

ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Primary caregivers' capabilities for providing quality care to hospitalised stroke patients during
the pre-discharge transitional period

จอม สุวรรณโณ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

Jom Suwanno RN, M.N.S (Adult Nursing)

บทคัดย่อ

ความสามารถของผู้ดูแลเป็นสะพานเชื่อมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดเรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 80 ราย เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติจากผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคใต้จำนวน 2 แห่ง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ (1) การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ (2) การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล (3) การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนและการนอนหลับ และ(4) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

คำสำคัญ : การจำหน่ายผู้ป่วย, ความสามารถของผู้ดูแล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ระยะเปลี่ยนผ่าน

Abstract

The primary caregiver plays the most critical role in ensuring continuous quality care to patients during the transition from hospital-based care to home care. The purpose of this study was to evaluate the primary caregivers' capabilities for providing quality care to hospitalised stroke

* อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

patients before discharge. The theoretical framework of the study was derived from the concepts of dependent care agency in Orem's Self-Care theory, and family care provision for the elderly and chronically ill patients.

The sample for the study consisted of 80 primary caregivers of stroke patients who had been admitted to medical wards of two tertiary hospitals in southern Thailand. Demographic data of the caregivers and patients as well as information on the patients' daily activities were obtained by means of a questionnaire. Participant observation and open-ended interview were used to evaluate the primary caregivers' capabilities for meeting patients' self-care requisites.

The results of this study indicated that stroke patients had severe self-care limitations. The overall capabilities of primary caregivers were rated as fair to good. The good rating applied to (1) maintenance of sufficient intakes of water and food; (2) subsequent hygiene care; (3) provision of sleep and rest; and (4) provision of social interaction.

Key words : Patient discharge, Caregivers' capabilities, Caregivers, Stroke patient, Transitional period

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรกของประชากร-

โลก (Thorvoldsen, Asplund, Kuulasmaa, Rajakangas, & Schroll, 1995) แล้วนั้น ผู้ป่วยกลุ่มที่รอดชีวิตมีความพิการเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Bonita & Beaghole, 1995; Douglas & Peterson, 1995) ภาพรวมของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะทุพพลภาพ ด้อยสมรรถภาพมีความพิการถาวรและมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การสังเกตติดตามช่วยเหลือเป็นพิเศษในระยะยาวทั้งในขณะที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย มีหลักฐานการทบทวนความรู้จากงานวิจัย (Houde, 2002) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านทักษะความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลและบำบัดรักษาหลายวิธีอย่างต่อเนื่อง การพึ่งพาเฉพาะแหล่งประโยชน์จากสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และสถานที่ จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงพอ นอกจากนั้นนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายทาง

สุขภาพและกรอบการวินิจฉัยจำแนกโรคผลักดันให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจึงต้องมีผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านควรมีโอกาสเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเมื่อมีการคาดการณ์ว่าตนจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกันการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการตรวจสอบความพร้อมหรือความไม่พร้อมของผู้ดูแล มีหลักฐานจากงานวิจัยพบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูงจะมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่าไม่ใช่เรื่องยากลำบาก สามารถช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้โดยใช้เวลาไม่มากนัก และสามารถวางแผนจัดการสวดแทรกการดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีการฟื้นฟูหายเร็ว (Baker, 1993) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง (Evans, Bishop, & Matlock, 1987) และผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993) ความสามารถของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำนายประสบการณ์ และการตอบสนองในบทบาทของญาติผู้ดูแลทางบวก

(Browning & Schwirian, 1994) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความสามารถของญาติผู้ดูแลเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การบรรลุถึงเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการตอบคำถามว่าผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลมากน้อยเพียงใด โดยประเมินในระยะเปลี่ยนผ่านช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พื้นฐานความคิดของการวิจัยครั้งนี้สังเคราะห์มาจากทฤษฎีความสามารถในการดูแล

บุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent-care agency) ของ โอเร็ม (Orem, 1991; 1995) และแนวคิดเกี่ยวกับ ผู้ดูแล (family caregiver) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง (Given & Given, 1991; Horowitz, 1985; Schulz, Biegel, Moryce, & Visintainer, 1989)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991, 1995) เสนอแนวคิดสำคัญ 2 ส่วนเกี่ยวข้องกับ ความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการดูแล สุขภาพของตนเอง (self-care theory) ทั้งในภาวะ ปกติและเมื่อ เจ็บป่วยกับความรับผิดชอบของบุคคล ในการรับผิดชอบจัดการดูแลสุขภาพทดแทนให้แก่ ผู้อื่น (dependent-care theory) โดยเฉพาะผู้ป่วย เรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเอง หรือภาวะที่ต้องการการ ดูแลเพิ่มขึ้นจากปกติ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่ต้องการอาหารทางสายยาง การใส่คาสาย สวนปัสสาวะในรายที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือการออกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา นับว่าเป็นความ ต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจะ กระทำได้เองอย่างเพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน การรู้คิด การเคลื่อนไหว หรือการตัดสินใจลงมือ กระทำ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือทด แทนจากบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลหรือจากศัพท์ภาษาอังกฤษที่มี หลักฐานปรากฏใช้ในทางการแพทย์และสุขภาพ คือ “family caregiver” หรือ “informal caregiver” หรือ “informal carer” หมายถึง ผู้ดูแลหรือบุคคล ทั่วไปที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้าน (Davis, 1992) ซึ่งก็คือผู้ที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ ต้องพึ่งพา (dependent care agent) ตามแนวคิดของ

