

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล
และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

The logo of Mahidol University is a circular emblem. It features a central golden crown-like symbol with a flame-like base. The emblem is surrounded by a blue ring containing the university's name in Thai script. The outermost ring is white with the name in Thai script. The text 'สุภาภรณ์ โทมณีพิทักษ์' is centered over the emblem.

สุภาภรณ์ โทมณีพิทักษ์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

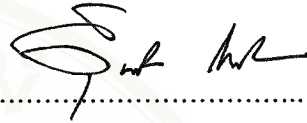
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

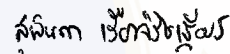
สารนิพนธ์

เรื่อง

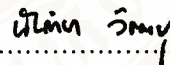
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล
และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน



นางสุภาภรณ์ โดมณีพิทักษ์
ผู้ศึกษา



อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัชเสียร,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



อาจารย์นันทยา วัฒนายุ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์จาใจ สัทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

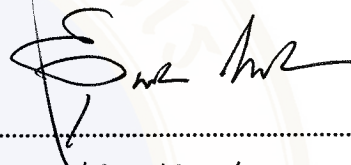
เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล
และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2554



นางสุภาภรณ์ โตมณีพิทักษ์

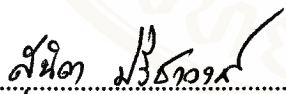
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

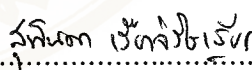
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนิดา ปรีชาวงษ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



อาจารย์สุพินดา เรืองจิรัชญ์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์พองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ ดร.สุพินดา เรืองจิรัชเสียร และอาจารย์ ดร.นันทิยา วัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ และช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาจนกระทั่งสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิดา ปรีชาวงษ์ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงพิมพ์ โพธิอาสน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ ประรณดา ประสงค์ดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและหน่วยบริการด้านปฐมภูมิ และบุคลากรโรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือพร้อมทั้งให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ท้ายที่สุดนี้ด้วยความรัก ความห่วงใย และกำลังใจของคุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง ในครอบครัวโตมณีพิทักษ์ และครอบครัวจิตรจินตนากร ทำให้สารนิพนธ์นี้บรรลุผลสำเร็จไปด้วยดี

สุภาภรณ์ โตมณีพิทักษ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES TO ENHANCE CAREGIVING KNOWLEDGE AND SKILLS, AND PROBLEM-SOLVING SKILLS OF CAREGIVERS IN CARING FOR STROKE PATIENTS AT HOME

สุภาภรณ์ โดมนิพิทักษ์ 4936707 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุพินดา เรืองจิรัชเสียร, Ph.D. (NURSING), นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ซึ่งมี 4 ระยะ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตั้งแต่ระยะที่ 1 Evidence-triggered phase จนถึงระยะที่ 2 Evidence-supported phase เท่านั้น ดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ และการสืบค้นด้วยมือได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 9 เรื่อง เป็น Systematic reviews 1 เรื่อง, Meta-analysis study 1 เรื่อง, Randomized controlled trials 4 เรื่อง, Quasi-experimental study 2 เรื่อง, Qualitative study (Action research) 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบเนื้อหาแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีระยะเวลาดำเนินการ 13 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 4 ครั้งเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการในการดูแล ให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่พบในการดูแล มีการโทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้งเพื่อติดตามการใช้ทักษะการแก้ปัญหา และ 3) ระยะประเมินผล เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่าควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเข้ากับระบบงานเยี่ยมบ้านที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งควรประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง / ผู้ดูแล / ความรู้ / ทักษะการดูแล / ทักษะการแก้ปัญหา

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES TO ENHANCE CAREGIVING KNOWLEDGE AND SKILLS, AND PROBLEM - SOLVING SKILLS OF CAREGIVERS IN CARING FOR STROKE PATIENTS AT HOME

SUPAPORN TOMANEEPITAK 4936707 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SUPINDA RUANGJIRATAIN, Ph.D. (NURSING), NUNTIYA WUTTAYU, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at developing clinical nursing practice guidelines for home health care nurses to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home. Soukup's (2000) evidence-based practice model, consisting of four developmental phases, was employed as a framework. However, in this study, the development involved only two phases: the evidence-triggered phase and the evidence-supported phase. The search for research evidence was done both electronically and manually, and finally a total of nine research studies were selected. Of these, one was a systematic review, one was a meta-analysis of research, four were randomized controlled trials, two were quasi-experimental studies, and one was a qualitative study. The research evidence was then analyzed and synthesized to develop the clinical nursing practice guidelines which were examined by a panel of three experts, then revised based on their suggestions. The 13-week guideline program consisted of three phases as follows: 1) preparation phase, 2) operation phase involving four home visits to assess problems/needs, and provide caregiving knowledge/skills and problem-solving skills, as well as six follow-up telephone contacts; and 3) evaluation phase to evaluate outcomes of caregiving practices, stress, and depression.

Based on the study findings, it is recommended that, with a collaboration of a health care team, the developed clinical practice guidelines should be carried out in a trial by integrating it into existing home health care service of primary care settings. Both processes and outcomes should be evaluated to determine effectiveness. The developed guidelines should be revised further to fit the context of each health care setting and community.

KEY WORDS: STROKE / CAREGIVERS / KNOWLEDGE / CAREGIVING SKILLS/ PROBLEM - SOLVING SKILLS

97 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา	7
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคหลอดเลือดสมอง	9
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว	11
แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล	16
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	18
ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	22
การพัฒนาความรู้/ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	25
การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา	26
สรุปกรอบแนวคิด	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ	32
สรุปสาระหลักที่ได้จากงานวิจัยและฐานเชิงประจักษ์	45
การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	51
การวางแผนการดำเนินการตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	54
ข้อเสนอแนะ	55
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	57
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	69
รายการอ้างอิง	83
ภาคผนวก	89
ประวัติผู้ศึกษา	97

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น	40
3.2 แสดงระดับงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	42



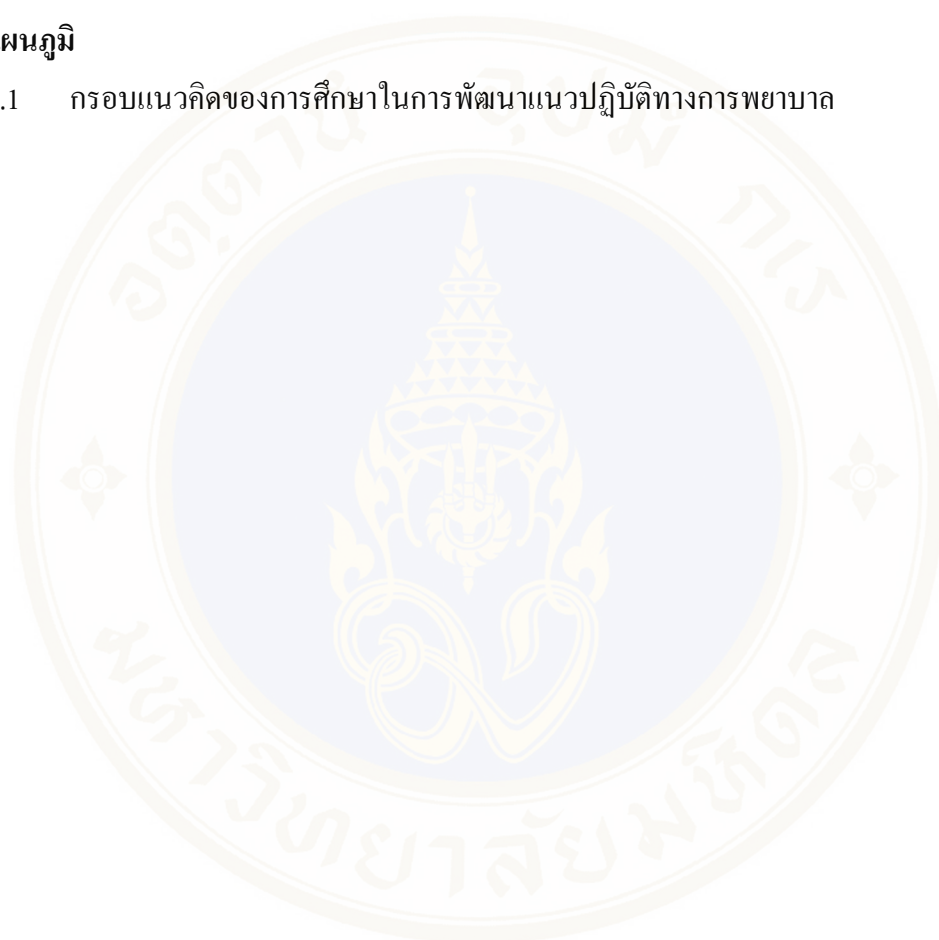
สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

2.1 กรอบแนวคิดของการศึกษาในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

31



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นภาวะการขาดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดสมอง สาเหตุอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือการอุดตันจากก้อนเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหารเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป (WHO, 2008)

สำหรับประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่าทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2549 จำนวนผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภายในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยในทั้งสิ้น 107,246 ราย คิดเป็นอัตรา 188.33 ต่อแสนประชากร แต่ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2549 มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2549 มีผู้เสียชีวิต 12,921 ราย คิดเป็นอัตราย 20.60 ต่อแสนประชากร และจากสถิติจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 2549 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,146 ราย คิดเป็นอัตรา 350.61 ต่อแสนประชากร แต่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 2549 โดยในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 57 ราย คิดเป็นอัตราย 17.43 ต่อแสนประชากร

จากสถิติในระดับประเทศและระดับจังหวัด 6 ปีย้อนหลัง จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นแต่กลับเสียชีวิตลดลง อาจเนื่องจากในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แม้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและผ่านภาวะวิกฤติมาได้แต่ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (อิสรพงษ์ ขรรจง และปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์วงศ์, 2546) และ

ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลร้อยละ 25-74 (ศุภกรณ์ อ่อนชื่นจิต, 2549) ซึ่งผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพา “ผู้ดูแล” (Caregiver) ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลอื่นๆ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ที่กลายเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน (รัชนี สรรเสริญ, 2547 ; รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2549) ผู้ดูแลต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็น “ผู้ดูแล” มีหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ ดูแลระดับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย การปฏิบัติเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปัญหาต่างๆ จากความต้องการการดูแล ความรุนแรงของโรค ความซับซ้อนของแผนการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (พรชัย จุลเมตต์, 2540 ; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536)

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะเวลาวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการผ่านพ้นเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดของรัฐ มีนโยบายการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วย จึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีระยะเวลาล้นลง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) เมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย แต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอันมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ย่างยาก ซับซ้อน (King & Semik, 2006) ผู้ดูแลต้องวางแผนในการดูแลและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองที่บ้าน (นันทพร ศรีนัม, 2545) แม้ผู้ดูแลจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเบื้องต้นแล้วขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วย อาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่บ้าน หรือช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลจะมีภาวะเครียดจากสถานการณ์ความไม่ชัดเจนในสภาพของผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมที่ขัดขวางต่อการเรียนรู้ข้อมูลของผู้ดูแล (Sit et al., 2004) ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพจนนำไปสู่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล (Robinson et al., 2005) ส่งผลให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยล้มเหลว ภาวะสุขภาพและจิตใจของผู้ป่วยเลวลง (จินนระรัตน์ ศรีภักธิญญา, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโอคอนเนลล์และคณะ (2003) ซึ่งสัมภาษณ์

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 28 ราย พบว่า ในระยะเฉียบพลันผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่อย่างกะทันหัน และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสถานะผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว แต่ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอ

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลมักไม่ได้รับการสอนและพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง หรือบางครั้งไม่สัมพันธ์กับความต้องการในแต่ละระยะ (Rodgers et al., 1999) เนื่องจากการเยี่ยมบ้านมักมุ่งไปที่การดูแลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งการสอนพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลมักทำเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นการสอนเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาในขณะนั้น การพัฒนาความสามารถการดูแลของผู้ดูแลมักไม่ใช่เป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งไม่มีกิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านจิตใจโดยเฉพาะการลดความเครียดที่เกิดจากปัญหาการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดจากการดูแลไม่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ตลอดจนการสอนทักษะการแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (D'Zurilla & Nezu, 2007; Yeung et al., 2007) เพราะผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และมีทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ จะสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Ellis & Nowlis, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินนะรัตน์ ศรีภักทรภัญโญ (2540) พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนดจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของคาลรา (Kalra et al., 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย และผลต่อตัวผู้ดูแลเอง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมมีการดูแลผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้าน และนอกเหนือจากบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแล้วการดูแลสุขภาพที่บ้านยังเป็นบริการสำคัญที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือ สนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ที่บ้าน และตามสถานะของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทเป็นผู้คอยช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร

และฤทัยพร ศรีตรง, 2549) การดูแลสุขภาพที่บ้านของทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแลให้แก่ผู้ดูแลในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบมาแล้วแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือมีข้อสงสัย รวมทั้งการแก้ไขความเข้าใจผิดให้แก่ผู้ดูแล หรือฝึกปฏิบัติการกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำให้กับผู้ป่วยที่บ้านในสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจชัดเจน และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น สามารถคาดการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วย วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยได้ (จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ, 2540) มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ทราบแหล่งประโยชน์ และแหล่งให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544 ; สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) รวมทั้งพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (D'Zurilla & Nezu, 2007 ; Yeung et al., 2007) หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่บ้านได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคร้ายในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวและกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540)

องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะต่างๆ แก่ผู้ดูแลที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่โรงพยาบาลก่อนจำหน่าย เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติทั้งโดยการสอนรายบุคคล รายกลุ่ม ให้อุปกรณ์การดูแล คู่มือที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สาธิตให้ผู้ดูแลและญาติฝึกปฏิบัติในเรื่องที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านชี้แนะแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะใช้บริการรวมถึงการลดความวิตกกังวลต่างๆ (อุมมา จันทวิเศษและคณะ, 2546 : สุดลักษณ์ วงศ์ธีรภักและคณะ, 2550) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหลังจำหน่าย ผู้ดูแลจะได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยวิธีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์เป็นรายบุคคล (Cameron et al., 2007; O'Connell et al., 2003)

โรงพยาบาลทัพทันเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ มีขนาด 90 เตียง ในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละ 10-15 ราย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารักษาซ้ำใน

โรงพยาบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณปีละมากกว่า 6 ราย โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุของการเข้ารักษาซ้ำจากมากที่สุด ได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในต่อคนเฉลี่ย 17,360 บาท (กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลทพทัน, 2550) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าโรงพยาบาลทพทันจะต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากขึ้นทุกปี และต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการดูแลไม่ถูกต้องของผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ในระบบบริการของโรงพยาบาลทพทัน พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจะให้ความรู้และทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยที่ประเมินได้ และสอนผู้ดูแลตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนเมื่อทราบว่าแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือ 1-2 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมักพบว่ามีความจำกัดในการให้ความรู้และฝึกทักษะ ความรู้และข้อมูลที่ได้รับมีจำนวนมากในคราวเดียวกันและไม่ชัดเจน ผู้ดูแลไม่พร้อมในการเรียนรู้เนื่องจากยังปรับตัวไม่ได้หรือมีความเครียดจากสถานการณ์ความไม่ชัดเจนในสภาพของผู้ป่วย อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และจากประสบการณ์ของทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลทพทัน จากบันทึกการเยี่ยมบ้าน การสังเกตและการซักถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลของตนเองหลังได้รับการสอนและแนะนำจากพยาบาลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการได้รับข้อมูลจำนวนมากและฝึกทักษะหลายอย่างในคราวเดียวกันในระยะเวลาที่จำกัด หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากพยาบาลโดยพยาบาลไม่อธิบายเหตุผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนและไม่กล้าซักถามเมื่อไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไร และเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจะต้องดูแลอะไรบ้าง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามการดูแลตามความนึกคิดแต่ยังไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือไม่ หรือบางคนไม่ปฏิบัติตามเลยจนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ดูแลรู้สึกเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น บางครั้งเมื่อผู้ดูแลพบกับปัญหาในการดูแลไม่ทราบว่า จะจัดการกับปัญหาอย่างไร ซึ่งผู้ดูแลใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนเพื่อแก้ปัญหา จากปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้าตามมา

ในปัจจุบันระบบและรูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาล พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอมาัยจะติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนการส่งต่อของโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องตามความ

จำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมักมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแล ไม่ได้มุ่งเน้นสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเป็นระบบให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้ ทักษะการดูแลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการที่บ้าน และยังไม่มีแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีทักษะการแก้ปัญหาเพื่อใช้เมื่อเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแล พยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการเยี่ยมบ้านโดยทั่วไปพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย จะให้ความรู้และสอนทักษะผู้ดูแลตามประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคน และตามปัญหาที่พบในขณะที่เข้าเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ทำให้คุณภาพของการให้บริการมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคน และการให้ความรู้อาจไม่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจากการประเมินผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลที่บ้านโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากสาเหตุที่ป้องกันได้ด้วยการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพราะพยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลให้ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ตลอดจนมีการสนับสนุนด้วยจิตใจแก่ผู้ดูแลโดยกระบวนการติดตามจากพยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ดูแลในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้าน ให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีบทบาทในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามบทบาทในการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลเอี่ยมบ้านนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ดีขึ้นและมีมาตรฐานได้ผลลัพธ์ที่ดี

ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา (Main Issues)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดหรือความผิดปกติทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ความผิดปกติด้านการสื่อสาร ความคิดสติปัญญาและสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ จำเป็นต้องพึ่งพามุคคนอื่นเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งบุคคลที่ผู้ป่วยพึ่งพาส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล เข้ามารับหน้าที่ในการดูแลซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แม้ผู้ดูแลจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเบื้องต้นแล้วขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากเวลาที่จำกัดในการให้ความรู้และทักษะ ผู้ดูแลได้รับข้อมูลและทักษะจำนวนมากในคราวเดียวกัน ซึ่งบางครั้งไม่เข้าใจในสิ่งที่พยาบาลสอนแต่ไม่กล้าซักถาม มีอุปสรรคและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากที่บ้าน หรือช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากสถานการณ์ความไม่ชัดเจนในสภาพของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่ขัดขวางต่อการเรียนรู้ข้อมูลของผู้ดูแลหรือผู้ดูแลยังปรับตัวไม่ได้กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่อย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลจึงเรียนรู้ได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลที่โรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเนื่องจาก ขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียดจากการดูแล การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และเป็นบริการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาด้วยได้ตนเอง โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทโดยตรงคือ คอยช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน เพราะสามารถให้ความรู้ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลและปัญหาผู้ป่วยแต่ละคนในเวลาที่ต้องการ และในเวลาที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน แต่ในปัจจุบันระบบบริการดูแลที่บ้านของโรงพยาบาลทัพบก และศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยที่มีอยู่ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำให้รูปแบบการบริการยังไม่เป็นระบบและเป็นแนวทางเดียวกัน คุณภาพของการให้บริการมีความแตกต่างกัน การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลอาจไม่ครอบคลุม หรือสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งพัฒนามาจากการสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสภาพครอบครัวและสังคมเดิม ตลอดจนผู้ดูแลและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และได้รับผลกระทบจากภาระการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purpose of the Study)

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits/Outcomes)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และทักษะในการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดลดลง/ไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. พยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน
3. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการดูแลที่บ้าน และลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีและเกิดความพึงพอใจ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ในโรงพยาบาล
 - 3.2 ที่บ้าน
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
5. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. การพัฒนาความรู้ / ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
7. การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่บ้าน

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง “Cerebrovascular disease” (CVD) หรือที่นิยมเรียกกันว่า สโตรก (Stroke) คนไทยเรียกโรคนี้ว่า “โรคอัมพาต” (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2544) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.1 สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกได้โดยแบ่งตามความผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (ischemic stroke) และภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhage stroke)

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดภาวะเนื้อสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภาวะนี้เกิดได้จากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และระดับหลอดเลือดฝอย จำแนกตามกลไกที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) มีการอุดตันที่หลอดเลือดเนื่องจากลิ่มเลือดหรือเนื้อเยื่ออื่นๆ (Embolic stroke) 2) ภาวะที่เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ (Thrombosis) 3) เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดขนาดเล็ก (Lacunar infarction) (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2547; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.1.2 ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhage stroke) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามตำแหน่งที่เกิดเลือดออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) เลือดออกเข้าไปในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage, IVH) และเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage, SAH)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ อายุที่มากขึ้นจะพบอัตราการเกิดเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย สำหรับเพศนั้นพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้มากกว่าเพศหญิง และชนิดหลอดเลือดแตก พบมากในเพศหญิง (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547 ; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541 ; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544 ; นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2547)

1.3 อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองมีที่พบบ่อย คือ อาการชาครึ่งซีกแขนขาอ่อนแรง (อัมพาต) ตามองไม่เห็น ตามองเห็นภาพซ้อน พูดไม่ชัด พูดไม่ออก กลืนลำบาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ได้หรือเดินเซ บางรายมีอาการซึมลงจนกระทั่งอาการหมดสติ (นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2547; อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, 2548 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อให้การวินิจฉัยได้ว่าอาการของโรคหลอดเลือดสมองน่าจะเกิดจากหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตกในสมอง แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น การรักษาจำเพาะ (specific) และการรักษาทั่วไป (general) (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547 ; นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2547 ; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.4.1 การรักษาจำเพาะ (specific)

1.4.1.1 การรักษาจำเพาะโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว (anticoagulant) การให้ยาด้านเกล็ดเลือด (antiplatelet)

1.4.1.2 การรักษาจำเพาะในภาวะเลือดออกในสมอง บางรายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดสมองเพื่อช่วยลดอัตราการตายและความพิการ ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาของประสาทศัลยแพทย์

1.4.1.3 การรักษาจำเพาะในภาวะหลอดเลือดแตกที่ชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage, SAH) ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการผ่าตัดแก้ไขอย่างรีบด่วน เพื่อลดอัตราการตายจากการที่หลอดเลือดโป่งพองเกิดแตกซ้ำซึ่งอัตราการตายสูงถึง 70%

1.4.2 การรักษาทั่วไป (general management) เช่น การดูแลการหายใจ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรักษาภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะ เป็นต้น

2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2.1 ผลกระทบโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

2.1.1 ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ แบ่งย่อยได้ดังนี้

1) ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ขยับแขนขาไม่ได้โดยอาการที่เกิดจะเกิดตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดที่สมอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง นั่ง ยืน ทรงตัว หรือเดินได้ นอกจากนี้อาจมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ทำให้ขยับแขนขาและเหยียดข้อต่างๆ ได้ยากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก

2) ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เช่น พูดไม่ชัด (Dysarthria) หรือพูดไม่ได้ (Aphasia) ลักษณะความบกพร่องของภาษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค ซึ่งสมองซีกซ้ายเป็นสมองเด่น (dominant hemisphere) ทำหน้าที่สำคัญในเรื่องภาษา ได้แก่ การพูด การฟัง การเขียน การอ่านและการคำนวณ ส่วนสมองซีกขวาเป็นสมองซีกที่ไม่เด่น (non-dominant hemisphere) มีหน้าที่หลักในการวิเคราะห์แบบแผนต่างๆ ทำความเข้าใจเรื่องรูปธรรมและความเป็น

เหตุเป็นผล ซึ่งความบกพร่องที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ มีปัญหาในการรับรู้ และการส่งภาษา (aphasia) ความบกพร่องในการตั้งใจพูด โดยไม่สามารถพูดตามที่ผู้อื่นบอกให้พูด แต่พูดได้เองตามสัญชาตญาณหรือความเคยชิน (aphasia of speech) พูดไม่ชัด (Dysarthria) และความบกพร่องทางภาษาของผู้ที่มีรอยโรคของสมองซีกไม่เด่น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงอารมณ์ ออกทางน้ำเสียง สีหน้าท่าทาง และไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของกลุ่มสนทนา (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

3) ความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืน เกิดจากสาเหตุต่างๆหลายประการ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในกลืน ทำให้สูญเสียรีเฟล็กซ์การกลืนและการขย้อน (Gag Reflex) กลืนเนื้อในการกลืนอ่อนแรง กลืนเนื้อในการกลืนทำงานไม่ประสานกัน กลืนเนื้อเกร็งกระตุก การเคลื่อนไหวของลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารไปในทิศทางต่างๆได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำลำบาก ลำบากได้ง่าย (วิญญู กัมมรทิพย์, 2548) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 45 จะมีปัญหาในการกลืน ซึ่งมักเกิดในระยะแรกของโรคต่อมาภายหลัง ผู้ป่วยจะกลืนได้เป็นปกติ และผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนร้อยละ 40 จะเกิดการสำลักอาหารและมีการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบร้อยละ 19 แต่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการกลืน มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) จากความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล และภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

4) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีพยาธิสภาพที่ Parietal Lobe โดยเฉพาะสมองซีกที่ไม่เด่น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ทางซีกขวา ซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ และผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จึงพบปัญหาเกิดขึ้นได้มากมาย ดังนี้

- มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเอง ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ขาดการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกายและมักละเลยร่างกาย ข้างเสียและปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการปรับท่า การกระยะทางการเคลื่อนไหว

- การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด และความร้อนเย็น ผิดปกติ โดยความผิดปกติอาจเกิดขึ้นอย่างเดียวหรือหลายอย่างพร้อมๆกัน ผู้ป่วยจะมีปัญหา คือ บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือไม่ถูกต้อง จากการรับรู้ที่ผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ร่างกาย ด้านที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย

- การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของลานสายตา มีตาบอดครึ่งซีก คือ มองไม่เห็นครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ หรือด้านเดียวกับข้างที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง (Homonymous Hemianopsia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็น

อัมพาต จะทำให้เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมข้างที่เสียมากขึ้น ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นอื่นๆที่อาจพบได้ เช่น การสูญเสีย Corneal Reflex การมองเห็นภาพซ้อน ตามัว เป็นต้น

- ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ

20 ในสัปดาห์แรกจะมีอาการสับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล บางรายมีการเปลี่ยนแปลงความทรงจำ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับ ความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ช่วงความสนใจสั้น ไม่มีสมาธิ ปัญหาต่างๆ จะมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีตาบอดครึ่งซีก (Homonymous Hemianopsia)

5) ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ปัญหาเรื่องขับถ่ายพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกจะกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือมีปัสสาวะคั่งค้าง ถ่ายออกไม่หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง เกิดจากการมีรอยโรคในสมอง หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ เข้าห้องน้ำไม่ทัน หรือมีปัญหาการสื่อสารจนไม่สามารถบอกความต้องการได้ ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆดีขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีรอยโรคในสมองรุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมักมีปัญหาท้องผูก ซึ่งเกิดจากรอยโรคในสมองร่วมกับขาดการเคลื่อนไหวจากอาการอัมพาตอ่อนแรง กลืนลำบาก รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ทำให้ลำไส้ไม่ค่อยทำงานและกากอาหารน้อยลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย (เจียมจิตแสงสุวรรณ, 2541; วิษณุ กัมทรทิพย์, 2548)

6) ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางเพศเลยและส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ลดลง สาเหตุเนื่องจากการทำกิจกรรมทางเพศเป็นไปด้วยความยากลำบากจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่มีความรู้สึกรู้สึกต้องการทางเพศ สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ หรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น อาจจะทำให้ความต้องการทางเพศลดลง

2.1.2 ปัญหาด้านด้านจิตใจ จากความพิการที่ยังหลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคนไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและตัดสินใจปัญหาต่างๆ ในครอบครัวได้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ละอายใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและเกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ผู้ป่วยจึงมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หรือบางครั้งแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยพบอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 35.5 ในระยะ 1 ปีแรก (Santus, Ranzenigo & Inzoli, 1990 อ้างใน นันทพร ศรีน้อม, 2545) โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ประวัติของอาการซึมเศร้าในครอบครัว อาการซึมเศร้า

ที่เกิดขึ้นอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ บุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาฟื้นฟูสภาพร่างกาย (สมเกียรติ เหมตะศิลป์, 2548)

2.1.3 ปัญหาด้านสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธภาพระหว่างสังคมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมักจะออกมาในรูปของการห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม สาเหตุเนื่องจากบทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือบทบาททางสังคมผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนในการปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอาย เป็นภาระที่ต้องดูแล และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกสังคม นอกจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม รวมทั้งค่านิยมทางสังคมปัจจุบันยังไม่ยอมรับผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้สังคมผู้ป่วยแคบลง รู้สึกว่าเหว ล้นหวังและซึมเศร้าได้มากขึ้น (พรชัย จุลเมตต์, 2540; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

2.2 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือไม่ได้เลย พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการรักษาฟื้นฟูในโรงพยาบาล ต้องกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวและสังคม (Stineman MG et al, 1997) และผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (จิรวรรณ ชูทิพย์, 2550) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70-80 มักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาเป็นจำนวนมากและยาวนานในการประกอบกิจกรรมหลายอย่างในการดูแลผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539 ; สุภาณี อ่อนชื่นจิต, 2549) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

2.2.1 สุขภาพกาย เมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ภาระการดูแลต้องตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเป็นการดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนลดน้อยลง จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม บางรายปวดหลังเพราะช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาระการดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิต

ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนจะลดน้อยลง เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องดูแลและอยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้องลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุตศิริ หิรัญขุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลจะลืมนสนใจดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา

2.2.2 ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากภาระงานที่ต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้นและไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่าง ในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย และต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแล นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแล จากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถกระทำการต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ และความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Resenthal et al., 1993) เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม และอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อบ่นท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้อยู่ไม่เกิดผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) จากการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Ander et al., 1995 อ้างใน อารมณ์ บุญเกิด, 2540) พบว่า ในระยะเวลา 1 ปี ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ กิจกรรมทางสังคม และการใช้เวลาว่าง นอกจากนั้นผู้ดูแลมากกว่าครึ่งรายงานว่ามีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย

2.2.3 ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกคนหนึ่งซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกอีกคนหนึ่งที่ต้องหยุดประกอบอาชีพขณะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกคนอื่นจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการศึกษาของสุตศิริ หิรัญขุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงินจะส่งผลกระทบต่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะยาวส่งผลกระทบต่อหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความเครียด วิตกกังวลและก่อให้เกิดการขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และจากการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่าการฝึกเคื่องทางด้านการเงินและมีหนี้สินเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สรุป จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองมีมากมายหลายระบบซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ทั้งจากความสามารถในการทำกิจกรรม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองจนต้องยอมรับการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระงานที่หนัก ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการดูแล ไม่สามารถให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับมาดูแลรักษาต่อที่บ้าน ผู้ดูแลอาจพบกับปัญหาและความยุ่งยากจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

โดยทั่วไปในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาจนพ้นระยะเฉียบพลัน และผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้ทำกายภาพบำบัดตามแผนฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่โดยเร็วที่สุด (Cameron & Gignac, 2008 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) พร้อมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะพึ่งพาได้ในชุมชน แล้วจึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป้าหมาย ทิศทางในการปฏิบัติ แผนการให้ความรู้ และแผนการฝึกฝนทักษะต่างๆ (กฤษฎา แสงดี, ชีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539) และเมื่อแพทย์อนุญาตให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ จะมีการส่งต่อและประสานงานเครือข่ายเพื่อการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2551)

ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะอยู่ในความดูแลของทีมสุขภาพขณะอยู่โรงพยาบาลในภาวะวิกฤติ เป็นระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิตของผู้ป่วย ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ใช้คำพูดที่เข้าใจยากหรือคำศัพท์เฉพาะ ให้

ข้อมูลในเวลาที่ยากัด เกี่ยวกับ การวินิจฉัย อาการและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความก้าวหน้าของการรักษา และเหตุการณ์ที่จะมาคุกคามชีวิต เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อผู้ดูแลที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ ตลอดจนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Cameron et al., 2007 ; O'Connell, Baker & Prosser, 2003) และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแลรักษาอาการเฉียบพลันร่วมกับการสนองความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก็จะวางแผนจำหน่ายโดยการสอน ให้คำแนะนำ วิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลในเวลาที่ยากัดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการดูแล ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เป็นผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพล้มเหลว (จินนระรัตน์ ศรีภักทธิบุญ, 2540 ; นิภาภัทร ภักธพงษ์บัณฑิต, 2550)

3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากผ่านการรักษาและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลแล้วประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวหลังแพทย์จำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จะเป็นการมอบภาระหน้าที่ในการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญให้แก่ญาติผู้ดูแล และมีบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือชุมชนที่คอยให้การสนับสนุนและติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 มีความพิการถาวรหลงเหลืออยู่มีเพียงร้อยละ 10 ที่ไม่มีความพิการ (อิสพรพงษ์ ยรรยง และปิยภัทร พัทธราวิวัฒน์วงศ์, 2546) ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถสื่อสารและเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรืออาจรู้สึกตัวดีแต่มีอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งผู้ป่วยยังคงต้องการได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพจากผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเป็นผู้กระทำแทนหรือเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว เป็นต้น หรือผู้ป่วยที่ต้องกลับบ้านในสภาพที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ หรือต้องรับประทานอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่งและมีให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเพราะจะยิ่งทำให้การดูแลยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น (Atkinson, 1992 ; กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) และการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติหรือกลับมาทำหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด นอกจากนั้น ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ เพราะผู้ป่วยมักมีปัญหาการ

ปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด ใจร้อน ท้อแท้ หดหู่ ผู้ดูแลจึงต้องคอยให้กำลังใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านผู้ดูแลมักประสบกับปัญหาต่างๆ คือ มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย จากความรู้ที่ได้ไม่ตรงกับความต้องการกับทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ข้อมูลที่ได้ไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ขาดแหล่งข้อมูลที่ผู้ดูแลจะสามารถรับได้จากทีมสุขภาพเมื่อผู้ดูแลต้องการ (Sit et al., 2004) จากการที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ความสามารถ หรือทักษะการดูแลที่ดีพอ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความไม่มั่นใจ กลัว ไม่กล้าทำ (นันทพร ศรีนัม, 2545) ผู้ดูแลดูแลกิจวัตรประจำวันไม่ถูกต้อง ขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และไม่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ตามมา ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายมักจะเอาแต่ใจตนเอง บางรายมีพฤติกรรมที่เรียกรบกวนการดูแลสูง หรือไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง (Pierce et al., 2006; นันทพร ศรีนัม, 2545) ผู้ดูแลบางรายยังพบกับปัญหาเศรษฐกิจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คือ รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้น ก่อให้ผู้ดูแลบางรายเกิดหนี้สิน อีกทั้งยังขาดการช่วยเหลือหรือได้รับไม่เพียงพอจากญาติพี่น้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องได้ (นันทพร ศรีนัม, 2545) นอกจากนั้นผู้ดูแลยังขาดการติดตามประเมินผลความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (O'Connell et al., 2003)

สรุปว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่าย และกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การให้กำลังใจ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และผู้ดูแลเหล่านี้มักเกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ ความมั่นใจ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องการความรู้ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ดูแลที่บ้าน (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่ง “ผู้ดูแล” ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว (individual) เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล (group) เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ ก็ได้ (Kahana, 1994 อ้างใน รัชณี สรรเสริฐ, 2547)

