 ด้านพยาบาล พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงควรตระหนักถึงความต้องการของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะอยู่โรงพยาบาล

และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลบ้างแล้ว (2-3 วัน) มักคาดหวังที่จะปฏิบัติบทบาทนั้นด้วยตัวเอง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ หรือให้คำแนะนำโดยการจัดกลุ่มเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล หรือจัดประสบการณ์ให้แก่ผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลมาก่อนเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ อีกทั้งเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความคาดหวังมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนก่อให้เกิดความร่วมมือในการตรวจรักษา ความรู้สึกที่ดีต่อบริการของโรงพยาบาล และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อไป

1.3 พยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรงควรยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ดูแลว่า แต่ละคนมีความต้องการในการดูแลแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ดูแล ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนที่จะทำการสอน แนะนำ หรือเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อไม่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือความขัดแย้งในบทบาท

1.4 แม้ผลการวิจัยจะพบว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือทั้งผู้ดูแลและพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรดูแล และให้ความช่วยเหลือในระยะแรกที่ยังไม่มีทักษะเพียงพอ อย่าปล่อยให้ผู้ดูแลปฏิบัติเพียงลำพัง ต่อจากนั้นพยาบาลควรนิเทศและประเมินผลเป็นครั้งคราว ในบางครั้งพยาบาลอาจต้องปฏิบัติเองบางกิจกรรมหากผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ดีพอ

1.5 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลและพยาบาลมีความเห็นสอดคล้องกัน คือ การสอดใส่เครื่องมือ/ อุปกรณ์การแพทย์เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอดใส่ท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปาก จมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะนั้นไม่ควรให้ผู้ดูแลปฏิบัติ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงน่าจะนำมาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการ โดยปฐมนิเทศพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก/หอผู้ป่วย ให้ทราบทั่วกันว่ากิจกรรมดังกล่าวไม่ควรให้ผู้ดูแลปฏิบัติ

1.6 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นหากนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรให้อยู่ภายใต้บริบทเดียวกัน

2. การวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูต้องให้การดูแลแตกต่างกัน ดังนั้นความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลอาจแตกต่างกันไปจากผลการวิจัยครั้งนี้

2.2 ศึกษาความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคหนึ่งในจำนวนโรคเรื้อรังหลายๆโรค แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีลักษณะพิเศษเฉพาะที่แตกต่างจากโรคอื่น เช่น มีการอัมพาตของแขน ขาซีกใดซีกหนึ่งหรืออัมพาตทั้ง 2 ข้าง ในขณะที่โรคเรื้อรังอื่นผู้ป่วยจะยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา การรับรู้ การสื่อสาร แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นจะยังสามารถพูดคุย บอกกล่าวสิ่งต่างๆให้ผู้อื่นทราบได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นค่อนข้างมาก ซึ่งอาจทำให้ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันไปจากผลการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปจัดทำเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วย

2.3 เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากระยะเวลา 3-7 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ผู้ดูแลอาจยังไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงน่าจะทำในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่านี้ เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยครั้งนี้

2.4 ศึกษาความคาดหวังของผู้ดูแลในระยะเวลาที่แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ เช่น ความคาดหวังของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เตรียมผู้ดูแลก่อนการปฏิบัติจริงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.5 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลคิดว่าควรปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเอง แต่พยาบาลคิดว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติร่วมกับพยาบาล ดังนั้นจึงน่าจะทำการวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกข้อมูลส่วนที่เป็นความคิดเห็นหรือเหตุผลของพยาบาลและผู้ดูแล

2.6 เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะเป็นการทำวิจัยกึ่งทดลอง โดยการสอนหรือฝึกผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ต่อจากนั้นจึงทำการวัดผลการปฏิบัติ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางและสนับสนุนระบบการดูแลตนเองที่บ้าน (home health care) ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรรณิกา สุวรรณโคต. (2537). หลักการพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคม ใน เอกสาร การสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 1-7, หน้า 111-197. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กิตติ ล้อมภิกษาติ. (2534). ประสาทวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2530). Clinical Epidemiology of Cerebrovascular Disease. ใน จร ผลประเสริฐ และคณะ (บ.ก.), Stroke : Cerebravascular Disease. กรุงเทพฯ : บริษัทเอียร์บีคัพบลิชเชอร์ จำกัด.
- จันทร์เพ็ญ การิเวท. (2527). การดูแลผู้ป่วยอัมพาต. วารสารพยาบาล, 4 (3), 126-141.
- จริยวัตร คมพ็คฆ์. (2527). กระบวนการพยาบาลครอบครัว. วารสารพยาบาล, 4 (3), 288-304.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2535). โรคหลอดเลือดสมอง : การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2530). บทบาทของพยาบาลต่อครอบครัวของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. พยาบาลสาร, 14 (2), 21-32.
- ชนิดา มณีวรรณ. (2538). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาล, 43 (4), 236-244.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