โอเร็มนั่นเอง ผู้ดูแลในที่นี้อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ซึ่งทำหน้าที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (care receiver) ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่อง จากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของ สมรรถนะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และการรู้คิดตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัด ในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดการ ดูแล และการบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดง บทบาทหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความต้องการดังกล่าวจะต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา หนึ่งหรือตลอดไป และการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น เป็นการให้การช่วยเหลือดูแลที่ไม่ได้รับการตอบแทน ที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล นั่นคือ มุ่งเน้นที่การดูแล กันเองของบุคคลในครอบครัวและคนในสังคมที่ ไม่ใช่ลักษณะการดูแลแบบวิชาชีพหรือการว่าจ้าง (Horowitz, 1985; Schulz, Bieegel, Morycz, & Visintainer, 1989)

จากเนื้อหาแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา โอเร็ม (Orem, 1995) มองว่าโดยปกติ สมาชิกในครอบครัวมีการจัดระบบแบ่งความรับ รับผิดชอบเพื่อจัดการดูแลผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือ ดูแลบุคคลในครอบครัวอยู่แล้วทั้งในภาวะปกติและ เมื่อเจ็บป่วย เช่นเดียวกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง สมาชิกที่เหลือแต่ละคนจะมีการ แบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ตามประเภทของผู้ดูแล ซึ่งฮอว์วิทซ์ (Horowitz, 1985) จำแนกประเภทของผู้ดูแลไว้ 2 ประเภท โดยพิจารณาตามลักษณะการให้ความช่วยเหลือ

ขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) ผู้ดูแลหลัก หรือ primary caregiver เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) มุ่งเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเป็นหลัก เช่น การอาบน้ำ เช็ดตัว ป้อนอาหาร พลิกตะแคงตัว เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ และ (2) ผู้ดูแลรอง หรือ secondary caregiver เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในบริบทของการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ในการจัดการดูแลด้านอื่น ๆ (give indirect care) มากกว่าการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง ลักษณะการช่วยเหลือของผู้ดูแลรอง ได้แก่ การจัดการด้านการเงิน การเดินทาง การจัดการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือพบเจ้าหน้าที่สุขภาพ การเป็นธุระติดต่อกับชุมชน เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือผู้ดูแลหลักต้องการพักผ่อนหรืออาจช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรมแต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรู้คิด ประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม จึงมีข้อจำกัดทั้งในการพิจารณาตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง และการประเมินผลการกระทำ เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลจึงต้องเรียนรู้และพัฒนาทักษะความสามารถที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ การดูแลให้ได้รับน้ำและอาหาร การพักผ่อน การขับถ่ายปัสสาวะ ความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลผิวหนัง การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุและภัยอันตราย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการบำบัดรักษาที่จำเป็น (Leahy, 1991) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องได้เรียนรู้และได้รับการพัฒนาตั้งแต่ในระยะเวลาที่ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในเขตพื้นที่ภาคใต้ โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของโรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติ 1-2 คนสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักจำนวน 80 รายที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ ได้จากการเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติ ดังนี้คือ (1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการครั้งแรกและที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

(2) มีระยะเวลาการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 วัน และ (3) ผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ดีและสามารถสื่อความหมายได้เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย กลางหรือภาษาท้องถิ่นภาคใต้ที่ไม่ใช่ภาษายาวี ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแต่ละรายเพียง 1 คนเท่านั้นเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือ ผู้ดูแลและทบทวนจากแฟ้มเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพและความเจ็บป่วย และ (2) แบบบันทึก ข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล หลัก ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพในการ ดูแลผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์

2. แบบประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ของ บาร์เทิล (Barthel Index: Activity of Daily Living: ADLs) ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้าน ร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อบ่งชี้ถึงข้อจำกัดใน การดูแลตนเองและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยทั้งสิ้น 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อน- ย้าย การเดิน การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ เช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือ กระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการ ถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน

การศึกษานี้ใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (ชวลี แยมวงษ์, 2538) ตัดทอนคะแนนแต่ละด้าน 2.5 ส่วน เหลือคะแนนเต็ม 40 คะแนน การประเมินในระยะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลไม่มี กิจกรรมการขึ้นลงบันไดจึงได้ตัดออกไป คงเหลือ 9 กิจกรรม คะแนนเต็ม 36 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาลดลง เครื่องมือนี้ได้รับการ ยอมรับว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้แพร่หลาย ในงานวิจัยต่างๆและมีค่าความเชื่อมั่นสูงเมื่อนำมา ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาสูงกว่า 0.85 (Granger, Albrecht, & Hamilton, 1979) ความเที่ยงของการสังเกตโดย ผู้สังเกต 2 คน สูงกว่า 0.95 (Shinar, Gross, & Bronstein, 1987) สัมประสิทธิ์ความสอดคล้องชนิด Kendall's coefficient ระหว่างผู้สังเกต 4 คนสูงถึง 0.93 (Shah, Vancley, & Cooper, 1989)

เครื่องมือฉบับภาษาไทย ผ่านการตรวจ สอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการ พยาบาล 3 ท่าน เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.93 และ ความเที่ยงของการสังเกตโดยผู้สังเกต 2 คน 0.97 (ชวลี แยมวงษ์, 2538) การทดสอบกับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในการวิจัยครั้งนี้ 20 รายได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟา 0.95

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับเดิมที่ใช้ สำหรับวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล (ประสมศรี บุญยตุลา- นนท์ และสุจินต์ สุระภาคย์พงศ์, 2539) สร้างขึ้น

ตามกรอบแนวคิดเรื่อง ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของโอเร็ม เพื่อประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย 9 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยจำนวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมทั้งสิ้น 36 กิจกรรมย่อย

ผู้วิจัยปรับเกณฑ์การให้คะแนนให้มีความละเอียดและชัดเจนขึ้น และตัดกิจกรรมการดูแลออก 3 ข้อ ในด้านการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผู้ดูแลปฏิบัติจริงขณะดูแลผู้ป่วยช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คงเหลือกิจกรรมที่ประเมินจริง 33 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับ จาก 0-2 คะแนน คะแนนความสามารถสูงสุด 66 คะแนนและต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนที่ได้ในแต่ละกิจกรรมของข้อย่อยในแต่ละด้านจะนำมารวมกันแล้วแปลความหมายเป็นความสามารถของญาติผู้ดูแล 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และต้องปรับปรุง เครื่องมือฉบับปรับปรุงแก้ไขได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากนักวิชาการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 5 ท่าน และเมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงของการสังเกตในผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน ได้ค่าความเที่ยงในการสังเกต 0.97

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายเพียง 1 คน เท่านั้น โดยผู้วิจัยไปพบญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนะนำตัวเองและชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์แก่ญาติและ/หรือผู้ป่วย เมื่อได้รับการตอบรับเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะเข้าไปสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับญาติและผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอวันละ 1-2 ครั้งตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินจากคะแนนระดับความรู้สึกตัวของกลาสโก (Glasgow's Coma Scale) คงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลงติดต่อกันอย่างน้อย 42 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ การบาดเจ็บด้วยเครื่องช่วยหายใจ ภาวะสมองบวม ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยในวันแรกที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในวันต่อไปประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย สังเกตและสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของญาติผู้ดูแลวันละ 1 ครั้งจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window ใช้สถิติบรรยายแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน และค่าความเบ้

ผลการวิจัย

รายงานการวิจัยนี้นำเสนอลักษณะของผู้ดูแล ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความ

สามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้การดูแลและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแลหลักจำนวน 80 ราย แสดงในตารางที่ 1 เป็นเพศหญิง 66 ราย ชาย 14 ราย อายุระหว่าง 17-64 ปี (เฉลี่ย 39.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.5) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลทุกรายเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรมากที่สุด และพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และรับรู้สุขภาพว่าตนเองแข็งแรงดี เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3 - 7 วันต่อ

สัปดาห์ (เฉลี่ย 5.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) แต่ละวันใช้เวลาดูแล 8-24 ชั่วโมง (เฉลี่ย 21.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5) โดยเกือบทั้งหมดคือ 76 ราย มีญาติผู้ดูแลรองช่วยเหลือ 1-10 คน

ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ แสดงในตารางที่ 2 เป็นเพศชาย 42 คน หญิง 38 คน อายุระหว่าง 34-86 ปี (เฉลี่ย 65.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.8) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการตีบของหลอดเลือด 50 ราย มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว 72 ราย ที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 58 ราย สูบบุหรี่ 43 ราย ผู้ป่วยมีปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกขวา 41 ราย ซีกซ้าย 39 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือความจำและการรู้คิดลดลง 58 ราย ด้านการสื่อสาร 59 ราย กลืนลำบาก 56 ราย ข้อติด/กล้ามเนื้อสับ 18 ราย และเกิดแผลกดทับ 16 ราย จำนวนวันที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 4-72 วัน (เฉลี่ย 11.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 80)

ลักษณะญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			การพักอาศัยกับผู้ป่วย		
หญิง	66	82.5	อยู่บ้านเดียวกัน	64	80.0
ชาย	14	17.5	อยู่คนละบ้าน	16	20.0
อายุ(ปี)			โรคประจำตัว		
ค่าพิสัย 17-64			ไม่มี	68	85.0
ค่าเฉลี่ย 39.5			มี	12	15.0
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.5			การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ศาสนา			แข็งแรงดี	62	77.5
พุทธ	60	75.0	มีปัญหาเล็กน้อย	12	15.0
อิสลาม	20	25.0	มีปัญหาปานกลาง	6	7.5
ระดับการศึกษา			การใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่ได้เรียน	14	17.5	จำนวนวันต่อสัปดาห์		
ประถมศึกษา	48	60.0	ค่าพิสัย 3-7		
มัธยมศึกษา	10	12.5	ค่าเฉลี่ย 5.8		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	8	10.0	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2		
อาชีพ			จำนวนชั่วโมงต่อวัน		
เกษตรกร	52	65.0	ค่าพิสัย 8-24		
รับจ้าง	14	17.5	ค่าเฉลี่ย 21.2		
ธุรกิจส่วนตัว	8	10.0	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.5		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	7.5	การช่วยเหลือจากผู้ดูแลรอง		
ค่าใช้จ่าย			มี	76	95.0
เพียงพอ	64	80.0	ไม่มี	4	5.0
ไม่เพียงพอ	16	20.0	จำนวนญาติผู้ดูแลรอง(คน)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			ค่าพิสัย 1-10		
บุตร	48	60.0	ค่าฐานนิยม 3		
คู่สมรส	24	30.0			
หลาน	3	3.8			
สะใภ้	3	3.8			
มารดา	2	2.4			

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 80)

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ		
ชาย	42	52.5	ครึ่งซีกขวา	41	51.3
หญิง	38	47.5	ครึ่งซีกซ้าย	39	48.7
อายุ(ปี)			ปัญหาความจำและการรู้คิด		
ค่าพิสัย 34-86			ไม่มี	22	27.5
ค่าเฉลี่ย 65.6			มี	58	72.5
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.8			ปัญหาการสื่อสาร		
สาเหตุของโรค			ไม่มี	21	26.3
หลอดเลือดสมองตีบ	50	62.5	มี	59	37.7
หลอดเลือดสมองแตก	26	32.5	ปัญหาการกลืน		
หลอดเลือดสมองอุดตัน	4	5.0	ไม่มี	24	30.0
โรคประจำตัว			มี	56	50.0
ไม่มี	8	10.0	ปัญหาข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ		
มี*	72	90.0	ไม่มี	62	77.5
ความดันโลหิตสูง	58	80.5	มี	18	22.5
โรคเบาหวาน	20	27.8	แผลกดทับ		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	16	22.2	ไม่มี	64	80.0
โรคระบบกระดูกและข้อ	10	13.9	มี	16	20.0
โรคระบบหายใจ	8	11.1	จำนวนวันที่รักษา		
การสูบบุหรี่			อยู่โรงพยาบาล(วัน)		
สูบ	43	53.8	ค่าพิสัย 4-72		
ไม่สูบ	37	46.2	ค่าเฉลี่ย 11.7		
			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5		

*ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่ามีมากกว่า 1 โรค

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแล กลุ่มนี้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอย่างมากทุกด้าน คะแนนความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน (เฉลี่ย 6.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.98) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ค่าความเบ้เท่ากับ 1.34

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล (n = 80)

กิจวัตรประจำวัน	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	ค่าความเบ้
รายด้าน						
การรับประทานอาหาร	0-4	0-4	0.73	1.11	0	1.22
การเคลื่อนย้าย	0-6	0-4	1.73	1.14	2	-0.03
การเดิน	0-6	0-4	1.07	1.46	0	1.14
การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า	0-4	0-4	0.33	0.76	0	1.88
การอาบน้ำเช็ดตัว	0-2	0-1	1.33	0.35	0	2.27
สุขวิทยาส่วนบุคคล	0-2	0-1	0.17	0.38	0	1.88
การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน	0-4	0-4	0.27	0.69	0	2.27
การควบคุมการถ่ายอุจจาระ	0-4	0-4	1.20	1.69	0	0.72
การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ	0-4	0-4	1.20	1.63	0	0.89
โดยรวม	0-36	0-26	6.96	7.98	3	1.34

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำแนกตามรายด้าน (n = 80)