ประเภทผู้ดูแล สามารถจำแนกได้หลายลักษณะดังนี้

จำแนกผู้ดูแลตามความรับผิดชอบต่องานการดูแล เป็นการพิจารณาในประเด็นที่ว่า บุคคลนั้นได้ใช้เวลาส่วนใหญ่หรือมีภารกิจหลักในการดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่อยู่ในภาวะการพึ่งพิงอื่นๆ โดยแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547; รัชนิ ศรเสริญ, 2547 ; รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2549)

ผู้ดูแลหลัก (Major/Primary Caregiver) เป็นผู้ดูแลที่รับผิดชอบประจำและต่อเนื่องให้การดูแลผู้ที่ได้รับการดูแลโดยตรงและใช้เวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่น

ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องในบางส่วนของ การดูแล และให้การดูแลในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก

ดังนั้นผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลายคน แต่จะมีผู้ดูแลหลักที่จะให้บริการดูแลหลักแบบเดียวกับผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวจึงจะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวหรือบุคคลที่ให้การดูแลโดยตรง และต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยในบ้านมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเพียงคนเดียว

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” (Family Caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ได้แก่ ญาติ/สมาชิกในครอบครัว (family caregiver) เช่น คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ เป็นต้น หรือกรณีที่ไม่ใช่ญาติ/สมาชิกในครอบครัว (non-family caregiver) เช่น เพื่อนที่ทำงาน เพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลที่ไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทนหรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อนและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน เช่น แพทย์, พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, ผู้รับจ้างดูแลที่ได้รับการอบรมจากสมาชิกในครอบครัว (paid helper), ผู้รับจ้างดูแลที่ได้รับการอบรมจากองค์กรเอกชน (agency worker) เช่น พนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) เป็นต้น

4.1 ความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลจะเน้นเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ที่เหลือต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา เฝ้าดูกับความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้าน

ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล และมีโอกาสใกล้ชิดกับครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ช่วยตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย รวมทั้งมีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ดังนั้น ผู้ที่จะให้การดูแลสุขภาพบุคคลที่บ้าน จึงเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขในชีวิตตามบริบทแต่ละครอบครัว สามารถฟื้นหายจากโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ซึ่งเรียกว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” (Caregiver) (รัชณี สรรเสริญ, 2547 ; รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2549) ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการทำกิจวัตรประจำวันและในบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องต้องกลับไปรักษาต่อที่บ้านในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Snyder, et al., 1991) จากการศึกษาของโรส (Rose, 1997) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะปรับเปลี่ยนจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (transition period) เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก ดังนั้นในระยะปรับเปลี่ยนนี้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือเหลือจากพยาบาลในการให้คำแนะนำวิธีการดูแล ความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (Cloonan & Belyea, 1993) และจากการศึกษาของคาร์ลราและคณะ (Kalra et al., 2004) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมจะมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าผู้ป่วยที่ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม และผู้ป่วยยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนั้นผู้ดูแลเองก็มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม และยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

4.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีบทบาททั้งดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษา และประสานงานหรือจัดการเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ประนอม ดวงใจ, พรรณี ชัยโพธิ์ศรี และฟาริดา อิบราฮิม ; Lubkin, 1995 อ้างตาม จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ดังนี้คือ

4.2.1 บทบาทในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักทุพพลภาพ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือได้แต่ไม่สมบูรณ์ ผู้ดูแลจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือหรือเป็นผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย เป็นต้น ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุต่างๆ เช่น โรคผิวหนัง โรคปอดอักเสบ การปวดไหล่และข้อยึด ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และการเกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัวไม่ดี เป็นต้น ทั้งนี้โดยมีหลักสำคัญในการดูแล คือ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้เท่านั้น พร้อมทั้งให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นมากนัก

4.2.2 บทบาทในการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์และจิตใจได้ง่าย และเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วย ในการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรยึดหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความจริง เพื่อดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม และผู้ดูแลอาศัยหลัก คือ เข้าใจ ยอมรับ รับฟัง ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือเบียดเบียน เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทั้งด้วยคำพูดและกิริยาท่าทาง สนใจดูแลให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

4.2.3 บทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นปัญหาใหญ่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด รวมทั้งสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและอาชีพการงาน ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือ แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ หรือเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย

4.2.4 บทบาทในการประสานงานหรือจัดการ โดยทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคคล บุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุด ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง

ดังนั้นจากคุณสมบัติและบทบาทของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านควรมีความสามารถในการให้การพยาบาล โดยใช้ความรู้ ทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความอดทน ความสามารถในการตัดสินใจด้วยความรอบคอบ มั่นคง สามารถติดต่อสื่อสารมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สามารถนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; ฟารีดา อิบราฮิม, 2539)

5. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นระยะยาว ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจึงเป็นภาระ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของครอบครัวและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วย ความต้องการของผู้ดูแลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย การรักษา ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ฤทัย แสนดี, ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเดชา ทำดี, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน 2) ทักษะการดูแล ได้แก่ การสังเกต/ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดทำผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการสนับสนุนผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ (Bakas et al., 2002 ; Sit et al, 2005 ; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; ฤทัย แสนดีและคนอื่นๆ, 2551) และ 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา จะทำความเข้าใจกับปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (D'Zurilla & Nezu, 2007 ; Yeung et al., 2007) 4) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ 5) การจัดการกับอารมณ์ (ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า) 6) การสนับสนุนทางสังคม (Cameron & Gignac, 2007; Sit, Wong, Clinton, Li, Fong, 2004 ; Robinson et al, 2005)

คามรอนและจิกแนค (2007) ศึกษาถึงการสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละระยะ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เกิดเหตุการณ์/วินิจฉัยอาการ (Event/Diagnosis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยอย่างทันทีทันใดหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการคงที่เป็นระยะเวลาสั้นๆ หรืออย่างช้าประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตสูงมาก มี

ความวิตกกังวลและสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันกับสมาชิกในครอบครัว ในระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลทราบถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในปัจจุบัน, การวินิจฉัยโรค, การดำเนินของโรค, การรักษาในปัจจุบัน และเหตุการณ์ที่จะมาคุกคามชีวิตจนทำให้เกิดผลระยะยาวในอนาคต ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลทราบรายละเอียดเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย, การดำเนินของโรค, ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

ระยะที่ 2 อาการคงที่ (Stabilization) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤติ ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ และเริ่มได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งใช้ระยะเวลาค่อนข้างน้อย แต่มีระบบการดูแลที่มากและเน้นความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยที่สุด ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการดีขึ้นแต่ก็มีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งเป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะที่ผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น จึงเป็นระยะที่ดีที่จะเริ่มฝึกทักษะของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามในระยะนี้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลอาจจะเริ่มมีมากขึ้นถ้าได้รับข้อมูลซ้ำและต้องรอคอยนานๆ ทีมสุขภาพจะต้องการสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค, ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในปัจจุบันและฝึกทักษะ เกี่ยวกับ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และสนับสนุน ผู้ดูแลให้เน้นการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ และให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้สาเหตุการเกิดโรค, มีความมั่นใจในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย

ระยะที่ 3 เตรียมการ (Preparation) ระยะนี้จะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เป็นระยะ เวลาสั้น ๆ ผู้ป่วยจะพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤติ หรือแผนกกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาจนมีอาการคงที่ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ระยะเวลายาวนานออกไปในผู้ป่วยบางรายที่ต้องรับการรักษาต่อที่แผนกกายภาพบำบัด เมื่อผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะเกิดความสงสัยและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดได้ในระยะนี้ ระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การรับประทานอาหาร เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การใช้และการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชน มีการฝึกทักษะใหม่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีการประเมินปฏิกิริยาตอบกลับเมื่อมีการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือใน มีความมั่นใจในการดูแลและสมรรถนะของตน

ระยะที่ 4 ดำเนินการ (Implementation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเป็นการมอบภาระหน้าที่ในการดูแลจากทีมสุขภาพให้แก่ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้ที่จะปรับตัวในการ

ใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลมีการเชื่อมโยงการเรียนรู้และพยายามใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้มาจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการดูแลสมาชิกของครอบครัวที่บ้าน ส่วนในเรื่องของอารมณ์ของผู้ดูแล อาจยังมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย จากงานวิจัยบางเรื่อง พบว่า ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกกว่าพวกเขายังได้รับการเตรียมความพร้อมไม่ดีพอ ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงความรู้สึกเครียดและขาดความเชื่อมั่นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ในระยะนี้ผู้ดูแลเริ่มรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลและทักษะเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับ กิจกรรมประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับการดำรงชีวิตและสุขภาพของผู้ดูแลจากการดูแล เป็นต้น และสนับสนุนผู้ดูแลในการติดต่อประสานกับสถานบริการในชุมชน สนับสนุนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลในการปรับตัวเมื่อเกิดความกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมกับการประเมินการจัดการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการจัดการการดูแลผู้ป่วย และสามารถให้บริการในชุมชนได้

ระยะที่ 5 การปรับตัว (Adaptation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเกิดขึ้นหลังระยะดำเนินการ ที่ผู้ดูแลต้องการการปรับปรุงแก้ไขการดูแล ผู้ดูแลต้องการการประเมินและแสดงความคิดเห็นจากทีมสุขภาพ เกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแล และต้องการการชี้แนะในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลจำนวนมากบอกว่าเป็นระยะของการปรับตัว ระยะนี้ผู้ดูแลจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลด้านกิจกรรมประจำวัน และเริ่มเห็นความสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตให้สามารถกลับเข้ามาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ระยะนี้ผู้ดูแลมักกล่าวว่าไม่ได้รับการสอนหรือฝึกทักษะที่เพียงพอก่อนที่จะผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และยากต่อการปรับตัวของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความกลัวและวิตกกังวล ต้องเรียนรู้และลองผิดลองถูกด้วยตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำและการฝึกทักษะเพิ่มเติม การสอนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ส่งเสริมผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญ มีการวางแผนในอนาคตเกี่ยวกับสุขภาพที่แย่ลงของผู้ดูแล และการเกิดเหตุการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงตามความต้องการในการดูแล หรือกรณีที่ผู้ดูแลป่วย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือ สนับสนุน การพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลและปัญหาผู้ป่วยแต่ละคนในเวลาที่ต้องการ และในเวลาที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขสามารถ

นำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ช่วยเหลือและส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และเพื่อเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมรับกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการตรงความต้องการอย่างแท้จริง ย่อมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น(สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

6. การพัฒนาความรู้ / ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมีหลายรูปแบบ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา โดยให้เป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม ซึ่งมีการให้ความช่วยเหลือแบบวิธีเดียว และแบบหลายวิธีผสมผสาน ซึ่งผู้ให้ความรู้จะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน (Visser-Meily, Heugten, Post, Schepers, Lindeman, 2005; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) และมีวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น(Visser-Meily et al., 2005) โดยมีเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล (Cameron et al., 2007; Sit et al., 2004 ; Robinson et al., 2005) เนื้อหาความรู้ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุการเกิดโรค, อาการและอาการแสดง, การดำเนินของโรค, ความรุนแรงของโรค, การรักษาพยาบาล, ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (Van den Heuvel et al., 2000 ; Van den Heuvel et al., 2002 ; Lee et al., 2007; จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540) วิธีการดูแลผู้ป่วย, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โภชนาการ, การส่งต่อ, แหล่งบริการในชุมชนและแหล่งให้ความช่วยเหลือ (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)

การฝึกทักษะการดูแล เกี่ยวกับ กิจกรรมประจำวัน เช่น การทำความสะอาดปากและฟัน, การสระผม, การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์, การเช็ดตัวผู้ป่วย, การดูแลและนวดหลัง, การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา, ฝึกการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองของผู้ป่วย, การจัดที่นอนและการจัดท่าผู้ป่วย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ, การทำแผลเจาะคอ, การเตรียมและการให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก, ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ การดูแลทางเดินหายใจ การเคลื่อนไหวนิ้วข้อ และการออกกำลังกล้ามเนื้อ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (Kalra et al., 2004; จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540) ทักษะการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)

นอกจากนั้นการควรใช้สื่อประกอบการสอนที่ดี เข้าใจง่าย และกะทัดรัด มีความทันสมัย ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ใช้คำศัพท์ทางวิชาการที่ยากเกินไป เป็นข้อมูลและทักษะที่ตรงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (สุดศิริ หิรัญชุมชน, 2541) และทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

7. การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem-Solving) เป็นกระบวนการด้านพฤติกรรม การรับรู้ของบุคคลซึ่งพยายามที่จะค้นหาปัญหา และปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาที่จะต้องพบในชีวิตประจำวันประกอบด้วย มโนคติใหญ่ๆ 3 ส่วน คือ 1) การแก้ปัญหา (Problem-Solving) 2) ปัญหา (Problem) 3) วิธีแก้ปัญหา (Solution) ดี เซอลิลลา และคณะ (D'Zurilla et al., 2007) ได้เสนอขั้นตอนไว้ดังนี้

7.1 การแก้ปัญหา (Problem-Solving) เป็นกระบวนการด้านพฤติกรรมการรับรู้ของบุคคล ที่พยายามจะค้นหาความจริงเพื่อระบุปัญหา หรือปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาที่มีความเฉพาะในแต่ละปัญหาที่ต้องพบในชีวิตประจำวัน ซึ่งกระบวนการด้านพฤติกรรมการรับรู้ ประกอบด้วย การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่สามารถเป็นไปได้ในหลากหลายวิธีเพื่อแก้ปัญหาแต่ละปัญหา และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปได้มากที่สุดจากตัวเลือกหลายๆวิธี

7.2 ปัญหา (Problem) คือ สถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือยากที่จะแก้ไขเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ภาระหน้าที่ที่มีอยู่ หรือความคาดหวัง ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ แต่เกิดการตอบสนองที่ไม่มีประสิทธิภาพให้เห็นได้ชัดเจนในทันทีทันใด หรือพบกับอุปสรรคตั้งแต่หนึ่งอย่างหรือมากกว่า ซึ่งสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากภายในตัวบุคคลเอง

7.3 วิธีแก้ปัญหา (Solution) เป็นปฏิกิริยาของการเผชิญหน้าหรือรูปแบบในการตอบสนองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (การรับรู้ และ/หรือ พฤติกรรม) เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ตามลักษณะเฉพาะของแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งหนึ่งที่บอกลถึงการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของการแก้ปัญหา

เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นกว่าเดิม ความเครียดลดลง แก้ปัญหาได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในทางบวกมากที่สุด และเกิดผลลัพธ์ในทางลบน้อยที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เป็นต้น

รูปแบบกระบวนการแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem-Solving Model) ประกอบด้วย ปัจจัย 5 ประการ คือ การกำหนดทิศทางการแก้ปัญหา (Problem Orientation Dimensions) 2 ประการ และรูปแบบการแก้ปัญหา (Problem-Solving Styles) 3 ประการ

การกำหนดทิศทางการแก้ปัญหา (Problem Orientation Dimensions) ประกอบด้วย ปัจจัย 2 ประการ คือ

1) การกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation) เป็นการรับรู้การแก้ปัญหาไปในเชิงสร้างสรรค์ รวมถึงการจัดการทั่ว ๆ ไป เช่น

- การประเมินปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย เป็นโอกาสหรือผลกำไรที่เกิดขึ้น
- มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถที่จะแก้ไขได้ ซึ่งแสดงถึงการมองโลกในแง่ดี
- มีความเชื่อว่าตนเองก็เป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถจะแก้ปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีสมรรถนะแห่งตนในการแก้ปัญหา

- มีความเชื่อว่าการจะแก้ปัญหาได้สำเร็จจะต้องใช้เวลาและความพยายาม
- ควรแก้ปัญหามากกว่าที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา

2) การกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาทางลบ (Negative Problem Orientation) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่คิดทำให้ขัดขวางต่อการรับรู้ และมีผลต่อการเกิดแนวโน้มทั่ว ๆ ไป เช่น

- การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามความผาสุกทั้ง จิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ
- บุคคลจะเกิดความไม่มั่นใจ และสงสัยในความสามารถของตนเองในการที่จะแก้ปัญหาให้สำเร็จ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีสมรรถนะแห่งตนในการแก้ปัญหาลดต่ำ
- จะคิดว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาจะทำให้พบกับความผิดหวัง จิตใจว้าวุ่น

รูปแบบการแก้ปัญหา (Problem-Solving Styles) ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1) การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem-solving) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีการใช้เหตุผลมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- การกำหนดปัญหาและทำให้เป็นระบบ ในการใช้ทักษะการแก้ปัญหาผู้แก้ปัญหาพยายามที่จะทำความเข้าใจกับปัญหา มองปัญหาอย่างชัดเจนโดยการรวบรวมลักษณะเฉพาะและข้อเท็จจริงของปัญหา มีการระบุความต้องการ อุปสรรค และการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา เพื่อให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นดีขึ้นกว่าเดิม มีความเครียดน้อยที่สุด

- กำหนดทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหา โดยการเน้นไปที่เป้าหมายของการแก้ปัญหา และพยายามระบุวิธีการแก้ปัญหาที่จะเป็นไปได้ในหลากหลายวิธีให้ได้มากที่สุด
- การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้แก้ปัญหาคาดหวังผลที่จะเกิดจากการแก้ปัญหาที่หลากหลายแตกต่างกัน แสดงความคิดเห็นและเปรียบเทียบ เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้
- ดำเนินการแก้ปัญหาและพิสูจน์ตรวจสอบข้อเท็จจริง บุคคลจะทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์อย่างระมัดระวังของวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกแล้ว หลังจากที่ยุติการดำเนินการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิตจริง

2) รูปแบบการขาดการไตร่ตรอง/ประมาท (Impulsivity / carelessness style) เป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาที่ผิด ผู้แก้ปัญหาคาดหวังวางแผนและใช้เทคนิคในการแก้ปัญหา แต่มีมุมมองปัญหาในมุมแคบ ขาดการไตร่ตรอง ประมาท รีบร้อน และขาดความสมบูรณ์ มีการกำหนดทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหาไว้น้อย ขาดการไตร่ตรองในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งมักจะเลือกวิธีการที่เกิดจากความคิดในครั้งแรก รวมทั้งจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาและผลที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่เป็นระบบ มีการตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดจากวิธีการแก้ปัญหาคด้วยความประมาท

3) รูปแบบการหลีกเลี่ยง (Avoidance style) เป็นรูปแบบของการแก้ปัญหาที่ผิด จะมีลักษณะผัดวันประกันพรุ่ง เกียจคร้าน และมักพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ผู้แก้ปัญหาคใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าเผชิญหน้ากับปัญหา เลื่อนการแก้ปัญหาออกไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และคอยให้ปัญหาลี้กลายไปเอง และพยายามที่จะยกความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาไปให้ผู้อื่น

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้วิธีการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

จากการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาทางบวกและทางลบ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเกิดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านรูปแบบการแก้ปัญหา (Problem-solving styles) ซึ่งถ้ามีการแก้ปัญหอย่างสร้างสรรค์หรือมีประสิทธิภาพ กระบวนการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาจะเป็นไปในทางบวก ก่อให้เกิดการแก้ปัญหามีเหตุผล มีการใช้ทักษะการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหจะเป็นไปในทางบวก ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาลบ จะทำให้มีการแก้ปัญหาลักษณะขาดการไตร่ตรอง/ประมาท หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหจะเป็นไปในทางลบ ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนประโยชน์ของการใช้ทักษะการแก้ปัญหของผู้ดูแลที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหของผู้ดูแลชาวไทยที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง ภายใน 1-3 เดือนแรก หลังดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จากผู้ดูแลจำนวน 70 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาลบจะส่งผลให้

ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแลแย่ง และระดับภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลที่ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาในแง่บวก (Yeung et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของแกรนต์ (Grant, 1999) พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อร่วมแก้ปัญหาจากการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีการรับรู้ทางบวกเกี่ยวกับความสามารถในการแก้ปัญหาที่มากขึ้น มีทักษะการแก้ปัญหาที่เพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจำหน่ายออกจากสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

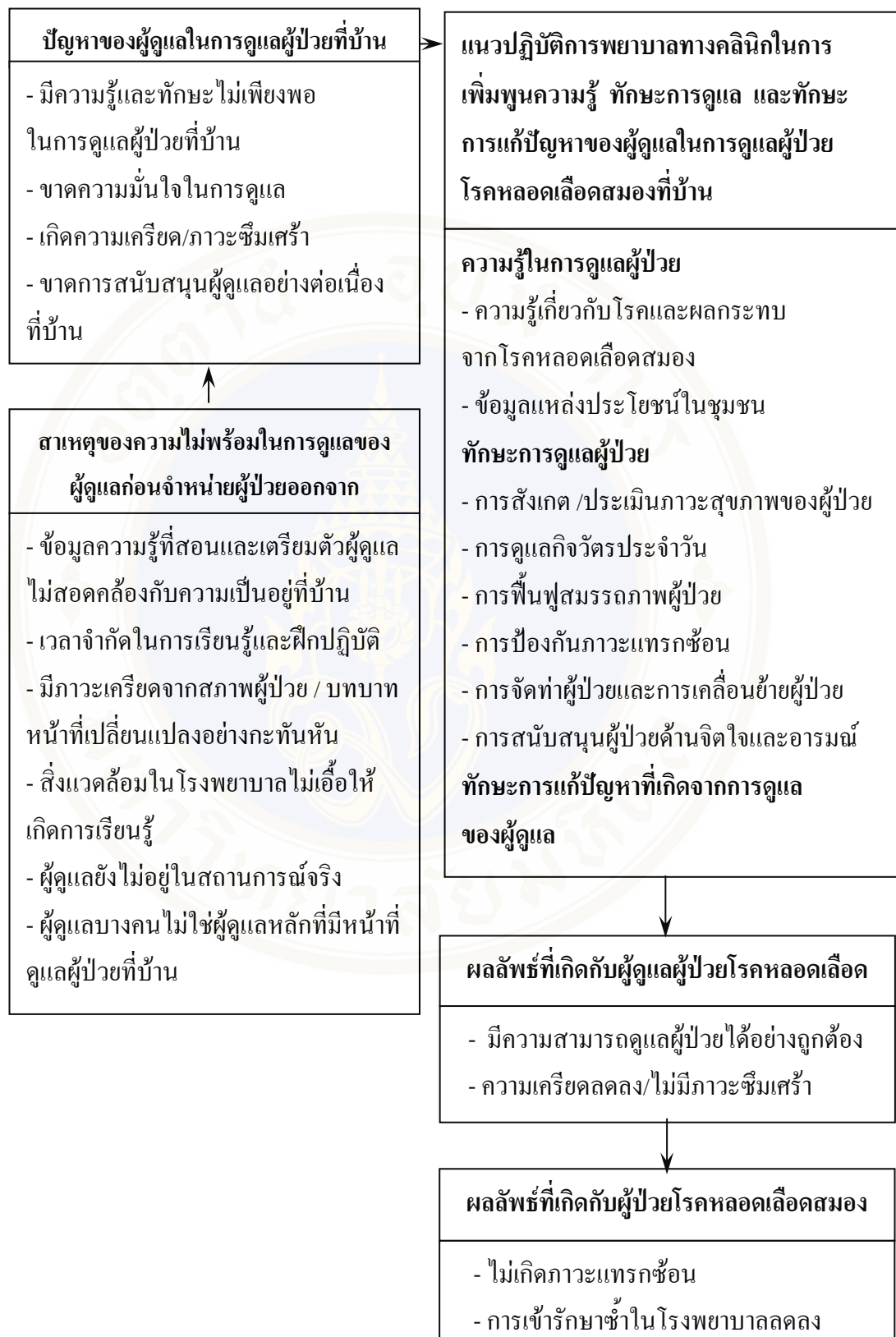
สรุป ทักษะการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล จะช่วยลดความเครียดและไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (D'Zurilla et al., 2007; Yeung et al., 2007)

สรุปกรอบแนวคิด

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความต้องการในด้านต่างๆ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่บ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทางปฏิบัติทั่วไปผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นแล้วขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจาก การเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะการดูแล ทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอสิ่งที่สอนหรือเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลไม่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ที่บ้าน มีเวลาจำกัดในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ มีภาวะเครียดจากสภาพผู้ป่วยหรือบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันของตัวผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลยังไม่อยู่ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (O'Connell et al., 2003; Sit et al., 2004) ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขาดความมั่นใจในการดูแล เกิดความเครียด/ภาวะซึมเศร้าจากไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ขาดการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดูแลที่บ้าน

การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำได้โดยเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดหรือซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การ

สนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน 2) ทักษะการดูแลต่างๆ อย่างเพียงพอ ได้แก่ การสังเกต / ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดทำผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการสนับสนุนผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ด้านทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า (Cameron et al., 2007; Robinson et al., 2005) ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดของการศึกษาในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ การดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ศึกษาเลือกใช้ Evidence - Based Practice Model ของ Soukup (2000) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็น รูปแบบที่มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจนในการกำหนดปัญหาและพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการ แก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหามีความครอบคลุม และมีขั้นตอนชัดเจนสะดวกในการนำไปใช้เพื่อ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นรูปแบบที่ยอมรับการใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่งานวิจัย ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Soukup, 2000) ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase) เป็นระยะของการ รวบรวมข้อมูลและระบุประเด็นปัญหาทางคลินิกภายในองค์กรที่สนใจศึกษาและต้องการแก้ไขให้มีความชัดเจนจากตัวกระตุ้นที่มาจากการปฏิบัติ (Practice triggers) และจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers)

- Practice triggers เป็นตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ซึ่งได้จากรวบรวมข้อมูล และปัญหา ที่ได้จากการปฏิบัติงานทางคลินิก
- Knowledge triggers เป็นตัวกระตุ้นจากความรู้เป็นความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เทคโนโลยีใหม่ๆ หรือการพัฒนาโปรแกรมใหม่ๆ ที่มาจากการอ่าน รายงานวิจัยหรือตำราใหม่ๆ

ระยะที่ 2 ระยะของการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence –supported phase) เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ใน ประเด็นที่กำหนดจากระยะที่หนึ่ง แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงาน วิจัยรูปแบบต่างๆ, งานวิจัยเชิงผลลัพธ์, เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ, มาตรฐานทาง

คลินิกระดับชาติ, แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ เพื่อนำหลักฐานและงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ และนำมาสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ระยะที่ 3 ระยะนำโครงการลงสู่ปฏิบัติ (Evidence-observed phase) เป็นระยะของการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินความเป็นไปได้ในการนำโครงการลงสู่การปฏิบัติจากการสังเกตและรับข้อเสนอแนะของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence-based phase) เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence-supported phase และ Evidence-observed phase เพื่อปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบใหม่ ตลอดจนการเผยแพร่ข้อค้นพบให้กับคณะกรรมการในหน่วยงาน นำเสนอในการประชุมระดับชาติหรือการตีพิมพ์ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงาน ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดจนถึงระยะที่ 2 เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน จนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม ส่วนระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ผู้ศึกษาได้วางแผนเพื่อดำเนินในโอกาสต่อไป

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่ 1 และ 2 มีขั้นตอนตามรูปแบบของการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice model) ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase) เป็นระยะของการรวบรวมข้อมูลและระบุประเด็นปัญหาทางคลินิกภายในองค์กรที่สนใจศึกษา และต้องการแก้ไขให้มีความชัดเจนจากตัวกระตุ้นที่มาจากการปฏิบัติ (Practice triggers) และจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers)

จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ซึ่งได้จากรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่ได้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน

แต่ละปีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยปีละ 10-15 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตเหล่านี้มักมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลงหรือเสียไป และแพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะเสร็จสมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยบางคนมีอุปกรณ์การรักษาคิดตัวกลับไปบ้าน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ ท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านทั้งจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Team) และผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทพทัน เมื่อทราบว่าแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือ 1-2 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจะให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยที่ประเมินได้ และสอนผู้ดูแลตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน การปฏิบัติเช่นนี้มักพบว่ามีความจำกัดในการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับข้อมูลและทักษะจำนวนมากในคราวเดียวกันหรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับไม่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการมีปัญหาในการเรียนรู้ จากผู้ดูแลไม่พร้อมในการเรียนรู้เนื่องจากยังปรับตัวไม่ได้หรือมีความเครียดจากสถานการณ์ความไม่ชัดเจนในสภาพของผู้ป่วย มีอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากที่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจากประสบการณ์ของทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลทพทัน การทบทวนบันทึกการเยี่ยมบ้าน การสังเกตการเยี่ยมบ้านและการซักถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก แม้ผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะมาบ้างแล้วก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลของตนเอง ขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลมักประสบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล เช่น ไม่สามารถปรับตัวกับภาระหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลบางรายพบกับปัญหาเศรษฐกิจ แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือผู้ดูแลบางรายไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการไตร่ตรอง/ประมาท หลีกเลี่ยงปัญหา ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด / ซึมเศร้าจากการดูแลที่มีปัญหาเกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลแผนกผู้ป่วยในจะแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ อาการและปัญหาของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านให้พยาบาลในศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลทราบตามระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลทั้พพันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน จากนั้นภายใน 3 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านจะประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัยใกล้บ้านผู้ป่วย โดยการติดต่อทางโทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสาร และติดต่อให้เจ้าหน้าที่มารับเอกสารแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่โรงพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย เกี่ยวกับประวัติ อาการ และปัญหาของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก และบันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงในแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมเพื่อส่งข้อมูลกลับไปยังศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ภายใน 7 วันหลังได้รับการส่งต่อ เป็นอันสิ้นสุดกระบวนการส่งต่อ หลังจากนั้นพยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย จะติดตามเยี่ยมตามแผนการส่งต่อและเยี่ยมต่อเนื่องตามความจำเป็นโดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแล ซึ่งกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน คือการให้ความรู้ตามประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคนตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ดูแลในขณะนั้น พยาบาลเยี่ยมบ้านยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการเพิ่มพูนความรู้ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่เป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก แม้ผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะมาบ้างแล้วก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความรู้ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาการดูแล พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและผู้ป่วย

จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) เป็นระยะที่เกิดจากการค้นหาความรู้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แต่สำหรับผู้ดูแลการดูแลที่บ้านเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ต้องการเวลาในการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะใหม่ๆ ในการดูแล การปรับบทบาทหน้าที่ และต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ จึงมีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของคามรอนและจิกแนค (2007)สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เกิดเหตุการณ์/วินิจัยอาการ ผู้ป่วยจะได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการคงที่เป็นระยะเวลาสั้นๆ หรืออย่างช้าประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลทราบถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในปัจจุบัน, การวินิจฉัยโรค, การดำเนินของโรค, การรักษาในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่จะมาคุกคามชีวิตจนทำให้เกิดผลระยะยาวในอนาคต และเพื่อใช้ประกอบ การตัดสินใจ เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 เป็นระยะอาการคงที่ ที่ผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค, ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในปัจจุบันและฝึกทักษะ เกี่ยวกับ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และสนับสนุน ผู้ดูแลให้เน้นการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ และให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้สาเหตุการเกิดโรค, มีความมั่นใจในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะที่ 3 ระยะเตรียมการ ระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การรับประทานอาหาร เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การใช้และการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชน มีการฝึกทักษะใหม่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ

และในระยะที่ 4 และ 5 คือระยะดำเนินการและระยะการปรับตัว ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจะพยายามใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้มาจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นการดูแลด้านร่างกายที่ต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนย้าย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ผู้ดูแลอาจยังมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลและทักษะเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล สนับสนุนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลในการปรับตัวเมื่อเกิดความกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมกับการประเมินการจัดการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล

ผลการศึกษาของคาเมรอนและจิกแนค (2007) และโอคอนเนลและคณะ (2003) สนับสนุนว่า ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกลัวว่าพวกเขายังได้รับการเตรียมความพร้อมไม่ดีพอระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ยากต่อการปรับตัวของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความกลัวและวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่น ต้องเรียนรู้ และลองผิดลองถูกด้วยตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะนี้ผู้ดูแลเริ่มมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งจิตใจ ร่างกาย สังคม และรับรู้ถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องการคำแนะนำ การฝึกทักษะเพิ่มเติมและการสนับสนุนด้านจิตใจ/อารมณ์ ต้องการการประเมินและข้อเสนอแนะจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ที่ทำอยู่เพื่อป้องกันการเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและทักษะเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ดูแล รูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในการเพิ่มพูนความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การให้ความรู้ (education) เช่น การสอน การสาธิตหรือฝึกปฏิบัติ การฝึกทักษะ (Skill training) การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แก่ผู้ดูแล เช่น การจัดหาแหล่งประโยชน์ด้านเงิน เป็นต้น มีทั้งรูปแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (Van den Heuvel et al., 2002 ; Lee et al., 2007) อาจให้ความช่วยเหลือแบบวิธีการเดียว เช่น การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การฝึกทักษะ หรือแบบหลายวิธีการผสมผสานกัน เช่น การให้ความรู้ร่วมกับให้คำปรึกษา การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (Visser-Meily et al., 2005; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) และมีการใช้รูปแบบต่างๆ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลที่บ้าน คือ การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางอินเทอร์เน็ต (Visser-Meily et al., 2005)

การให้ความรู้ และฝึกทักษะพยาบาลจะใช้กลยุทธ์ส่งเสริมความสามารถการดูแลหลากหลาย เช่น การสร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล และทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล (สุตศิริ หิรัญขุนทด, 2541) การประเมินผู้ดูแลด้วยการสังเกต และให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง จนผู้ดูแลมีความมั่นใจความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หากยังปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้สอนจะคอยช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่อง พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พุดคุยประสบการณ์การดูแล (Kalra et al., 2004 ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหา พบว่า เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งจะเกิดภาวะเครียด/ซึมเศร้า เนื่องจาก ไม่สามารถแก้ปัญหาจากการดูแลได้ จึงมีการให้ความสำคัญกับการสอนทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลว่าเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์หรือมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกระบวนการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาไปในทางบวก ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาย่างมีเหตุผล มีการใช้ทักษะการแก้ปัญหาย่างเป็นระบบ ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา 2) กำหนดทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหา ที่จะเป็นไปได้ ในหลากหลายวิธีให้ได้มากที่สุด 3) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ 4) ดำเนินการแก้ปัญหาและพิสูจน์ตรวจสอบข้อเท็จจริง ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาคือเป็นไปในทางบวก ได้แก่ ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา

เพิ่มขึ้น รับรู้ด้านภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าลดลง (D'Zurilla et al., 2007; Yeung et al., 2007)

จากปัญหาในการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านความรู้ ทักษะการดูแล ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในการให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแล และความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ปัญหา ไม่มีความเครียด/ภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้ารักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะของการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) เป็นระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นที่กำหนดจากระยะที่หนึ่ง แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่างๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ มาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ยอมรับ เพื่อนำหลักฐานและงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ และนำมาสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดกรอบการสืบค้น เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษามานับสนุน โดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (Melnik & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) คือ Patient, Population or Problem (P) เป็นการระบุประชากรหรือปัญหาที่สนใจ, Intervention or Area of interest (I) เป็นกิจกรรมการพยาบาล/ Intervention ที่สนใจ, Comparison intervention (C) เป็นการระบุเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาล/ Intervention ที่สนใจ กับกิจกรรมการพยาบาล/ Intervention ที่มีผู้ได้ทำการศึกษาไว้ก่อนแล้ว, Outcome (O) เป็นผลลัพธ์ที่สนใจของการศึกษา มีความเฉพาะเจาะจงและวัดได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนด “PICO” ดังนี้

P (Population) : ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

I (Intervention) : การให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแล และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

C (Comparison intervention) : -

O (Outcome) ผู้ดูแล : ความรู้และทักษะการดูแล ความสามารถในการดูแล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

2. กำหนดขอบเขตในการสืบค้น

2.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น จากกรอบการตั้งคำถามทั้งคำในภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และมีการปรับเปลี่ยนคำตามผลการสืบค้นในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาใช้ระบุคำสำคัญในการสืบค้นข้อมูลในครั้งต่อไป รวมทั้งใช้คำที่ได้จาก Subject Heading ในแต่ละฐานข้อมูลในการสืบค้นต่อไป นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการเชื่อมคำ (Boolean operator) ด้วย AND, OR เข้ามาช่วยในการรวมคำค้น (combining key words) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

P: The patient population or problem

1. Stroke
2. Cerebrovascular disease
3. Carer / Caregiver
4. Caregiving / Caring
5. Home Health Care / Home Care

I: Intervention or Area of Interest

6. Skill Training
7. Education
8. Psychological Support
9. Problem solving

C: Comparison Intervention

ไม่มี

O: Outcome

10. Caring Knowledge
11. Caring Abilities
12. Caring skill
13. Strain
14. Depression

2.2 ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

1) การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ได้แก่ ฐานข้อมูล The Cochrane Library , www.guidelines.gov, www.joannabriggs.edu.au Blackwell Synergy, PubMed, Journals@Ovid Full text, Science Direct, และ ProQuest Nursing & Allied

Health Source ซึ่งเป็นฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล และการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบัน หรือองค์กร

2) Hand searching การสืบค้นด้วยมือ ได้ทำการสืบค้นในวารสารที่เป็นภาษาไทยที่เกี่ยวข้องในด้านการพยาบาล สุขภาพจิต การแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็น ได้แก่ วารสารสภาการพยาบาล, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, วารสารพยาบาลสาร, วิทยานิพนธ์, สารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์, รายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมท้ายรายการวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Reference list)

2.3 ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ศึกษา ได้แก่ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews), วิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด, การวิจัยเชิงทดลอง เช่น Randomized controlled trials (RCT), Non-Randomized controlled trials, การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study), การวิจัยติดตามไปข้างหน้า (Longitudinal study) และการวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ.1997-2009

ผลการสืบค้น จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด 266 เรื่อง คัดเลือกเรื่องที่ตรงประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 9 เรื่อง (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น

ฐานข้อมูล/วิธีการสืบค้น	จำนวนเรื่องที่สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่ใช้
The Cochrane Library	10	2
www.guidelines.gov.	8	-
www.joannabriggs.edu.au	5	-
Blackwell Synergy	73	1
Pub Med	58	1

ตารางที่ 3.1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น (ต่อ)

ฐานข้อมูล/วิธีการสืบค้น	จำนวนเรื่องที่สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่ใช้
Journals@Ovid Full text	26	-
Science Direct	21	1
ProQuest Nursing & Allied Health Source	14	1
Hand searching	51	3
รวม	266	9

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินระดับงานวิจัยของมิวนิกและไฟล์อว์โอเวอร์ฮอลต์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) มาพิจารณาตัดสินใจ แบ่งออกเป็น 7 ระดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับ I เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) หรือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ II เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (randomized controlled trials : RCT)

ระดับ III เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ IV เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ V เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ VI เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ VII เป็นหลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ/หรือ รายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ

จากการประเมินงานวิจัยที่สืบค้นได้จำนวน 9 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) 1 เรื่อง, การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) 1 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) 4 เรื่อง มีงานวิจัยถึง

ทดลอง (Quasi-experimental) 2 เรื่องที่มีวิธีการศึกษาวิจัยและมีการออกแบบอย่างดี และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) 1 เรื่องซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงระดับงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ลำดับที่	เรื่อง	รูปแบบ	ระดับของงานวิจัย
1.	A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers (Lee et al., 2007)	Meta-Analysis	I
2.	Interventions for adult family carers of people who have had a stroke (Brereton L., Carroll C., & Barnston S., 2007)	systematic review.	I
3.	Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation (Grant et al., 2002)	A randomized 3-group repeated measures experimental design	II
4.	Social problem-solving partnerships with family caregivers (Grant, 1999)	A randomized 3-group repeated measures experimental design	II
5.	Long-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patient (Van den Heuvel et al, 2002)	A randomized experimental design	II
6.	Training carers of stroke patients : randomized controlled trial (Kalra et al, 2004)	A randomized experimental design	II

ตารางที่ 3.2 แสดงระดับงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (ต่อ)

ลำดับที่	เรื่อง	รูปแบบ	ระดับของงานวิจัย
7.	ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิตและคณะ, 2551)	A quasi-experimental design	III
8.	ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)	A quasi-experimental design	III
9.	การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุคติศรี หิรัญขุนหะ, 2541)	Action research	VI

3. การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

นำหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 9 เรื่อง มาประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ Utilization Criteria ของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ซึ่งมีหัวข้อการประเมินงานวิจัย 4 ด้าน (CSIL) ดังนี้

3.1 ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)

งานวิจัยที่ได้ทั้ง 9 เรื่อง เกี่ยวข้องกับการช่วยให้พยาบาลสอนให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลของผู้ดูแลให้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถและเกิดความเชื่อมั่นในความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย และมีความชำนาญในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ศึกษา ประกอบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ใช้ในงานวิจัยมีปัญหาทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้

3.2 การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit)

งานวิจัยที่คัดเลือกมีความน่าเชื่อถือ เพราะเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews), การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม, งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม, งานวิจัยกึ่งทดลอง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ งานวิจัยทั้งหมดมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากมีวิธีการศึกษาวิจัยและมีการออกแบบอย่างดี สอดคล้องกับหัวข้อเรื่อง ตัวแปร คำถามและสมมติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย ทุกงานวิจัยมีการตั้งสมมติฐานและวัตถุประสงค์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม ระบุเกณฑ์และคุณลักษณะในการคัดเลือกผู้ดูแลที่เหมาะสม เครื่องมือที่ใช้มีการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นและใช้กันอย่างแพร่หลาย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีความชัดเจน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมกับระดับการวัด และรูปแบบการวิจัย การแปลผลและการนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสมมีการสรุปและการอภิปรายผลการศึกษา ระบุข้อจำกัดของงานวิจัย ข้อเสนอแนะของการนำไปใช้ ผู้วิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการลงตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก

3.3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)

1) การเทียบเคียงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the Finding) งานวิจัยที่ได้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับหน่วยงาน เนื่องจากมีการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน และในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ มีขั้นตอน วิธีการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะเหมาะสมกับสภาพการและบริบทของหน่วยงานและสภาพจริงของชุมชน พยาบาลที่ให้ความรู้เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลและพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ลักษณะกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มเดียวกันคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยที่บ้านในระยะเวลา 1 ปี มีปรัชญาในการดูแลคล้ายคลึงกัน เกิดประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความเชื่อมั่นในความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และมีความชำนาญในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation) เป็นงานทางคลินิกที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างอิสระ เพื่อเพิ่มความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากเป็นทักษะที่พยาบาลมีอยู่แล้ว เมื่อนำไปใช้เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินไปในการปฏิบัติ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ สามารถทำได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ทักษะการแก้ปัญหาอาจต้องอาศัยทักษะขั้นสูงของผู้ดำเนินการ ซึ่งสามารถฝึกฝนได้โดยต้องมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้ และฝึกทักษะของพยาบาลก่อนปฏิบัติจริง หน่วยงานมีความพร้อมด้านงบประมาณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การสนับสนุนและร่วมมือ

เพราะสามารถนำไปปฏิบัติผสมผสานกับงานประจำได้เนื่องจากพยาบาลต้องมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้วโดยไม่เป็นภาระงาน

3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ (Cost-benefit ratio) วิธีการที่ได้จากงานวิจัยไม่มีความเสี่ยงหรือเกิดอันตรายกับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากพยาบาล และผู้ดูแลจะได้รับความรู้ และผ่านการฝึกทักษะอย่างถูกต้องก่อนปฏิบัติงาน แต่อาจทำให้เสียค่าใช้จ่ายค่าเอกสารในการจัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเป็นสื่อประกอบการให้ความรู้ และค่าใช้จ่ายการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์อาจเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับรูปแบบเดิม เนื่องจากและปัจจุบันการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์มีการพัฒนาขึ้น และติดตั้งในหน่วยงานแบบเหมาจ่าย แต่มีประโยชน์และคุ้มค่าอย่างมากในการลดการใช้รถกำลัง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดระยะเวลาการเดินทางในการติดตามผู้ป่วยที่บ้านได้มากกว่าการปฏิบัติงานในรูปแบบเดิม และผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและหน่วยงาน

4. สรุปสาระหลักที่ได้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 9 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สามารถสังเคราะห์สาระหลักเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ดังนี้

4.1 คุณลักษณะของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปหรือบางรายมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก เป็นต้น ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี เฉลี่ยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และพักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน สามารถอ่านออก และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ (Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Kalra et al., 2004 : Level II ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II ; จินนระรัตน์ ศรีภักธิวิญญู, 2540 : Level III)

ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II) และมีบางงานวิจัยผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป (Van den Heuvel et al., 2002 : Level II) เป็นผู้ป่วยใหม่โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cerebrovascular accident รวมถึง brain infarct หรือ ischemic stroke จากสาเหตุ thrombi หรือ emboli (Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II) ที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวอยู่ระหว่าง 10-15 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคสมอง (Glasgow Coma Scale) มีภาวะทุพพลภาพ ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้ตัวหรือรู้สึกรู้ตัวเล็กน้อย หรือรู้สึกรู้ตัวดีแต่มีอัมพาตครึ่งซีก มีอาการอ่อนแรงของแขน และขาข้างซ้ายหรือขวา ตั้งแต่ระดับอ่อนแรงมากถึงไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญาญ, 2540 : Level III)

4.2 การให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในปัจจุบันรูปแบบการให้ความรู้และพัฒนาทักษะต่างๆแก่ผู้ดูแล มีหลายรูปแบบ มีทั้งการสอนให้ความรู้ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล รายกลุ่มที่มีผู้เข้าร่วม 3-6 คน หรือมากกว่า 10 คน มีการดำเนินการทั้งในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน หรือในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลให้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Lee et al., 2007 : Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I) ทั้งพฤติกรรมด้านแนวคิด เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เห็นสภาพแวดล้อมของครอบครัว สามารถเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ตามแผนการสอนความรู้ และแผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พยาบาลกับผู้ดูแลได้ตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งเป็นงานทางคลินิกหรือเอกสิทธิ์ที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างอิสระ โดยพยาบาลจะดูความพร้อมของผู้ดูแลบนพื้นฐานของปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับสภาพเป็นจริงที่บ้าน สังคม ชุมชนของผู้ดูแลและครอบครัว (จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญาญ, 2540 : Level III) ให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Van den Heuvel et al., 2002 : Level II)

การให้ความรู้ควรเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีส่วนร่วม พยาบาลควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และมีการประเมินย้อนกลับโดยการซักถามความรู้ ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุการเกิดโรค, อาการและอาการแสดง, การดำเนินของโรค, ความรุนแรงของโรค, การรักษาพยาบาล, ผลกระทบหรือปัญหาที่มักเกิดขึ้นจาก

โรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกัน, โภชนาการ, เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, และแนะนำสถานบริการและแหล่งให้ความช่วยเหลือ, รวมถึงการติดต่อรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการของอาสาสมัครสำหรับผู้ดูแล (Lee et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Kalra et al., 2004 : Level II ; จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ, 2540 : Level III) แต่การให้ความรู้อย่างเดียวอาจไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นจึงต้องใช้กระบวนการอย่างอื่นเพิ่ม เช่น การฝึกทักษะ เป็นต้น

การฝึกทักษะการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งพยาบาลอาจนำผู้ดูแลมาร่วมการฝึกทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง พร้อมทั้งประเมินผู้ดูแลด้วยการสังเกต และให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง หากยังปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้สอนจะคอยช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่อง พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พุดคุยประสบการณ์การดูแล (Kalra et al., 2004 : Level II ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550 : Level III ; จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ, 2540 : Level III) ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะ เกี่ยวกับ กิจกรรมประจำวัน เช่น การทำความสะอาดปากและฟัน, การสระผม, การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์, การเช็ดตัวผู้ป่วย, การดูแลและนวดหลัง, การฝึกการจับถ่ายให้เป็นเวลา, ฝึกการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองของผู้ป่วย, การจัดที่นอนและการจัดทำผู้ป่วย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ, การทำแผลเจาะคอ, การเตรียมและการให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก, ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลทางเดินหายใจ การเคลื่อนไหวน้ำขี้ และ การออกกำลังกล้ามเนื้อ การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (Kalra et al., 2004 : Level II ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550 : Level III ; จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ, 2540 : Level III)

การสอนให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล พยาบาลจะใช้กลยุทธ์ส่งเสริมความสามารถในการดูแล คือ สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541 : Level VI) มีการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน เป็นคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสื่อประกอบการให้ความรู้ที่จะมอบให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลใช้ศึกษาเรียนรู้ หรือทบทวนความรู้ และฝึกทักษะมีความชัดเจนขึ้น (จินนะรัตน์ ศรีภักธิภิญโญ, 2540 : Level III ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550 : Level III)

ระยะดำเนินการ การให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแล จะใช้เวลาที่แตกต่างกันตามจำนวนบทเรียนหรือจำนวนครั้ง ประมาณ 30-45 นาทีต่อ

บทเรียน หรือใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อ 2 บทเรียนต่อครั้ง (Brereton L et al., 2007 : Level I; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II)

การประเมินผล การประเมินผลการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลมีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้นจะมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน ควรมีการประเมินย้อนกลับโดยการซักถามความรู้ผู้ดูแล พร้อมทั้งการฝึกทักษะการดูแลจะประเมินผู้ดูแลด้วยการสังเกต และให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง ส่วนในการประเมินผลระยะยาว พยาบาลจะ ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่บ้าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อถามผู้ดูแล เกี่ยวกับ กิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในช่วงที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อสัมภาษณ์ 41 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 2) การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย 3)การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย (จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540 : Level III ; นิภาภัทร ภักทรพงศ์บัณฑิตและคณะ, 2550 : Level III) ซึ่งในการประเมินจะมีการประเมินในระยะที่แตกต่างกันแต่โดยส่วนใหญ่จะต้องอาศัยระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะประเมินในสัปดาห์ที่ 4 , สัปดาห์ที่ 5-9 ,สัปดาห์ที่ 13-14 และ 6 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(Lee et al., 2007: Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Kalra et al., 2004 : Level II)

4.3 การให้ความรู้ ฝึกทักษะ ร่วมกับการสนับสนุนผู้ดูแล

การให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการให้โปรแกรมสนับสนุนมีการดำเนินการในโรงพยาบาล และต่อเนื่องถึงในชุมชนโดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลโดยการสนับสนุน การชี้แนะ การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม การติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและหาวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการสอนและสนับสนุนซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย education intervention ผู้ดูแลจะได้รับการสอนเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ผลกระทบ การฟื้นฟูสภาพ และการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง เช่น เทคนิคการยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ต่างๆ สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น ส่วนใน support intervention ประกอบด้วย การให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกทางอารมณ์, การเรียนรู้ที่จะใช้กลวิธีการปรับตัวจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล, การพูดถึงอารมณ์เมื่อเกิดโรค

ขึ้น และการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล มีการอภิปราย ได้ตอบ เกี่ยวกับ ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับเหตุการณ์ในช่วงเวลานั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนั้นจะมีการอภิปรายผลของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ข้อมูลเกี่ยวกับการจะได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญได้อย่างไร, สามารถติดต่อกับผู้ดูแลคนอื่นได้ที่ไหน, ทำอย่างไรจึงจะมีวันหยุดสำหรับผู้ดูแล, วิธีการจัดการเวลา และวิธีการรักษาสุขภาพ (Lee et al., 2007: Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Grant, 1999 : Level II; Grant et al., 2002 : Level II)

วิธีการสนับสนุนให้ความรู้ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสอนให้ความรู้รายกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นต้น (Lee et al., 2007 : Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

ระยะดำเนินการ มีทั้งระยะสั้นและระยะยาวแตกต่างกันไปตามวิธีการ การให้ความรู้แบบกลุ่มในโรงพยาบาลประมาณ 6 ครั้งนาน 6 เดือน การติดตามเยี่ยมบ้านเริ่มใน 1 สัปดาห์หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง นาน 8-10 สัปดาห์ มีการกำหนดจำนวนบทเรียนที่จะสอน ซึ่งสามารถยืดหยุ่นได้ตามความสำคัญและปัญหาของแต่ละคน และการติดตามทางโทรศัพท์มีการติดตามทุกสัปดาห์ใน 1 เดือนแรก ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนที่สอง และต่อไปทุก 1 เดือน อีก 1-2 ครั้งพยาบาลผู้ที่ดำเนินการติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและทางโทรศัพท์ เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการในคลินิก (Clinical Nurses) และต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมการสอน/เทคนิควิธี สื่อการสอน การประเมินผล อย่างน้อย 1-2 วัน ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการ เพื่อให้พยาบาลดำเนินการไปในแนวทางเดียวกันและมีคุณภาพ (Lee et al., 2007: : Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