- ดวงใจ นิยม. (2531). การรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของ ผู้ป่วยในหออภิบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนยา บุญทอง. (2525). ทฤษฎีบทบาท : แนวความคิด และการนำไปใช้ในวิชาชีพพยาบาล. วารสารพยาบาล, 31 (4), 93-102.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2533). รายงานผล การวิจัยเรื่องประชากรผู้สูงอายุไทย : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา สุทธชากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และ อุดลย์ วิริยเวชกุล. (2525). โรคแทรกซ้อนที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยอัมพาต. แพทย์สภาสาร, 11 (7), 240-245.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2531). การรักษาผู้ป่วย Stroke ในระยะยาว. คลินิก, 4 (12), 867-873.
- _____. (2534). Epidemiology of Stroke. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บ.ก.), โรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 11-37). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- เบอร์นาร์ด ไอแซคส์. (2535). อัมพาต. กรุงเทพฯ : บริษัทเอ.ที.กราฟิก ดีไซน์ และการพิมพ์ จำกัด.

ประไพ พัวพันธ์. (2530). Stroke rehabilitation. ใน จเร ผลประเสริฐ และคณะ (บ.ก.), Stroke Cerebrovascular Disease. (หน้า 335-349). กรุงเทพฯ : บริษัทเอียร์นุกพับลิชเชอร์ จำกัด.

ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเลิดสิน. (2527). ปัญหาท้องผูกในผู้ป่วยอัมพาต และวิธีแก้ไข. วารสารกรมการแพทย์, 9 (8), 599-600.

_____. (2528). การฝึกถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยอัมพาต. วารสารกรมการแพทย์, 10 (11), 833-835.

ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2533). สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่. มปท.

_____. (2534). สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่. มปท.

_____. (2535). สถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่. มปท.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2525). แง่คิดในการดูแลผู้อื่น. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 2 (3), 16-22.

พวงรัตน์ บุญญานุกัณ. (2531). ศาสตร์การดูแล : ภาระกิจของวิชาชีพพยาบาล. สารสภาการพยาบาล, มีนาคม, 3-9 และ 22.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2534). สถิตินอนพาราเมตริก เพื่อการวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภิญโญ สาร. (2527). หลักบริหารการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- มยุรี เพชรอักษร. (2529). กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2531). คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วิกตอรีเพาเวอร์พอยท์.
- ยุวราณี สุขวิญญาญณ์. (2536). ผลการเตรียมญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2534). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา วาหบัณฑิตกุล. (2533). การพยาบาลอนามัยชุมชน. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ราณี วิริยะเจริญกิจ. (2535). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติจริงของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวลัย พิเชียรเสถียร และประคิน กชภักดี. (2530). รายงานผลการวิจัยเรื่องความคิดเห็นของมารดาและพยาบาลต่อบทบาทของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาล. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2526). ทฤษฎีบทบาท : ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 32 (3), 260-265.

- ศิริพันธ์ ศิริพันธ์. (2536). ความคาดหวังในการเลี้ยงดูบุตร การมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร และความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบิดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิคา มารดาและบุตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สนิท คู่บุญมี และสุธิดา ปานเพชร. (2524). การพยาบาลผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทวิสิฏ์สิน จำกัด.
- _____. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน. ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. (หน้า 39-65). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิต ชยาภัม. (มปป). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการสื่อความหมาย. มปท.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์คุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2531). ผลของการเตรียมครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2536). แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนองนโยบายรัฐบาล และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ประจำปี 2537. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

- อดุลย์ วิริยเวชกุล และนิพนธ์ พวงวรินทร์. (2527). การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน. ใน อดุลย์ วิริยเวชกุล (บ.ก.), อายุรศาสตร์ก้าวหน้า 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรกัทร โคมยานนท์. (2534). Stroke rehabilitation. ใน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บ.ก.), โรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 591-618). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรัญญา เชาวลิต. (2528). การดูแลผู้ป่วยหมดสติ. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมา จันทร์พิเศษ และคณะ. (2535). รายงานผลการวิจัย เรื่องปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Archbold, P.G., et al. (1990). Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain. Research in Nursing & Health, 13, 375-384.
- Baines, E.M. and Oglesby, F.M. (1992). The elderly as caregivers of the elderly. Holistic Nursing Practice. 7 (1), 61-69.
- Beare, P.G. & Myers, J.L. (1994). Principles and practices of adult health nursing. (2nd ed.). St. Louis : Mosby-Year Book, Inc.
- Black, J.M. & Matassrin-Jacobs, E. (1993). Luckman & Sorensen's Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. (4th ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Branstater, M.E. and Basmajian, J.V. (1987). Stroke Rehabilitation. (3rd ed.). Baltimore : Williams & Wilkins.