ความสามารถของญาติผู้ดูแลรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้	ระดับความสามารถ
1. การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	0-12	5-12	10.3	1.6	-0.9	ดี
2. การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจ*	0-10	0-10	4.2	2.2	0.3	ปานกลาง
3. การดูแลด้านการขับถ่าย**	0-12	3-9	6.0	3.2	-0.2	ปานกลาง
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล	0-6	3-6	5.8	0.7	-2.4	ดี
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	0-4	1-4	2.4	0.8	-0.1	ปานกลาง
6. การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน	0-10	1-8	5.5	1.7	-1.2	ปานกลาง
7. การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน	0-4	4	4	0.0	0.0	ดี
8. การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์	0-6	3-6	5.6	0.5	-3.9	ดี
9. การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา	0-2	1	1	0.0	0.0	ปานกลาง

เนื่องจากการประเมินรายการกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยใส่คาท่อหลอดลมคอ 6 ราย ใส่คาสายสวนปัสสาวะ 12 รายจึงคิดคะแนนจากญาติผู้ดูแล 6 ราย* และ

12 ราย** ตามลำดับ และที่เหลือกำหนดคะแนนให้เป็นค่าศูนย์หาก่อนคำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมรายด้าน

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกตามรายกิจกรรม (n = 80)

ความสามารถของญาติผู้ดูแล รายกิจกรรม	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน		ดูแลไม่ถูกต้อง (คะแนน 0)	
	(คะแนน 2)		(คะแนน 1)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ						
การเตรียมอาหารได้เหมาะสม	69	86.2	11	13.8	0	0
การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร	51	63.8	29	36.2	0	0
การดูแลให้ได้รับอาหาร	77	96.3	3	3.7	0	0
การป้องกันการสำลักอาหาร	32	40.0	48	60.0	0	0
การแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหาร	37	46.2	35	43.8	8	10.0
การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	74	92.5	6	7.5	0	0
การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ						
การประเมินลักษณะการหายใจ	16	20.0	59	73.8	5	6.2
การจัดเสมหะ หรือน้ำลายในปาก คอ	3	3.7	26	32.5	51	63.8
การดูแลท่อเจาะคอ*	1	16.6	5	83.4	0	0
การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ	3	3.7	42	52.5	25	31.3
การป้องกันการติดเชื้อในระบบหายใจ	8	10.0	50	62.5	22	27.5
การดูแลด้านการขับถ่าย						
การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	61	76.3	16	20.0	3	3.7
การฝึกขับถ่าย	11	13.7	16	20.0	53	66.3
การแก้ไขปัญหาท้องผูก	37	46.3	40	50.0	3	3.7
การแก้ไขปัญหาท้องเสีย	5	6.2	53	66.3	14	17.5
การดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง	0	0	32	40.0	48	60.0
การดูแลเมื่อใส่คาสายสวนปัสสาวะ**	3	25.0	9	75.0	0	0
การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล						
การดูแลความสะอาดร่างกาย	72	90.0	8	10.0	0	0
การดูแลความสะอาดปากและฟัน	64	80.0	16	20.0	0	0
การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน	72	90.0	8	10.0	0	0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความสามารถของญาติผู้ดูแล รายการกิจกรรม	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน		ดูแลไม่ถูกต้อง (คะแนน 0)	
	(คะแนน 2)		(คะแนน 1)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรม และการออกกำลังกาย						
การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย	37	46.8	40	50.0	3	3.7
การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	35	43.8	42	52.5	3	3.7
การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและ ภาวะแทรกซ้อน						
การกระตุ้นให้สนใจแขนข้างอ่อนแรง	0	0	51	63.7	29	36.3
การกระตุ้นให้สนใจขาข้างอ่อนแรง	3	3.7	48	60.0	29	36.3
การป้องกันอุบัติเหตุ	58	72.5	14	17.5	8	10.0
การป้องกันแผลกดทับ	13	16.2	59	73.8	8	10.0
การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ	24	30.0	51	63.7	5	6.3
การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน						
การดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับ	80	100	0	0	0	0
การดูแลให้ผู้ปวยพักผ่อนหย่อนใจ	80	100	0	0	0	0

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล

ระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรง-
พยาบาล ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับดี
4 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่าง
เพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยา
ส่วนบุคคล การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และ
การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
ด้านที่เหลือสามารถให้การดูแลได้ในระดับปานกลาง

ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อพิจารณารายกิจกรรมใน
ตารางที่ 5 พบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ
ตั้งแต่ร้อยละ 46.7 ถึง ร้อยละ 100 สามารถดูแลได้
อย่างถูกต้องครบถ้วน (คะแนน 2) มีจำนวน 15
กิจกรรม เรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ การดูแลให้
ผู้ป่วยนอนหลับ การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ
การดูแลให้ได้รับอาหาร การสื่อสารกับผู้ป่วย การ
ดูแลให้ได้รับน้ำ การจัดเวลาพักผ่อนตัวให้ผู้ป่วยตาม
ความต้องการ การช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อกับสื่อสารกับ
ผู้อื่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยน

เสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การเตรียมอาหารได้เหมาะสม การดูแลความสะอาดปากและฟัน การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การป้องกันอุบัติเหตุ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร และการแก้ไขปัญหาลักษณะการรับประทานอาหาร กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 100 สามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (คะแนน 1) มี 14 กิจกรรม เรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ การดูแลให้ได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การดูแลเมื่อใส่คาสายสวนปัสสาวะ การประเมินลักษณะการหายใจ การป้องกันแผลกดทับ การแก้ไขปัญหาท้องเสีย การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การกระตุ้นให้สนใจแขนขาที่อ่อนแรง การป้องกันการสำลักอาหาร การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ไขปัญหาท้องผูก และการช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกาย มีเพียง 3 กิจกรรมเท่านั้นที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ตั้งแต่ร้อยละ 60.0 ถึงร้อยละ 66.7 ดูแลไม่ถูกต้อง (คะแนน 0) เรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ การฝึกขับถ่าย การขจัดเสมหะหรือน้ำลายในปากและคอ และการดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน เห็นได้ชัดจากการประเมินความ

สามารถในการทำหน้าที่โดยใช้แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ บาร์เทล (Barthel Index) มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ระหว่าง 0-26 คะแนน และส่วนใหญ่ 0 คะแนน (เฉลี่ย 6.92 คะแนนเต็ม 36 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Duncan, Goldstein, Matchar, Divine, & Feussmer, 1997) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ และต่ำกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญด้านสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม ตำแหน่ง ขนาดของรอยโรค อันเป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทควบคุม การเคลื่อนไหว ระบบประสาทสัมผัส และการสื่อความหมาย จึงปรากฏอาการแสดงทางคลินิกหลายอย่างร่วมกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกซ้ายและขวาเป็นจำนวนใกล้เคียงกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย การเดินหรือกระทำการกิจกรรมต่างๆ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การรับประทานอาหาร ด้านความจำและการรู้คิด ทำให้กระบวนการตัดสินใจ การริเริ่มทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่สามารถจัดการสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองได้เต็มที่

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและต้องการการดูแลช่วยเหลือทุกด้านในเวลาเดียวกัน แต่ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถและทักษะการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่มาเฝ้าดูแล ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลได้เรียนรู้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ร่วมกันกับผู้ดูแลรายอื่น ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งที่ให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา นอกจากส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองแล้ว ยังเป็นการเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ตามสถานการณ์ธรรมชาติ

ดังจะเห็นได้ว่า คณะแนวความสามารถรายด้านของผู้ดูแลระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี และปานกลาง (ตารางที่ 4) แสดงว่าญาติผู้ดูแลสามารถสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม นั่นคือส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นจำนวนพอ ๆ กับกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านแตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรม ทักษะที่จำเป็น และเทคโนโลยีที่ใช้ จำแนกได้ 2 กรณี คือ (1) ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยไม่ยุ่งยาก ชุดของกิจกรรม/ทักษะและเทคโนโลยีการดูแลไม่ซับซ้อน ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง/เหมาะสม/ปลอดภัย และ (2) ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ยุ่งยาก ชุดของกิจกรรม/ทักษะการดูแลและเทคโนโลยีการดูแลซับซ้อน ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย

ผู้ป่วยที่มีความต้องการไม่ซับซ้อนสามารถตอบสนองได้ด้วยชุดของกิจกรรม/ทักษะและเทคโนโลยีการดูแลไม่ซับซ้อน ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง/เหมาะสม/ปลอดภัย

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยรายด้านพบว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในเกณฑ์ดี 4 ด้าน คือ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน และการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาพักผ่อนตัว