4.4 การฝึกใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งจะเกิดภาวะเครียด/ซึมเศร้า เนื่องจาก ไม่สามารถแก้ปัญหาจากการดูแลได้ จึงมีการให้ความสำคัญกับการสอนทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลว่าเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์หรือมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกระบวนการกำหนดทิศทาง การแก้ปัญหาไปในทางบวก ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มีการใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่าง

เป็นระบบ การฝึกใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ามีการใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) หรือทฤษฎีของ D’Zurilla and Nezu’s เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) (Lee et al., 2007 : Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I)

การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติกันอยู่แล้วในสถานบริการ และเป็นการประเมินติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านในด้านต่างๆ รวมถึงการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา และมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยมตามสภาพปัญหา แต่การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้บุคลากรที่ลงเยี่ยมตามบ้าน ซึ่งจะพบปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ดังนั้นการใช้ทักษะการแก้ปัญหาทางโทรศัพท์ จะช่วยแก้ปัญหการขาดแคลนบุคลากร และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหามากกว่าการเยี่ยมบ้าน เพราะการใช้วิธีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์จะช่วยเพิ่มระยะห่างของผู้ดูแลกับพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลประเมินและทบทวนประสบการณ์การดูแลโดยปราศจากอคติ ไม่ถูกกดดันจากพยาบาลและสามารถใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ในบางกรณีผู้ดูแลไม่สะดวกจะรับโทรศัพท์ในขณะนั้น ผู้ดูแลอาจขอให้พยาบาลติดต่อมาใหม่หรือผู้ดูแลติดต่อกลับไปในช่วงต่อไป (Grant, 1999 : Level II) ผู้ดูแลจะได้รับการสอนให้ใช้วิธีการแก้ปัญหาไปในเชิงบวก (positive problem orientation) โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต, การแก้ปัญหาเป็นหนทางเผชิญปัญหา และการใช้ความพยายามในการแก้ปัญหจะช่วยให้อุปสรรคความสำเร็จ (Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II) ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับการสอน และฝึกปฏิบัติให้ใช้แนวทางการแก้ปัญหาในเชิงบวกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล โดยทักษะการแก้ปัญหามี 4 ขั้นตอน คือ บอกและระบุปัญหาที่ชัดเจน, ตัดสินใจว่าต้องการประสบความสำเร็จ ในเรื่องใดและทำรายการวิธีการที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหา, เลือกและทดสอบวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด และประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลผล กระทบต่อจิตใจและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Lee et al., 2007 : Level I; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

ระยะเวลาดำเนินการ พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมจะพบกับผู้ดูแลที่บ้านใน 3-4 สัปดาห์ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง ต่อจากนั้นผู้ดูแลจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2,3,4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และต่อไปทุก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6,8,10 และ 12หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) และเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องมากกว่า 12 สัปดาห์ (Lee et al., 2007 : Level I ; Grant et al., 2002 :

Level II) การติดตามแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 40-45 นาที (20-30 นาที ในช่วงใกล้สิ้นสุดการสนทนา)
(Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : : Level II ; Van den Heuvel et al., 2002 : : Level II)

การประเมินผล พยาบาลการประเมินความเครียดของผู้ดูแล มีการใช้แบบประเมิน Caregiver Strain Index ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล (Van den Heuvel et al., 2002 : Level II) ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล, สัปดาห์ที่ 5 ของระยะดำเนินการ และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และใช้วัดแบบประเมิน Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 5-9 และ สัปดาห์ที่ 13 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Grant, 1999 : : Level II ; Grant et al., 2002 : : Level II)

5. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 3 คน ได้แก่

- | | |
|--|------|
| 1. แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 1 คน |
| 2. อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 1 คน |
| 3. อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช | 1 คน |

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล มีข้อสรุปดังนี้

1. ควรใช้คำศัพท์ที่เป็นสากล และสื่อสารได้ชัดเจนขึ้น
2. ควรมีการเขียนให้เข้าใจง่าย ชัดเจน แยกเป็นหมวดหมู่ มีการระบุหรือยกตัวอย่างให้ชัดเจน
3. ควรนำส่วนของการประเมินกลุ่มเป้าหมายในครั้งแรก ไปไว้ในระยะดำเนินการ ซึ่งในระยะดำเนินการควรมีการประเมิน ปฏิบัติ และประเมินผล
4. การประเมินความรู้ในการเชื่อมแต่ละครั้งควรมีแบบประเมิน
5. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรจัดเป็นหมวดหมู่ โดยเน้นในเรื่องกิจวัตรประจำวันเป็นหลัก

6. การวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล อาจใช้แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลแล้วนำมาปรับปรุง

แก้ไขและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาจากผู้ชำนาญการทางทฤษฎีแล้ว แทนแบบประเมิน Caregiver Strain Index (Van den Heuvel et al., 2002 : Level II) ซึ่งยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทย

7. การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล อาจใช้ The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งใช้ได้ง่าย และใช้ในหน่วยงานอยู่แล้ว แทนแบบประเมิน Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale (Grant, 1999 : : Level II ; Grant et al., 2002 : : Level II) ซึ่งเนื้อหาอาจไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ และยังไม่มีการใช้ในหน่วยงาน

ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับแก้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้มีความสมบูรณ์ขึ้น

การวางแผนการดำเนินการตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Soukup (2000) ในระยะที่ 1 และ 2 เท่านั้น แต่ผู้ศึกษาวางแผนดำเนินการศึกษาต่อในระยะที่ 3 และ 4 ดังนี้

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง มีแนวทางดำเนินการดังนี้

- แจ้งวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อเป็นการสื่อสารถึงวัตถุประสงค์ และนำเสนอแนวคิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล และขออนุญาตนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

- นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เข้าเสนอในที่ประชุมทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านในหน่วยงาน เพื่อร่วมพิจารณาพิจารณา แสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากที่สุดในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

- จัดประชุมให้ความรู้ และพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน โดยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในเรื่องต่างๆ และประชุมตกลงร่วมกันในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

- ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไปศึกษาทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องไปปรับปรุงแก้ไข
- ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เป็นระยะๆ

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินการ เพื่อเป็นการพัฒนาให้มีแนวปฏิบัติในรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษามีการวางแผนในการนำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

- นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการให้ความรู้และทักษะต่างๆแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของหน่วยงาน
- สอบถามเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อประเมินผล และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ร่วมกับประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ประเมินความยุ่งยากในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินค่าใช้จ่าย และผลที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อสะดวกในการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน(CQI) เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เผยแพร่นอกหน่วยงาน และพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการพยาบาล

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Soukup (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 9 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) 1 เรื่อง, การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) 1 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) 4 เรื่อง มีงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 1 เรื่อง ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นนำมาประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 1.คุณลักษณะของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน โดยพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน อ่านเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และบ้านอยู่ในเขตที่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ 2. ดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 2 บทเรียน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้หากผู้ดูแลมีปัญหาการดูแลอื่นที่จำเป็นต้องได้รับการสอน ตามความสำคัญและปัญหาของผู้ดูแลแต่ละคน และแจกเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามหัวข้อที่สอนให้แก่ผู้ดูแลเพื่อใช้ทบทวนความรู้ และทักษะการดูแลที่ได้รับการสอนจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน และ 2) การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอนและฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแล โดยใช้แนวทางการแก้ปัญหาในเชิงบวกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล ประกอบด้วยการสอนทักษะ

การแก้ปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในการใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ของระยะดำเนินการ 3. การประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะการดูแล ความสามารถในการดูแล ระดับความเครียด และระดับภาวะซึมเศร้า โดยการจดบันทึก การสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการประเมินเนื้อหา และเครื่องมือที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการจนถึงระยะที่ 2 โดยศึกษาถึงขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลส่วนในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ผู้ศึกษามีการวางแผนที่จะดำเนินการขั้นตอนต่อไป โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลของการได้แนวปฏิบัติการพยาบาลมาจะช่วยเสริมให้การปฏิบัติงานเดิมดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไปใช้ปฏิบัติในหน่วยงาน คือ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเข้ากับระบบงานเยี่ยมบ้านที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งควรประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบาย บริบทของหน่วยงาน และระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ

2. ควรจัดให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เช่น แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการพัฒนางานเยี่ยมบ้านให้กับผู้บริหารทราบว่าเกิดผลคุ้มค่า คุ่มทุน ในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน

3. ควรมีการติดตามผลงานวิจัยหรือการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มพูนคุณภาพความรู้สำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล

4. ควรมีการสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยประสานงานกับผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้รับทราบถึงโครงการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชน และเป็นแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องต่อไป



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES TO
ENHANCE CAREGIVING KNOWLEDGE AND SKILLS, AND PROBLEM-SOLVING
SKILLS OF CAREGIVERS IN CARING FOR STROKE PATIENTS AT HOME

สุภาภรณ์ โทมณีพิทักษ์ 4936707 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุพินดา เรืองจิรัชเสียร, Ph.D. (NURSING), นันทิยา วัฒนา,
Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและผ่านภาวะวิกฤติมาได้ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (อิสรพงษ์ ขรรข และปิยภัทร พัทธาวิวัฒน์วงศ์, 2546) และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลร้อยละ 25-74 (สุภาณี อ่อนชื่นจิต, 2549) “ผู้ดูแลที่บ้าน” (Caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลอื่นๆ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งเป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอันมาก ผู้ดูแลต้องวางแผนการดูแลและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองที่บ้าน แม้ผู้ดูแลจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเบื้องต้นแล้วขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมของอุปกรณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วย อาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่บ้าน หรือช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลมีเวลาที่จำกัดในการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล หรือ

สิ่งแวดล้อมที่ขัดขวางต่อการเรียนรู้ข้อมูลของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพจนนำไปสู่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการเพิ่มขึ้น และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความเครียด/ภาวะซึมเศร้าลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

วิธีดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Soukup (2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมี 4 ระยะ แต่การศึกษานี้ดำเนินการเพียง 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 Evidence-triggered phase และสิ้นสุดที่ระยะที่ 2 Evidence-supported phase ซึ่งได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ส่วนในระยะที่ 3 Evidence-observed phase และระยะที่ 4 Evidence-based phase ได้มีการวางแผนดำเนินการต่อไปภายหลังจบการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา (Evidence-triggered phase) เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์/กำหนดประเด็นปัญหาจากตัวกระตุ้นที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practice triggers) และเกิดจากตัวกระตุ้นจากความรู้และการค้นคว้า (Knowledge triggers) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. จากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practice triggers) เป็นตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ซึ่งได้จากรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่ได้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนในฐานะพยาบาล

วิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยปีละ 10-15 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตเหล่านี้มักมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และแพทย์มักจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะเสร็จสมบูรณ์ และผู้ป่วยบางคนมีอุปกรณ์การรักษาติดตัวกลับไปบ้าน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ ท่อหลอดลมคอ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านทั้งจากทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Team) และผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แม้ผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะมาบ้างแล้วก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน อาจเนื่องจากการสอนและฝึกทักษะในโรงพยาบาลมีเวลาที่จำกัดในการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับข้อมูลและทักษะจำนวนมากในคราวเดียวกันหรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับไม่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจากประสบการณ์ของทีมดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลกำแพงแสน การทบทวนบันทึกการเยี่ยมบ้าน การสังเกตการเยี่ยมบ้านและการซักถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลมักประสบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการไตร่ตรอง/ประมาท หลีกเลี่ยงปัญหา ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด/ซึมเศร้า จากการดูแลที่มีปัญหาเกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนัมย์ จะติดตามเยี่ยมตามแผนการส่งต่อและเยี่ยมต่อเนื่องตามความจำเป็นโดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแล โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านจะให้ความรู้ตามประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคน พยาบาลเยี่ยมบ้านยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้น พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

2. จากความรู้และการค้นคว้า (Knowledge triggers) เป็นระยะที่เกิดจากการค้นหาความรู้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่สัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แต่สำหรับ “ผู้ดูแล” การดูแลที่บ้านเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ต้องการเวลาในการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะใหม่ ๆ ในการ

ดูแล การปรับบทบาทหน้าที่ และต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ จึงมีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของคามรอนและจิกแนค(2007).สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เกิดเหตุการณ์/วินิจัยอาการ ผู้ป่วยจะได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการคงที่เป็นระยะเวลาสั้นๆ หรืออย่างช้าประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลทราบถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในปัจจุบัน, การวินิจฉัยโรค, การดำเนินของโรค, การรักษาในปัจจุบัน เหตุการณ์ที่จะมาคุกคามชีวิตจนทำให้เกิดผลระยะยาวในอนาคต และเพื่อใช้ประกอบ การตัดสินใจ เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 เป็นระยะอาการคงที่ ที่ผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค, ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในปัจจุบันและฝึกทักษะ เกี่ยวกับ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และสนับสนุน ผู้ดูแลให้เน้นการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การรับรู้ และให้กำลังใจผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้สาเหตุการเกิดโรค, มีความมั่นใจในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะที่ 3 ระยะเตรียมการ ระยะนี้ทีมสุขภาพจะสนับสนุนผู้ดูแลด้านข้อมูล เกี่ยวกับ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การรับประทานอาหาร เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การใช้และการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชน มีการฝึกทักษะใหม่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ

และในระยะที่ 4 และ 5 คือระยะดำเนินการและระยะการปรับตัว ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจะพยายามใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้มาจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นการดูแลด้านร่างกายที่ต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนย้าย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ผู้ดูแลอาจยังมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพจะให้ข้อมูลและทักษะเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล สนับสนุนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลในการปรับตัวเมื่อเกิดความกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมกับการประเมินการจัดการดูแลที่บ้านของผู้ดูแล

ผลการศึกษาของคามรอนและคณะ(2007) และโอคอนเนลและคณะ(2003). สนับสนุนว่า ผู้ดูแลยังมีความรู้สึกว่าพวกเขายังได้รับการเตรียมความพร้อมไม่ดีพอระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ยากต่อการปรับตัวของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความกลัวและวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่น ต้องเรียนรู้ และลองผิดลองถูกด้วยตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ระยะนี้ผู้ดูแลเริ่มมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งจิตใจ ร่างกาย

สังคม และรับรู้ถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องการคำแนะนำ การฝึกทักษะเพิ่มเติมและการสนับสนุนด้านจิตใจ/อารมณ์ ต้องการการประเมินและข้อเสนอแนะจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ที่ทำอยู่เพื่อป้องกันการเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและทักษะเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ดูแล รูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในการเพิ่มพูนความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การให้ความรู้ (education) เช่น การสอน การสาธิตหรือฝึกปฏิบัติ การฝึกทักษะ (Skill training) การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แก่ผู้ดูแล เช่น การจัดหาแหล่งประโยชน์ด้านเงิน เป็นต้น มีทั้งรูปแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (Van den Heuvel et al., 2002 ; Lee et al., 2007) และมีการใช้รูปแบบต่างๆในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ดูแลที่บ้าน คือ การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางอินเทอร์เน็ต (Visser-Meily et al., 2005)

การให้ความรู้และฝึกทักษะ พยาบาลควรใช้กลยุทธ์ส่งเสริมความสามารถการดูแล เช่น การสร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล และทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) การประเมินผู้ดูแลด้วยการสังเกต และให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง และผู้ดูแลมีความมั่นใจความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หากยังปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้สอนจะคอยช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่อง พยายามให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยประสบการณ์การดูแล (Kalra et al., 2004 ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมกิจกรรมติดตามทักษะการแก้ปัญหา พบว่า เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งจะเกิดภาวะเครียด/ซึมเศร้า เนื่องจาก ไม่สามารถแก้ปัญหาจากสาเหตุได้ จึงมีการให้ความสำคัญกับการสอนทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลว่าเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์หรือมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกระบวนการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาไปในทางบวก ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทักษะการแก้ปัญหาย่างเป็นระบบ ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา 2) กำหนดทางเลือกของวิธีการแก้ปัญหา ที่จะเป็นไปได้ ในหลากหลายวิธีให้ได้มากที่สุด 3) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ 4) ดำเนินการแก้ปัญหาและพิสูจน์ตรวจสอบข้อเท็จจริง ซึ่งผลลัพธ์ที่

เกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาที่เป็นไปในทางบวก ได้แก่ ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น รับรู้ด้านภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าลดลง (D'Zurilla et al., 2007; Yeung et al., 2007)

จากปัญหาในการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านความรู้ ทักษะการดูแล ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแล และความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแล ผู้ดูแลไม่มีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 ระยะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

เมื่อกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัย และหลักฐานต่างๆ ในหัวข้อประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขจากหลายๆ แหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมดังนี้

1. การกำหนดกรอบในการสืบค้น เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษามาสนับสนุนโดยใช้กรอบแนวคิด “PICO” (Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

P (Population) : ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

I (Intervention) : การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

C (Comparison intervention) : -

O (Outcome) ผู้ดูแล : ความรู้และทักษะการดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