- Bunting, S.M. (1989). Stress on caregivers of the elderly. Advances in Nursing Science, 11 (2), 63-73.
- Dudas, S. (1986). Nursing Diagnosis and Intervention for the Rehabilitation of the Stroke Patient. The Nursing Clinic of North America, 21 (2), 345-357.
- Ebrahim, S. (1990). Clinical epidemiology of stroke. Oxford : Oxford University Press.
- Folger, W.N. (1987). Epidemiology of cerebrovascular disease. In M.E. Brandstater & J.V. Basmajian (Eds.), Stroke Rehabilitation. (pp. 1-35). Baltimore : Williams & Wilkins.
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. Journal of Advanced Nursing, 14, 815-823.
- Friedman, M.M. (1986). Family Nursing Theory and Assessment. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Froman, R.D. & Owen, S.V. (1990). Mothers' and Nurses' perceptions of Infant Care Skills. Research in Nursing & Health, 13, 247-253.
- Frye-Pierson, J. & Toole, J.F. (1987). Stroke : A guide for patient and family. New York : Raven Press.
- Goldstein, V. ; Regnery, G. and Wellin, E. (1981). Caregiver Role Fatigue. Nursing Outlook, 1, 24-30.
- Goodman, C. (1986). Research on the informal carer : a selected literature review. Journal of Advanced Nursing, 11, 705-712.

- Gorelick, P.B. (1986). Cerebrovascular Disease : Pathophysiology and Diagnosis. The Nursing Clinics of North America, 21 (2), 275-288.
- Hangsleben, R.L. (1983). Transition to Fatherhood. An Exploratory Study. Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing, 12, 265-270.
- Hardy, P. & Conway, M. (1987). Behaviour in Organization : A system approach to managing. (2nd ed.). Sydney : Addison Wesley.
- Humenick, S.S. & Bugen, L.A. (1987). Parenting Role : Expectation Versus reality. Maternal-Child Nursing Journal, 12, 36-39.
- Ignatavicius, D.D. & Bayne, M.V. (1991). Medical-Surgical nursing : A nursing process approach. Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Laitinen, P. (1993). Participation of caregivers in elderly patient hospital care : informal caregiver approach. Journal of Advanced Nursing, 18, 1480-1487.
- Leininger, M.M. (1981). Caring : an essential human need proceeding of three national caring conferences. New Jersey : Charles B. Slack.
- Luckman, J. & Sorensen, K.C. (1980). Medical-Surgical Nursing A Phychophysiologic approach. (2nd ed.). Toronto : W.B. Saunders Company.
- McCormick, G.P. & Williams, M. (1979). Stroke : The Double Crisis. American Journal of Nursing, 79 (8), 1410-1411.

- Myco, F. (1986). Stroke Patient : A new way of living. Nursing Times, 82 (14), 24-26.
- Nyberg, J. (1989). The element of caring in nursing administration. Nursing Administration Quarterly, 13 (3), 9-15.
- Orem, E.D. (1985). Nursing Concepts of Practice. (3rd ed.). New York : Mc.Graw-Hill Book Company.
- Pender, J.N. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2nd ed.). California : Appleton & Large.
- Periard, M.E. and Barbara, D. (1993). Lifestyle Changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. Public Health Nursing, 10 (4), 252-256.
- Scherer, J.C. (1991). Introductory Medical-Surgical Nursing. (5th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Sharp, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. Journal of Advanced Nursing, 15, 67-73.
- Stroker, R. (1983). Impact of Disability on Families of Stroke Clients. The American Association of Neuroscience Nurses, 15 (6), 360-364.
- Upton, A.R.M. & Finlayson, M.A.J. (1987). Behavioral and organic mental changes in stroke. In M.E. Brandstater & J.V. Basmajian (Eds.), Stroke rehabilitation. (pp. 318-329). Baltimore : Williams & Wilkins.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่ออรุษา ชูบุรี เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล โดยสนใจที่จะศึกษาว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแล้วนั้น พยาบาลคาดหวังว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องอะไร นอกจากนั้นแล้วทางด้านผู้ดูแลเองคาดหวังว่า ตนควรจะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อเพื่อปรับความคาดหวังให้ตรงกันในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในตอนที่ 2 และ 3 โดยใช้เวลาในการทำประมาณ 40 - 50 นาที ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการทำแบบสอบถามครั้งนี้ โดยไม่กระทบกระเทือนต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยในความดูแลของท่านจะได้รับ