ผู้ดูแลทุกรายรับรู้ว่าการดูแลดังกล่าวเป็นความต้องการการดูแลที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สามารถให้การช่วยเหลือได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนเป็นส่วนใหญ่เกือบทุกกิจกรรมสนับสนุนแนวคิดของเทย์เลอร์ (Taylor, 1989) อธิบายว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความยุ่งยากซับซ้อนของชุดกิจกรรม และเทคโนโลยีที่ใช้ ดังจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหาร การดูแลให้ได้รับน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดปากและฟัน การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับ การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ การจัดเวลาพักผ่อนตัวให้ผู้ป่วยตามความต้องการการช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นต้น (ตารางที่ 5) ล้วนเป็นกิจกรรมการดูแลที่ไม่ยุ่งยาก ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยตระหนักรู้ว่าเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ และต้องการความช่วยเหลือที่สามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยาก จึงลงมือกระทำให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้ ยังเรียนรู้จากการจดจำประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน การสังเกตวิธีปฏิบัติทักษะของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาล และญาติผู้ดูแลรายอื่น มีการทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการตรวจสอบหรือชี้แนะจากบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาหาข้อมูลและความรู้จากสื่อต่างๆที่มีในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อน ตอบสนองได้ด้วยชุดของกิจกรรม/ทักษะและเทคโนโลยีการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย กิจกรรมที่มีวิธีการและขั้นตอนการดูแลซับซ้อนหรือต้องใช้ทักษะเฉพาะ เช่น การป้องกันการสำลักอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การประเมินลักษณะการหายใจ การช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยหายใจผิดปกติ การดูแลท่อเจาะคอ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การแก้ไขปัญหาท้องเดิน การแก้ไขปัญหาท้องผูก การดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึง ร้อยละ 73.3 ผู้ดูแลได้ถูกต้องบางส่วน เนื่องจาก ความต้องการการดูแลดังกล่าวมีความซับซ้อน และต้องใช้เทคโนโลยี ถึงแม้ว่าผู้ดูแลพยายามเรียนรู้ด้วยตนเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ด้วยตระหนักว่าหากผู้ดูแลไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย แต่การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นด้วยความบังเอิญตามสถานการณ์

เมื่อผู้ดูแลสอบถามหรือขอความช่วยเหลือจากพยาบาลตามโอกาสอำนวย หรือเมื่อเห็นว่าพยาบาลมีเวลา พยาบาลให้การช่วยเหลือ/แนะนำที่เพียงพอ เห็นว่าผู้ดูแลกำลังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลยังขาดการจัดระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลอย่างแท้จริง ผลที่ตามมาคือผู้ดูแลยังไม่ได้พัฒนาทักษะการดูแล ในกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถซับซ้อน โดยเฉพาะการดูแลเกี่ยวกับการหายใจและการได้รับอากาศ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังขาดโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ เห็นได้จากการดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลได้ถูกต้องเพียงบางส่วน เนื่องจากเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เนื่องจาก “มีอาการหนัก” หรือ “อาการเพียบ” จึงต้องให้นอนบนเตียงอย่างเดียว ไม่ควรให้ขยับเคลื่อนไหวมากเพราะจะทำให้ “กระทบกระเทือน” และ “กลัวตกเตียง” ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือแต่เนิ่นๆจาก ผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ และต้องนอนติดเตียงในระยะยาว

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลไม่ถูกต้อง 3 กิจกรรม โดยเฉพาะการฝึกการขับถ่าย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก แต่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงความสำคัญและเป้าหมายของการดูแลนี้ จึงไม่ได้ฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งกระโถน หรือเข้าห้องส้วมเป็นเวลา แต่จะดูแลช่วยเหลือเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการถ่ายเท่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีปัญหาท้องผูก ส่วนการช่วยขจัดเสมหะหรือน้ำลายในปากและคอ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการและขั้นตอนการช่วยเหลือ คิดว่าปล่อยไว้ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย รอให้ผู้ป่วยไอออกมาเอง และไม่สามารถประเมินได้ว่า เมื่อใดที่ควรแจ้งให้พยาบาลช่วยดูดเสมหะหรือน้ำลายผู้ป่วย กิจกรรมสุดท้าย คือ การดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง พบว่าผู้ดูแลไม่สามารถประเมินการคั่งค้างของปัสสาวะและไม่สามารถช่วยเหลือนั้นได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลเหล่านี้ต้องใช้ความสามารถเฉพาะและผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ฝึกฝน

ผู้ดูแลทุกรายได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล ทั้งโดยตรงและทางอ้อม พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแล โดยการให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอน การสาธิตให้ดู และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การฝึกให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การฝึกพลิกตะแคงตัว การดูแลท่อหลอดลมคอ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การออกกำลังและบริหาร กล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ยังคอยตรวจสอบความปลอดภัย

ในการดูแลผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ และแก้ไขให้เมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในขณะเดียวกันผู้ดูแลยังเรียนรู้โดยการสังเกตจากการปฏิบัติของพยาบาล และสอบถามจากพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระบบบริการที่ให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เป็นการสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลแบบยั่งยืน ควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและการจัดการให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะความยุ่งยากของชุดกิจกรรม ความซับซ้อนของทักษะและเทคโนโลยีที่ใช้ ผู้ดูแลมีศักยภาพในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะที่จำเป็นได้ด้วยตนเอง และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง/เหมาะสม/ปลอดภัย ในกรณีที่มีการดูแลนั้นไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีซับซ้อน ระบบการพยาบาลควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล โดยจัดทำเอกสาร คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เตรียมไว้ในหอผู้ป่วย รวมทั้งจัดเตรียมสื่อการเรียนรู้อื่นๆ เช่น วีดิทัศน์ แถบบันทึกเสียง หรือ สไลด์ประกอบเสียง ใช้ร่วมกับการอธิบาย บรรยาย หรือให้ญาติผู้ดูแลเฝ้าไปศึกษาด้วยตนเอง การจัดระบบดูแล