2. ที่มาของงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัย และหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การให้ความรู้, การฝึกทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ The Cochrane Library , www.guidelines.gov, www.joannabriggs.edu.au, Blackwell Synergy, PubMed, Journals@Ovid Full text, ScienceDirect, และ ProQuest Nursing & Allied Health Source ซึ่งเป็นฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล และการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบัน หรือองค์กร เพื่อขอรับบทความ หรือฉบับเต็ม และการสืบค้นด้วยมือ ได้ทำการสืบค้นในวารสารที่เป็นภาษาไทยที่เกี่ยวข้องในการพยาบาล สุขภาพจิต การแพทย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็น ได้แก่ วารสารสภาการพยาบาล,

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, วารสารพยาบาลสาร, วิทยานิพนธ์, สารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาที่ตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์, รายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมท้ายรายการวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Reference list) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ Stroke, Cerebrovascular disease, Carer / Caregiver, Caregiving / Caring, Home Health Care / Home Care, Caring Knowledge, Caring Abilities, Caring skill, Skill Training, Education, Psychological Support, Problem solving, Caregiving Strain, ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ.1997-2009 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) 1 เรื่อง, การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 4 เรื่อง, งานวิจัยกึ่งทดลอง 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 เรื่อง

3. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดกรอบการสืบค้น เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิด Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย, 2549 และนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ Utilization Criteria ของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ซึ่งมีการพิจารณาความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance), การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)

4. นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากรับการตรวจสอบได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา

ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์จำนวน 9 เรื่อง นำหลักฐานและงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาประเมินและวิเคราะห์คุณภาพ และนำมาสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมการก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติ ควรมีการเตรียมด้านบุคลากร เอกสาร/คู่มือ/อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม อาคารสถานที่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ควรมีการเตรียมบุคลากร เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติให้ได้รับความรู้ และทักษะต่างๆที่สำคัญ เช่น ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทักษะการแก้ปัญหา เป็นต้น การเตรียมเอกสาร/คู่มือ และอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการความ

ช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล, แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านใช้ทบทวนความรู้ และทักษะการดูแลและในการเตรียมอาคารสถานที่ ควรจัดเตรียมบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีพื้นที่เพียงพอในการให้ความรู้และฝึกทักษะ ไม่มีเสียงรบกวน มีบรรยากาศที่เป็นกันเอง เหมาะกับการเรียนรู้

การเตรียมประชากรกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลเยี่ยมบ้านหน่วยบริการปฐมภูมิ รับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จากศูนย์ติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินการประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และขั้นตอนของการทำกิจกรรมต่างๆ พร้อมสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และยินยอมให้พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและติดตามทางโทรศัพท์

2. การดำเนินกิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้

2.1 พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ผ่านการฝึกอบรมจะพบกับผู้ดูแลแต่ละรายที่บ้านในสัปดาห์แรกหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Lee et al., 2007: Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al.,2002 : Level II ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II) โดยสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล สัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และประเมินความเครียด/ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

2.2 นัดหมายผู้ดูแลเพื่อดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลภายใน 3-4 สัปดาห์หลังประเมินปัญหาเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์

2.3 พยาบาลเยี่ยมบ้านนำผลจากการแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไปวางแผนและจัดทำแผนการสอนเฉพาะเรื่องสำหรับผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ตามตัวอย่างแผนการสอน

2.4 ดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 ของระยะดำเนินการ) และ 2) การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอนและฝึกทักษะการ

แก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแล โดยใช้แนวทางการแก้ปัญหาในเชิงบวกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล ประกอบด้วยการสอนทักษะการแก้ปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในการใช้ทักษะการแก้ปัญหาย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ของระยะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 2,3, 4, 6, 8 และ 12 ของระยะดำเนินการ) (Lee et al., 2007 : Level I; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

2.4.1 การเยี่ยมบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ควรสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา รายละเอียดกิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน และแจ้งผลจากการแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทราบในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

2) ควรสอนความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลจำนวน 2 บทเรียน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้หากผู้ดูแลมีปัญหาการดูแลอื่นที่จำเป็นต้องได้รับการสอน ตามความสำคัญและปัญหาของผู้ดูแลแต่ละคน และแจกเอกสารการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามหัวข้อที่สอนให้แก่ผู้ดูแลเพื่อใช้ทบทวนความรู้ และทักษะการดูแลที่ได้รับการสอนจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งตลอดระยะเวลาในการสอนพยาบาลจะประเมินความรู้โดยการซักถาม และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล และประเมินทักษะการดูแลโดยให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับ หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลจะคอยช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่องและให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง

3) พยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับพยาบาล

4) กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน และต้องการบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลควรจะติดต่อเพื่อขอรับคำปรึกษา และประสานกับโรงพยาบาลชุมชน

5) ควรนัดหมายวันเวลาในการติดตามการเยี่ยมบ้านต่อไป

2.4.2 การติดตามทางโทรศัพท์ พยาบาลเยี่ยมบ้านควรโทรศัพท์ไปหาผู้ดูแลตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ หากผู้ดูแลไม่สะดวกจะรับโทรศัพท์ในขณะนั้น ผู้ดูแลอาจขอให้พยาบาลติดต่อมาใหม่หรือผู้ดูแลติดต่อกลับในเวลาที่เหมาะสม การพูดคุยทางโทรศัพท์ พยาบาลเยี่ยมบ้านดำเนินการดังนี้ (Lee et al., 2007 : Level I; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

1) สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการติดต่อ กำหนดเวลาในการพูดคุยให้ผู้ดูแลทราบ (สามารถยืดหยุ่นได้ตามความสะดวกของผู้ดูแล)

2) สอนทักษะการแก้ปัญหา ได้แก่ การมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การแก้ปัญหาเป็นหนทางในการเผชิญปัญหา และการใช้ความพยายามในการแก้ปัญหจะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จ โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านพูดคุยถึงปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย สอนและฝึกให้ผู้ดูแลใช้แนวทางการแก้ปัญหาในเชิงบวกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล โดยปฏิบัติตามขั้นตอนในการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน คือ 1) บอกและระบุปัญหาที่ชัดเจน 2) ตัดสินใจต้องการประสบความสำเร็จ ในเรื่องใดและทำรายการวิธีการที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหา 3) เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา

3) พุดคุยซักถามเกี่ยวกับการใช้ทักษะการแก้ปัญหาที่ได้สอนไปแล้ว โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลอธิบายและระบุปัญหาจากการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด หรือปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลที่กำลังเผชิญอยู่ 3 ปัญหา ที่ผู้ดูแลประสบปัญหาอยู่ตั้งแต่ติดต่อกับพยาบาลครั้งสุดท้ายและสอบถามวิธีการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ดูแลบอกวิธีการจัดการกับปัญหานั้นในปัจจุบันที่ละปัญหาตามลำดับ (เรียงตามความสำคัญของปัญหา) และประเมินความสำเร็จของการแก้ปัญหา ขณะเดียวกันก็จะให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคที่เหมาะสม โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ดูแลเสนอวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา ช่วยเหลือผู้ดูแลให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน ติดตามการใช้ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลในการแก้ปัญหามาตามแผนที่วางไว้ กรณีที่ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหได้แล้ว พยาบาลกล่าวชมเชยและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และแนะนำผู้ดูแลให้ใช้วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่มีสถานการณ์เหมือนกัน ไปใช้ได้ในเรื่องต่อไป จนผู้ดูแลเกิดความชำนาญ แต่กรณีที่ผู้ดูแลยังคงมีปัญหาก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลที่กำลังเผชิญอยู่ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ดูแลให้ปฏิบัติตามขั้นตอนการแก้ปัญหา 4 ขั้นตอนต่อไป

4) สิ้นสุดการสนทนาแล้วนัดหมายต่อไปจนสัปดาห์ที่ 12 ของระยะดำเนินการสรุปผลการใช้ทักษะของผู้ดูแลแล้วยุติการติดต่อทางโทรศัพท์ และนัดหมายวันเวลาการเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 13

3. การประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินระหว่างดำเนินกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สัปดาห์ที่ 13 (Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : : Level II ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II) การประเมินผลขณะสอนให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล โดยการซักถามผู้ดูแลเกี่ยวกับเนื้อหาที่สอนไปแล้ว และการประเมินความรู้ของผู้ดูแลโดยการใช้แบบทดสอบความรู้หลังสิ้นสุดการสอนให้ความรู้ในแต่ละครั้งประเมินผลการปฏิบัติของผู้ดูแลภายหลังฝึกทักษะ โดยการสังเกตการปฏิบัติงานกิจกรรมของผู้ดูแลโดยให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับ หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พยาบาลจะคอย

ช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่องและให้ผู้ดูแลแสดงทักษะย้อนกลับจนถูกต้อง และการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สัปดาห์ที่ 13 มีการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากรับการตรวจสอบได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

แผนการดำเนินการต่อไปตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

เป็นขั้นตอนของการวางแผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยมีการจัดเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน การจัดโครงการนำร่องที่มีการประเมินความเป็นไปได้ก่อนนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้จริงในหน่วยงาน และการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 evidence-supported phase และในขั้นตอนที่ 3 evidence-observed phase อีกครั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จนได้รูปแบบที่เหมาะสมในการปฏิบัติไปประกาศใช้ และบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติของหน่วยงาน หรือในองค์กรระดับโรงพยาบาล ชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืนต่อไป

สรุป

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ซึ่งแม้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตและผ่านภาวะวิกฤติมาได้ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลอื่นๆ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน จะเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอันมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ย่างยากซับซ้อน ผู้ดูแลต้องวางแผนในการดูแลและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเพิ่มขึ้น ลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสภาพครอบครัวและสังคม ตลอดจนผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดลดลง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะช่วยให้พยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ไปใช้ปฏิบัติในหน่วยงาน คือ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงานโดยประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการเข้ากับระบบงานเยี่ยมบ้านที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งควรประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมสอดคล้องกับนโยบาย บริบทของหน่วยงาน และระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ
2. ควรจัดให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เช่น แพทย์ พยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการพัฒนางานเยี่ยมบ้านให้กับผู้บริหารทราบว่าเกิดผลคุ้มค่า คุ่มทุน ในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. ควรมีการติดตามผลงานวิจัยหรือการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มพูนคุณภาพความรู้สำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล
4. ควรมีการสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยประสานงานกับผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้รับทราบถึงโครงการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้ได้รับความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชน และเป็นแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องต่อไป

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES
TO ENHANCE CAREGIVING KNOWLEDGE AND SKILLS, AND PROBLEM -
SOLVING SKILLS OF CAREGIVERS IN CARING FOR STROKE PATIENTS
AT HOME

SUPAPORN TOMANEEPITAK 4936707 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SUPINDA RUANGJIRATAIN,
Ph.D. (NURSING), NUNTIYA WUTTAYU, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Cerebrovascular disease or stroke is a major public health problem in the world as it causes morbidity and mortality in patients. The patients who have survived a stroke and overcome a critical condition will become chronic patients, with as many as 90% of them suffering from remaining disabilities (Isarapong Yanyong & Piyapat Patcharawiwatwong, B.E. 2546) and with 25%-74% becoming dependent on caregivers (Supanee Oncheunjit, B.E. 2549). Thus, caregivers play a major role in providing care to stroke patients. In general, caregivers can be family members, relatives, or other persons who are close to the patients.

Providing care to stroke patients at home is a complicated kind of care which can cause considerable problems and difficulties to family members and caregivers. Caregivers have to plan for care and decide on how to solve problems by themselves at home. Even though caregivers may have received some teaching on how to take care of stroke patients during the patients' hospitalization, the differences in the environment of the hospital which is fully equipped with healthcare staff and medical instruments may not be relevant to ways of living and lifestyle at home.

Furthermore, it is possible that the patients' duration of hospital stay may be too short for the caregivers to fully acquire caregiving knowledge and skills, or the environment at the hospital may obstruct caregivers' learning. Therefore, caregivers may not receive sufficient information or lack understanding of how to care for stroke patients at home. Also, they may lack skills and confidence to perform caregiving duties. As a result, they are unable to provide care to stroke patients at home or unable to effectively solve problems caused by caregiving duties, which can lead to strain and depression in caregivers.

For these reasons, it is deemed necessary to develop a clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home. The developed clinical nursing practice guidelines can then be used by nurses working at a community hospital or primary healthcare setting who have to conduct home health care. If nurses can help enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home, the patients are less likely to suffer from complications or further disabilities. Furthermore, if caregivers are able to effectively provide care and solve caregiving-related problems, their risk of developing strain and depression will be decreased.

Objectives

The present study aimed at developing a clinical nursing practice guidelines for home health care nurses working at a community hospital or primary care setting to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home.

Methodology

The evidence-based research utilization framework of Soukup (2000) was employed as the conceptual framework of the present study. It is worth noting that only two out of four phases were implemented in this study—phase 1: evidence-triggered phase and phase 2: evidence-supported phase. The developed clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-

solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home was validated by a panel of three experts. However, phase 3: evidence-observed phase and phase 4: evidence-based phase have been planned to be implemented after the researcher has completed her program of graduate study.

Phase 1: Evidence-triggered phase

In this phase, the problem under study was determined and analyzed based on practice experience (practice triggers) and stimulated by knowledge and research (knowledge triggers) as follows:

1. Practice triggers was a trigger derived from actual practice which involved gathering of data and problems from the researcher's professional experience working as a community health nurse at a community health center in Thaptan District, Uthaithani Province. It was found that the number of patients with stroke increases by ten to 15 cases each year. These survivors of stroke had to live with self-care deficiency, and physicians were likely to discharge them from the hospital before their rehabilitation is complete. Some patients had to go home with some treatment equipment such as a nasal feeding tube, catheter, endotracheal tube, etc. Therefore, they needed continuous care from both the home health care team and caregivers, who were mostly family members who have to accept this burden. Even though these caregivers may have received some teaching and skill practice before hospital discharge, most of them still lacked the confidence to provide care to the patients at home. They may have lacked necessary correct caregiving knowledge and skills appropriate for home care situation. This may be because there was limited time for the teaching and skill practice at the hospital, caregivers received overwhelming information at once, sometimes the information they receive was not clear or does not match the specific care condition at home, or caregivers at the hospital were not the same persons as caregivers at home. According to the researcher's professional experience working with the home health care team of Thaptan Hospital, a review of home health care records, and observations of home visits and interviews of stroke patients at home, it was found that patients were likely to suffer from complications and need to be re-hospitalized. In addition, caregivers may face with problems caused by caregiving duties and they were unable to effectively solve such problems or select

appropriate solutions. Ineffective coping strategies that had been documented included lack of judgment, being impulsive/ careless or avoidant, resulting in caregiving strain or depression. All of which could affect the quality of care given to stroke patients at home.

Nurses working at a community health center generally conducted home health care visits based on the referral plan and continuously visited the patients as necessary with an emphasis being placed on the stroke patients themselves, not the caregivers. Nurses who conducted home health care visits gave knowledge to the stroke patients and caregivers based on their personal knowledge and experience, and there was still a lack of a clear practice guidelines that could be applied by all nurses.

Therefore, nurses who conducted home health care visits needed to have an evidence-based clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home to ensure uniformity in practices.

2. Knowledge triggers resulted from search of advanced knowledge and technology relevant to practice-related problems.

Generally, stroke is a chronic condition that requires continuous care at home. However, for “caregivers,” caregiving at home is a new practice that requires time to learn and develop related skills. Caregivers also need to undergo role adjustment and receive psychological support from others. As a result, Cameron and Gignac (2007) conducted a study to investigate experience of caregivers of stroke patients and have reported that change of experiences and needs of caregivers of stroke patients could be divided into five phases as follows:

The first phase is when stroke takes place and the diagnosis is given. The patients are admitted into the hospital until their condition becomes stable, for a short duration of no more than two to three weeks. During their hospitalization, the healthcare team will support the caregivers by giving them information about the patients’ current condition, diagnosis, prognosis, and treatments, as well as life threatening events that causes long-term effects in the future, so that such information can be used by caregivers when they need to make a decision. When the patients enter the second phase, which is when their symptoms become stable, caregivers may be more ready to learn, and the healthcare team members need to give support in terms of

information regarding causes of stroke, current needs for care of patients, and skills necessary for care of patients' daily living activities, rehabilitations, mobility, communication, perception. Providing information as well as moral support and encouragement to caregivers make them understand the causes of stroke and have confidence to perform care of daily living activities of patients. The third phase is the duration before hospital discharge. During this time, the healthcare team members prepare the caregivers by giving them information regarding prevention of possible complications, use of medications, dietary intake, lifestyle change, and accessibility and utilization of resources available in the community. The caregivers also receive skill practices on care of daily living activities and rehabilitation of stroke patients.

The fourth and fifth phases are the operation and adaptation phases. During this time, patients are discharged from the hospital and return home. Caregivers have to make use of the skills they have learned from the hospital to provide care to the patients at home, with an emphasis on physical care that needs to be done as a daily routine, as well as mobility, movement, and prevention of possible complications. During this time, caregivers may have anxiety and lack confidence that they are able to provide care to patients, so healthcare team members may offer additional information and skills to patients, give them emotional support, and enable them to adjust themselves when they are concerned or afraid of the caregiving duties. The healthcare team members also need to assess caregivers' provision of care at home.

The study findings of Cameron et al. (2007) and O'Connell et al. (2003) support the notion that caregivers feel that they have not received sufficient preparation during the patients' hospital stay. Therefore, it is difficult for them to adjust themselves to the caregiving tasks when they have to be solely responsible for the patients' care when they are at home. Thus, the caregivers become scared and anxious, lack self-confidence, and have to learn how to perform care by themselves from trials and errors. The caregivers have to gain experience in giving physical, mental, and social care to patients, and at the same time they perceive that their role changes, so they need additional advice and skill practices. In addition, caregivers need psychological and emotional support as well as appraisal and advice on the care activities they are giving to patients from healthcare personnel to prevent undesirable outcomes of care and to increase their confidence in care. As a result, it can be

concluded that caregivers need information support and skill practice support when they are performing caregiving duties at home.