ในระหว่างทำแบบสอบถาม หากท่านไม่พอใจหรือไม่ต้องการทำต่อจนเสร็จ ท่านสามารถยกเลิกการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ คำตอบของท่านจะเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัย)

ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....เตียง.....

หอผู้ป่วย.....โรงพยาบาล.....

วันที่รับใหม่ / ... / วันที่เก็บข้อมูล / ... /

ผู้สัมภาษณ์.....

1. อายุ.....ปี

2. เพศ 1. หญิง 2. ชาย

3. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม

3. คริสต์ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระยะเวลาที่รับการรักษาดังปัจจุบัน(วันที่สัมภาษณ์).....วัน

5. การวินิจฉัยโรค.....

6. การตรวจ/รักษาพิเศษ 1. ใส่ท่อเจาะหลอดลมคอ

2. ใส่สายยางให้อาหาร

3. ใส่สายสวนปัสสาวะ

4. ใส่ออกซิเจน

5. อื่น ๆ (ระบุ)

7. สภาพทั่วไปของผู้ป่วย 1. อ่อนแรงแขน ขา ขวา

2. อ่อนแรงแขน ขา ซ้าย

3. อ่อนแรงแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง

8. Coma score

9. การทำความสะอาดร่างกาย 1. เช็ดตัวให้ทั้งหมด

2. เช็ดตัวให้บางส่วนที่เตียง

3. ไปห้องน้ำได้

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. เพศ 1. หญิง 2. ชาย
2. อายุปี
3. อาชีพ 1. รับจ้าง 2. รับราชการ
 3. รัฐวิสาหกิจ 4. ค้าขาย
 5. เกษตรกรรม 6. งานบ้าน
 7. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)
 1. < 2,000 บาท
 2. 2,001-4,000 บาท
 3. 4,001-6,000 บาท
 4. >6,000 บาท
5. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม
 3. คริสต์ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ปวช/อนุปริญญา
 5. ปริญญาตรี/สูงกว่า 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. บิดา 2. มารดา
 3. บุตร 4. คู่สมรส
 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
8. จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย.....คน
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 1. มี 2. ไม่มี
10. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 1. มี 2. ไม่มี
11. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
 1. แข็งแรง
 2. ไม่แข็งแรงเพราะ.....

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้ดูแล เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

คำชี้แจง เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแล้ว ท่านคิดว่าในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยท่านควรมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้างมีคำตอบให้เลือก 4 ข้อ โดยท่านเลือกเพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับผู้ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องนั้น

คำอธิบาย

ไม่ควรทำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบไม่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยควรทำเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยควรทำร่วมกับพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโดยลงมือปฏิบัติร่วมกับพยาบาล

ไม่ทราบ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบไม่ทราบว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติอย่างไร