ดังกล่าวเป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแล

นอกจากนี้ควรมีการประเมินและบันทึกความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยควบคู่กับความสามารถที่จำเป็นของผู้ดูแลเป็นระยะๆตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยเฉพาะด้านที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ดีและเสี่ยงต่ออันตราย ได้แก่ การป้องกันการสำลักอาหาร การให้อาหารทางสายให้อาหาร การประเมินลักษณะการหายใจ การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ การดูแลท่อเจาะคอ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การแก้ไขปัญหาท้องเดิน การแก้ไขปัญหาท้องผูก การดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง การดูแลผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน และการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา ระบบบริการควรมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลทุกรายได้มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

รูปแบบการพยาบาลควรมุ่งเน้นที่การจัดการสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล นั่นคือนอกจากให้การพยาบาลโดยตรงแล้วพยาบาลควรทำหน้าที่

เป็นผู้จัดการทางสุขภาพ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบในแผนการจำหน่าย ควรมีห้องเรียนสำหรับสาธิตหรือฝึ กอบรมทักษะของผู้ดูแล โดยเฉพาะ มีการติดต่อประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและครอบคลุมต่อเนื่องเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลใกล้บ้าน จัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรจัดให้มีสถานบริการหลาย าระดับหรือแหล่งประโยชน์อื่นในชุมชนนอกเหนือจากโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เช่น องค์กรต่างๆที่ให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น หน่วยให้บริการปรึกษา การจัดสวัสดิการที่จำเป็น สิทธิในการเบิกค่ารักษาหรือบริการอื่นที่บ้าน สถานรับดูแลผู้ป่วยชั่วคราว หรือจัดอาสาสมัครผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- ชวลี แยมวงษ์. (2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำ กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสมศรี บุญยตุลานนท์ และสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์. (2539). การพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. รายงานการวิจัย. ไม่ได้ตีพิมพ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา.
- Baker, A.C. (1993). The spouse's positive effect on the stroke patient's recovery. *Rehabilitation Nursing*, 18(1), 30-33.
- Bonita, R. & Beaghole, R. (1995). Monitoring stroke: An international challenge. *Stroke*, 26(4), 541-542.
- Browning, J. & Schwirian, P.M. (1994). Spousal caregiver's burden: Impact of care recipient health problems and mental status. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(2), 17-22.
- Caffrey, R.A. (1992). Caregiving to the elderly in northeast Thailand. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 7, 117-134.
- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, 15(2), 1-10.
- Douglas, J.L. & Peterson, P.M. (1995). Geographic variation in reporting of stroke deaths to underlying or contributing causes in the United States. *Stroke*, 26(11), 1999-2003.
- Duncan, P., Goldstein, L., Matchar D., Divine, G.W., & Feussmer, J. (1992). Measurement of motor recovery after stroke: Outcome assessment and sample size requirements. *Stroke*, 23(8), 1084-1089.
- Duncan, P., Samsa, G., Weinberger, M., Goldstein, L.B., Bonita, A., Witter, D.M., et al. (1997). Health status of individuals with mild stroke. *Stroke*, 28(4), 741-735.
- Evans, R.L., Bishop, D.S., & Matlock, A.L. (1987). Pre-stroke family interaction as a predictor of stroke outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 508-512.
- Given, B.A. & Given, C.W. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 9, 77-101.

- Granger, C.V., Albrecht, G.L., & Hamilton, B.B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60(4), 145-154.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer(Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, (Vol. 5, pp. 194-246). New York: Springer Publishing Co.
- Houde, S. C. (2002). Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 626-640.
- Kramer, B.J. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. *Family Relations*, 42(4), 383-391.
- Leahy, N.M. (1991). Complications in the acute stages of stroke. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 971-983.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Schulz, R., Biegel, D., Morycz, R., & Visintainer, P. (1989). Psychological paradigms for understanding caregiving. In E. Light & B. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*, (pp.106-121). Lockville; MD: U.S. Dept of Health and Human Services.
- Shah, S., Vancly, F. & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 703-709.
- Shinar, D., Gross, C.R., & Bronstein, K.S. (1987). Reliability of the activities of daily living scale and its use in telephone interview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 723-728.
- Taylor, S.G. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 131-137.
- Thorvaldsen, P., Asplund, K., & Kuulasmaa, K., Rajakangas, A-M., & Schroll, M., for the WHO MONICA project. (1995). Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. *Stroke*, 26(3), 361-367.
- Walker, A.J., Pratt, C.C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 44(4), 402-411.