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำ ร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย				
1. เช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย				
2. สระผมให้ผู้ป่วย				
3. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก				
4. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้น และ สะอาด				
5. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนให้เมื่อสกปรก และ ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง				
6. ดูแลเศษขยะจากปาก จมูก คิ้วลูกสูบยางแดง				
7. ดูแลเศษขยะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูก คิ้วสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ				
8. เกาะปอดและกระตุ้น ให้ผู้ป่วย ไอเพื่อขับเสมหะออก				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
9. เช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีไข้ 10. ช่วยนวดกล้ามเนื้อ ออกกำลังแขน ขาเพื่อฟื้นฟู สภาพ 11. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับหรือทาโลชั่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 12. พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ทุก 1-2 ชั่วโมง 13. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย 14. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก 15. สังเกตและรายงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และ/ความคิดผิดปกติต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการดิ้นแฉ่งของข้อต่อ ผิวหนังมีรอยแดง แฉกแตก หรือ มีตุ่มคัน 16. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็น ในการส่ง ตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปที่ฟื้นฟูสภาพ 17. จด/จำ ปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน และดื่มในแต่ละวัน 18. ดูแล/ป้อนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่พยาบาลจัด เตรียมมาให้ 19. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาดของที่นอน โตะข้างเตียงและ ครอบเตียง 20. สอดกษณระรองรับอุจจาระ ปัสสาวะ/พาไปห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่าย 21. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย /ใส่ผ้ารอง ปัสสาวะ แพนเพอร์สหรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่เป็น ปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุม การขับถ่ายได้				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
22. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและอวัยวะ สืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่าย 23. จด/จำ จำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระและ ปัสสาวะในแต่ละวัน 24. เหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน ตาม แผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก 25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ หรือ วิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรมตามที่ได้รับการสอน / แนะนำ จากเจ้าหน้าที่ 26. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตบ่อย ๆ 27. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต โดยวิธีต่างๆ เช่น ใช้มือข้างที่ปกติลูบไล้/บีบนวด แขน ขาข้างที่เป็นอัมพาต 28. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้า เช่น ให้สัมผัสวัตถุที่มี ผิวแตกต่างกัน พุคคุยกับผู้ป่วยหรือเปิดวิทยุให้ฟัง บ่อยๆ หรือ ชี้/แนะให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่างๆ รอบตัว ให้คลมกลืนต่างๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย				
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และ สังคม				
29. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆตามความสามารถ				
30. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วย ตนเอง				
31. รับฟังและยอมรับการแสดงออก/การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย				
32. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยังยอมรับนับถือเขาอยู่ เช่น พุคคุยกับผู้ป่วยด้วยวาจาท่าทางสุภาพ ไม่ว่า กล่าวหรือคำเหน็ดเหนื่อยผู้ป่วย				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
33. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น โดยการซักชวนให้				
เพื่อน ญาติหรือบุคคลอื่นมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ				
34. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด / แสดงท่าทาง เพื่อระบาย				
ความรู้สึก				
35. ให้ความสนใจ คอยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง				
สม่ำเสมอ				
36. ปลอบโยน สัมผัส ให้กำลังใจ เมื่อมีอาการเจ็บปวด				
วิตกกังวล คับข้องใจ หรือ เศร้าโศกเสียใจ				
37. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ / รักษาพิเศษ				
เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพ-				
บำบัด				
38. คาดคะเน / ประเมินความต้องการของผู้ป่วย				
39. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตใน				
ภยันตราย				
40. เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ				
ทีมสุขภาพและบุคคลอื่น เช่น อธิบายความต้องการ				
ของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ อธิบายความรู้สึกหรือ				
ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ				
41. ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ป่วย และ				
บุคคลรอบข้าง เช่น อธิบายพฤติกรรมต่างๆของ				
ผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ				
42. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคม				
รอบข้าง เช่น ให้ความรู้ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน				
มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ในที่ทำงานบ้าง				
43. พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัว				
ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพ				
ทางสังคม				

แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่ออรุณา ชูบุรี เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล โดยสนใจที่จะศึกษาว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแล้วนั้น พยาบาลคาดหวังว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องอะไร นอกจากนั้นแล้วทางด้านผู้ดูแลเองคาดหวังว่าตนควรจะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อปรับความคาดหวังให้ตรงกัน ในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามซึ่งมี 2 ตอน โดยใช้เวลาในการทำประมาณ 30-40 นาที โดยคำตอบของท่านจะเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังของพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

คำชี้แจง เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพแล้ว ท่านคิดว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ควรจะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง มีคำตอบให้เลือก 4 ข้อ โดยท่านเลือกเพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องนั้น

คำอธิบาย

ไม่ควรทำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบไม่คาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วย
 ควรทำเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วย
 ควรทำร่วมกับพยาบาล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบคาดหวังให้ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วย
 โดยลงมือปฏิบัติร่วมกับพยาบาล
 ไม่ทราบ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ตอบไม่ทราบว่าผู้ดูแลควรปฏิบัติอย่างไร

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำ ร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย				
1. เช็ดตัว อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย				
2. สระผมให้ผู้ป่วย				
3. เช็ดปาก แปรงฟัน ให้บ้วนปาก				
4. ดูแลเล็บมือ เล็บเท้า ให้สั้น และ สะอาด				
5. เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนให้เมื่อสกปรก และ ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง				
6. ดูดเสมหะจากปาก จมูก ด้วยลูกสูบยางแดง				
7. ดูดเสมหะจากท่อที่เจาะหลอดลมคอ ปากและจมูก ด้วยสายยางต่อจากเครื่องดูดเสมหะ				
8. เคาะปอดและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะออก				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
9. เช็ดตัวเมื่อผู้ป่วยมีไข้				
10. ช่วยนวดกล้ามเนื้อ ออกกำลังแขน ขาเพื่อฟื้นฟูสภาพ				
11. นวดเบาๆบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับหรือทาโลชั่น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง				
12. พลิกตะแคงตัว จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย ทุก 1-2 ชั่วโมง				
13. ป้อนอาหาร/ น้ำ ให้แก่ผู้ป่วย				
14. ให้อาหารเหลวทางสายยางที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก				
15. สังเกตและรายงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลง และ/ความผิดปกติต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้ ชัก อาเจียน มีการติดแข็งของข้อต่อ ผิวหนังมีรอยแดง แห้งแตก หรือ มีผื่นคัน				
16. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างเตียงกับรถเข็น ในการส่งตรวจ/ส่งผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ				
17. จด/จำ ปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน และดื่มในแต่ละวัน				
18. ดูแล/ป้อนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่พยาบาลจัดเตรียมมาให้				
19. ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น ดูแลความสะอาดของที่นอน โตะข้างเตียงและ รอบๆเตียง				
20. สอดกษานะร่องรับอุจจาระ ปัสสาวะ/หาไปห้องน้ำ เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่าย				
21. ใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยชาย /ใส่ผ้ารองปัสสาวะ แพนเพอร์สหรือเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่เป็นปัสสาวะ ให้แก่ผู้ป่วยหญิง ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
22. ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและอวัยวะ สืบพันธุ์ภายหลังการขับถ่าย				
23. จด/จำ จำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระและ ปัสสาวะในแต่ละวัน				
24. เหน็บยา/สวนอุจจาระด้วยลูกสูบสำหรับสวน ตาม แผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก				
25. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ หรือ วิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรมตามที่ได้รับ การสอน / แนะนำ จากเจ้าหน้าที่				
26. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตบ่อย ๆ				
27. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายข้างที่เป็นอัมพาต โดยวิธีต่างๆ เช่น ใช้มือข้างที่ปกติดูได้/บีบนวด แขน ขาข้างที่เป็นอัมพาต				
28. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้า เช่น ให้อสัมผัสวัตถุที่มี ผิวแตกต่างกัน พูดยกับผู้ป่วยหรือเปิดวิทยุให้ฟัง บ่อยๆ หรือ ชี้/แนะให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่างๆ รอบตัว ให้ครบถ้วนต่างๆที่ผู้ป่วยคุ้นเคย				
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์และ สังคม				
29. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆตามความสามารถ				
30. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วย ตนเอง				
31. รับฟังและขอรับการแสดงออก/การเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย				
32. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าทุกคนยังยอมรับนับถือเขาอยู่ เช่น พูดยกับผู้ป่วยด้วยวาจาทำทางสุภาพ ไม่ว่า กล่าวหรือคำหยาบคายกับผู้ป่วย				

กิจกรรม	ไม่ ควร ทำ	ควร ทำ เอง	ทำร่วม กับ พยาบาล	ไม่ ทราบ
33. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญต่อคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เช่น โดยการชักชวนให้เพื่อนญาติหรือบุคคลอื่นมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ				
34. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด / แสดงท่าทาง เพื่อระบายความรู้สึก				
35. ให้ความสนใจ คอยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ				
36. ปลอดภัย สัมผัส ให้กำลังใจ เมื่อมีอาการเจ็บปวดวิตกกังวล ตับข้องใจ หรือ เสรีาโทกเสียใจ				
37. ไปเป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยต้องไปตรวจ / รักษาพิเศษ เช่น ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นหัวใจ ทำกายภาพบำบัด				
38. คาดคะเน / ประเมินความต้องการของผู้ป่วย				
39. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิตในภพหน้า				
40. เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่น เช่น อธิบายความต้องการของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ อธิบายความรู้สึกหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ				
41. ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง เช่น อธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้ผู้อื่นเข้าใจ				
42. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้ความเป็นไปของสังคมรอบข้าง เช่น ให้อ่านหนังสือปัจจุบันผู้ป่วยอยู่ที่ไหน มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในบ้าน/ในที่ทำงานบ้าง				
43. พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพทางสังคม				

ภาคผนวก ข.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ตะบูนหงส์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นางสุจินต์ สุรภาคย์หงส์
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
3. นางสาวกาญจนา จันทร์สุวรรณ
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
4. นางกรรณิกา รุ่งเรืองกลกิจ
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
5. อาจารย์ จารุวรรณ มานะสุगर
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์