A review of related literature on types of intervention to assist caregivers of stroke patients has revealed that the programs currently used to increase caregiving knowledge and skills of caregivers of stroke patients at home consist of education such as teaching, demonstration, and practice; skill training; counseling; and social support such as helping caregivers gain access to financial resources. Such support can be provided both individually and in groups (Van den Heuvel et al., 2002; Lee et al., 2007). There are various forms of assistance provided to caregivers at home such as home visits, telephone calls, and Internet follow-ups (Visser-Meily et al., 2005).

As for provision of knowledge and skill training, nurses should use strategies to promote patients' caregiving efficacy such as establishment of trust, reflection, participation, and promotion of care efficacy, while providing beliefs about care, support and compliment on caregivers' caring techniques, and review of knowledge and care activities with caregivers and stroke patients (Sudsiri Hiranchunha, B.E. 2541). Assessment can be done by observing caregivers' care activities and asking caregivers to demonstrate caregiving skills. This can be done until caregivers are able to correctly provide care to the patients and have confidence and efficacy to take care of the patients. If the caregivers are unable to correctly perform caregiving activities, nurses will continuously give advice and assistance, encourage them, and offer them opportunity to exchange care experiences with the nurses (Kalra et al., 2004; Nipapat Patrapongbundit, B.E. 2550).

A review of literature on monitoring of problem-solving skills has shown that after caregivers have performed their caregiving duties for a while, they will become strained and depressed because they may not be able to solve problems related to caregiving. Thus, it is emphasized that teaching problem-solving skills to caregivers is important. When caregivers are able to solve problems effectively or creatively, they will be able to identify positive problem-solving strategies, leading to logical solutions and systematic application of problem-solving skills. In general, problem-solving skills can be divided into four stages: 1) problem definition and formulation, 2) generation of alternatives, 3) decision making, and 4) solution implementation and verification. Positive problem-solving outcomes include an

increase in caregivers' perceived efficacy to solve problems and perceived health status and a decrease in strain or depression (D'Zurilla et al., 2007; Yeung et al., 2007).

Based on problems experienced in actual work and related knowledge sources, the researcher was interested in developing a clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home. It was anticipated that the developed guidelines could be used by nurses who have to conduct home health care visits to promote caregivers' care efficacy and solve caregiving-related problems to prevent strain or depression in caregivers.

Phase 2: Evidence-supported phase

After the clinical problem to be studied had been determined, the next step was searching for and reviewing evidence from existing research and academic documents related to the clinical problem under study from various sources to ensure comprehensiveness of the data as follows:

1. To search for evidence related to the topic under study, the PICO framework (Melnik & Fineout-Overholt, 2002 cited in Fongkam Tiloksakulchai, B.E. 2549) was applied as follows:

P (Population): primary caregivers who provided care to stroke patients at home.

I (Intervention): enhancement of caregiving knowledge and skills and problem solving skills

C (Comparison intervention): none

O (Outcome): caregivers' caregiving knowledge, caregiving abilities, caregiving skills, strain, and depression

2. Evidence was searched from existing research and academic documents related to knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home. Electronic databases included The Cochrane Library, www.guidelines.gov, www.joannabriggs.edu.au, Blackwell Synergy, PubMed, Journals@Ovid Full Text, ScienceDirect, and ProQuest Nursing & Allied Health Source, which are electronic databases in the fields of nursing and health science

available through the information system of the library of Mahidol University. Online search was also conducted on the Intranet of the institutes or organizations to request for the articles or full texts of research, as well as manual search. The keywords used in the search were stroke, cerebrovascular disease, carer / caregiver, caregiving / caring, home health care / home care, caring knowledge, caring abilities, caring skill, skill training, education, psychological support, problem solving, caregiving Strain, depression. A search of evidence related to the clinical problem under study published between 1997 and 2009, either in Thai or in English, resulted in a total of nine research studies. Of these, two was a meta-analysis of randomized controlled trials, four were randomized controlled trials, two were quasi-experimental studies, and one was action research.

3. The quality of the selected evidence was assessed using the criteria of (Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 cited in Fongkam Tiloksakulchai, B.E. 2549). The implementation potential of evidence was determined based on the research utilization criteria proposed by Polit and Beck (2004) in terms of clinical relevance, scientific merit, and implementation potential.

4. The developed clinical nursing practice guidelines were submitted to a panel of three experts to ensure content validity, comprehensiveness of the content, and language appropriateness. The guidelines were then revised and improved according to the expert's comments and suggestions.

Findings

In this study, a total of nine studies were selected, then analyzed and synthesized, and the data were summarized as recommendation for the development of a clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home as follows.

1. The preparation for implementing the guidelines should be carried out including preparation of personnel, documents/manuals for organization of activities, venue, and target population. As for personnel preparation, nurses who were going to use the developed guidelines should undergo training to increase necessary knowledge and skills such as care of daily living activities, problem-solving skills, etc. The

prepared documents/manuals should include an interview questionnaire on demographic characteristics and needs for care of stroke patients at home, an interview questionnaire on practices of caregivers of stroke patients at home, questionnaire used to assess levels of strain in caregivers, questionnaire used to assess depression of caregivers, a caregiving manual, a caregiving efficacy interview questionnaire. In term of teaching venue, the house of stroke patients was prepared to ensure there was enough space for provision of knowledge and skill practice, without no disturbing noise, and with a friendly atmosphere suitable for learning.

Preparation of target population should involve the following processes. The nurses at a primary care setting who were in charge of home visits accepted the transfer of stroke patients and primary caregivers who met the inclusion criteria from the Home Visit Center of the hospital. The nurses explained the objectives of the clinical nursing practice guideline, duration of the implementation, expected outcomes and benefits of the developed guideline, and steps involved in various activities. Nurses also asked the stroke patients and their caregivers about their willingness to participate in the study and use the developed clinical nursing practice guidelines. They also had to be willing to let the nurses visited them at home and made telephone calls to them.

2. The clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home should consist of the following:

2.1 Nurses who were in charge of conducting home health care visits and underwent training met each of the caregivers at home after the stroke patients were discharged from the hospital. (Lee et al., 2007: Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Van den Heuvel et al.,2002 : Level II ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II) Nurses should interview the caregivers to elicit demographic characteristics data and needs for assistance of caregivers and care practices at home of caregivers, and then assess stress and depression of caregivers.

2.2 Nurses should make an appointment with caregivers to carry out the activities based on the developed clinical nursing practice guideline within three to four days after assessment of problems to conduct home health care visits and telephone follow-ups.

2.3 Nurses should use the findings of the interview of care practices at home of caregivers to devise a plan and design teaching plans of the topics that caregivers were still unable to do based on individual needs and problems of caregivers

2.4 Nurses should organize the activities based on the clinical nursing practice guidelines by conducting home health care visits and telephone follow-ups for 12 weeks consisting of the following: 1) conducting four home health care visits to disseminate knowledge and carry out skill training sessions, each lasting two hours (weeks 1, 3, 5, and 7 of the implementation phase), and 2) conducting home health care visits and telephone follow-ups to teach knowledge and practice problem-solving skills to solve care-related problems using positive problem-solving methods. In addition to the teaching of problem-solving skills during the first home visit, telephone follow-ups were used to continuously monitor caregivers of stroke patients at home all through the 12 weeks of the implementation (weeks 2, 3, 4, 6, 8, and 12 of the implementation phase). (Lee et al., 2007: Level I ; Brereton L et al., 2007 : Level I ; Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : Level II)

2.4.1 Nurses should conduct home health care visits with the following activities:

1) Nurses established relationships with caregivers; explained the objectives, duration, and details of home visit activities; and informed the caregivers of the findings of home care practices interviews during the first home visit.

2) Nurses used two lessons to give knowledge and conduct skill training for caregivers of stroke patients at home. These two lessons could be adjusted if caregivers had other more serious care-related problems that urgently required teaching, depending on the importance and needs of each caregiver. After that, nurses distributed manuals on care of stroke patients based on the teaching topics for caregivers to review the caregiving knowledge and skills taught to them by nurses who conducted home health care visits. During the teaching, nurses would try to assess the caregivers' knowledge by asking questions and observing their caregiving activities. The caregiving skills were assessed by asking them to return-demonstrate their skills. If the caregivers were unable to perform the caregiving tasks

correctly, nurses would provide assistance and guidance consistently and continuously until it was clear that the caregivers were finally able to perform it correctly.

3) Nurses provided psychological support to caregivers by giving them opportunity to talk and exchange their caregiving experience with the nurses.

4) In cases stroke patients had complicated problems and required services from the multidisciplinary team, the nurses would consult the healthcare team for advice. Nurses would also coordinate with a community hospital in cases the patients needed to be transferred.

5) The nurses made an appointment for the next home visit.

2.4.2 Telephone follow-ups should also carried out on the date of the appointment. If the caregivers found it inconvenient to talk on the phone, they could ask the nurses to call back or they may call back when it was more convenient for them. The nurses who conducted a telephone follow-up should do the following:

1) Nurses established relationships with the caregivers, informed them of the objectives of the contact, and decided on the time of the telephone calls, which could be flexible according to the caregivers' convenience.

2) Nurses taught problem-solving skills, teaching the caregivers to look at the problems as part of life, solutions was a means to cope with problems, and attempts to solve problems would lead to success. Nurses talked about problems of care-related problems of caregivers and taught and trained them to use positive problem-solving to deal with care-related problems. The four steps in problem-solving were followed: 1) clearly identifying problems, 2) determining to be successful in what issue and listing possible solutions to problems, 3) selecting the best solution, and 4) evaluating outcomes of problem-solving.

3) Nurses talked about problem-solving skills already taught to caregivers and stimulated caregivers to explain and identify the three most commonly found problems in caregiving or problems leading to caregiving strain since their last contact with nurses. Nurses asked caregivers to describe solutions used to solve each of the problems one by one, in accordance with the importance of the

problems and assess the success of each solution. At the same time, nurses offered feedback on use of suitable techniques and motivated caregivers to propose various solutions to problems. In addition, nurses assisted caregivers in applying the four stages of problem-solving and monitored caregivers' application of problem-solving skills as planned. If caregivers were able to solve their problems, nurses gave compliments and encouragement and suggested that caregivers apply the same solutions to solve similar problems in the future until caregivers became skillful. However, if caregivers still suffer from problems leading to caregiver strain, nurses helped them apply the four stage of problem-solving until their problems were solved.

4) After ending the conversation, nurses made the next appointments with caregivers until the 12th week of the implementation phase. Then nurses summarized the outcomes of skill training and terminated telephone calls. Nurses also made an appointment to conduct a home visit to evaluate the outcomes of the developed clinical nursing practice guidelines during the 13th week.

3. The evaluation phase of the clinical nursing practice guidelines should consist of assessment during the implementation of the developed clinical nursing practice guideline and in the 13th week after the implementation of the developed guideline. (Grant, 1999 : Level II ; Grant et al., 2002 : : Level II ; Van den Heuvel et al., 2002 : Level II) During the teaching of caregiving knowledge and skills, nurses evaluated the caregivers' learning by asking them about the contents of the teaching and using the knowledge test after the teaching ended. As for skill training, nurses assessed caregivers' skills by observing their caregiving activities. If the nurses found that caregivers were not able to correctly provide caregiving tasks, they would continuously give advice and ask caregivers to demonstrate those skills until it became clear that caregivers had already acquired the skills. In addition, in the fifth week, assessment of caregivers' caregiving efficacy and assessment of stress and depression of caregivers should be conducted. After the implementation of the developed clinical nursing practice guidelines, in the 13th week, caregivers' caregiving efficacy and their stress and depression levels should be reassessed.

In this study, the developed clinical nursing practice guidelines was submitted to a panel of three experts to ensure content validity, comprehensiveness of

the content, and language appropriateness. The guidelines was then revised and improved according to the expert's comments and suggestions.

Plan of following steps in the Evidence-based practice Model

Phase 3 : Evidence-observed phase

In this phase, the plan to implement the developed guideline in an actual clinical setting is devised by conducting a pilot project to assess the feasibility before actual implementation and evaluation.

Phase 4 : Evidence-based phase

In this phase, the data obtained from phases two (evidence-supported) and three (evidence-observed) are critically analyzed to further revise and improve the developed guideline until is appropriate for integration into the hospital's continuous quality improvement of stroke care services to ensure sustainable changes in stroke care practices of the setting.

Summary

Stroke disease is a major public health problem in the world because it leads to morbidity and mortality. Even though patients have survived the disease, they will still become chronic patients who have to suffer from the remaining disabilities and have to become dependent on others such as family members, relatives, or close persons. When the patients have been discharged and returned home from the hospital, they will cause a great deal of difficulties to their family and caregivers. This is because cerebrovascular disease requires complex care and caregivers have to plan for caregiving and make decisions to solve problems by themselves. Thus, caregivers need to have knowledge and skills to take care of patients at home so as to enable them to take good care of stroke patients in their daily living and respond to their physical, mental, social, and rehabilitating needs. This can help prevent further complications or disabilities, reduce the rates of hospitalization, and enable them live with their family and society happily. Also, caregivers need to be enabled to solve care-related problems effectively without developing stress or depression. As a result, the development of a clinical nursing practice guidelines to increase caregiving knowledge and skills as well as problem-solving skills of caregivers of stroke patients

at home will equip nurses who conduct home visits to the patients with a tool to more uniformly provide care to caregivers of stroke patients at home.

Recommendations

1. The developed clinical nursing practice guidelines to enhance caregiving knowledge and skills, and problem-solving skills of caregivers in caring for stroke patients at home should be tried out by coordinating with the related multidisciplinary team and integrating the guideline into the existing home visit system in the primary care provision system. The outcomes should also be assessed in terms of both process and products to further revise and improve the clinical nursing practice guidelines to increase caregiving knowledge and skills as well as problem-solving skills of caregivers of stroke patients at home to suit the policies and contexts of the organization as well as the existing healthcare provision system.

2. Knowledge should be disseminated among staff members in the organization such as physicians, home visit nurses, and related primary healthcare personnel. The benefits of the clinical nursing practice guidelines to increase caregiving knowledge and skills as well as problem-solving skills of caregivers of stroke patients at home should be explained to them to raise their awareness of the value and cost-benefit ratio of the guidelines to prevent possible complications in stroke patients and reduce care expenses for stroke patients of the organization.

3. Research should continuously be conducted to keep up with updated findings and knowledge on caregivers of stroke patients at home to further revise the developed clinical nursing practice guidelines to increase caregiving knowledge and skills as well as problem-solving skills of caregivers of stroke patients at home.

4. A community network should be established with coordination among community leaders, healthcare personnel in the community, and public health officials to ensure their understanding of the use of clinical nursing practice guidelines to increase caregiving knowledge and skills as well as problem-solving skills of caregivers of stroke patients at home to ask for cooperation in organizing activities in the community and to make the community a continuous source of support for caregivers of stroke patients.

รายการอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลทพทัน. (2550). รายงานการขึ้นทะเบียนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อุทัยธานี : กลุ่มงานเวชสถิติ โรงพยาบาลทพทัน.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินะรัตน์ ศรีภักธิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศรีภักษ์ออฟเซต.
- ฉัฐยา จิตประไพและภาริส วงศ์แพทย์. (2542). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก.วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-75.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย, 22(2). 110-116.
- นันทพร ศรีน่ม. (2545). ประสบการณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นารามพร ประยูรวิวัฒน์. (2547). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม และ ปรียานุช แยมวงษ์ (บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. (หน้า 309-331). กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาภัทร ภักธรพงศ์บัณฑิต, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาร, 34(1), 121-129.
- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาร, 34(1), 110-120.
- ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพโรจน์ ทองอุไร. (2549). การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : แม็กมีเดีย วาย ทุ เก เพลส.
- พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล. (2548). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. ใน อารีรัตน์ สุพทุธิธาดา (บรรณาธิการ), การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (หน้า 12-14). กรุงเทพฯ: อัลตรา พรินติ้ง.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีการ. กรุงเทพฯ : ฟรี-วัน.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีสาร, 2(1), 84-94.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. รามาธิบดีสาร, 9(2), 156-165.
- รัชณี สรรเสริญ. (2547). ผู้ดูแลที่บ้านคือใคร...และสำคัญไฉน. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 15(2), 43-49.
- รวีวรรณ เผ่ากันหา และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2549). ผู้สูงอายุในบทบาทผู้ดูแล โจทย์สำคัญที่ต้องการคำตอบ. Retrieved January 29, from <http://homecare.buu.ac.th>

- วิชฌ กัมพรทิพย์. (2548). ปัญหาที่พบบ่อย. ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา (บรรณาธิการ), *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (หน้า 19-26). กรุงเทพฯ : อัลตรา พรินติ้ง.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ : มปส.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตรและฤทัยพร ตริตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ไม่ระบุสถานที่พิมพ์.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2546). *โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : มปส.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การรายงานการประเมินสถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- สมเกียรติ เหมตะศิลป์. (2548). อารมณ์และจิตใจ. ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา (บรรณาธิการ), *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. (หน้า 48-51). กรุงเทพฯ : อัลตรา พรินติ้ง.
- ศศิธร ศิริมหาราช. (2548). *ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารกรมการแพทย์*, 30(3), 109-117.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฤทัย แสนสี, ประยงค์ ลิ้มตระกูล และเดชา ทำดี. (2551). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. *พยาบาลสาร*, 35(1), 79-86.

- อารมณีน บุญเกิด. (2540). *ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล*.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาล
สาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา. (2548). *การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : อัลตรา พรินติ้ง.
- อิสรพงษ์ ขรรข และปิยภัทร พัทธาวินวงศ์, (2546). ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 13(2), 63-70.
- Atkinson I. (1992). Experiences of informal cares providing nursing support for disabled dependents. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 835-840.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, Concerns, Strategies, and Advice of Stroke Caregivers the First 6 Months After Discharge. *Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-251.
- Brereton L., Carroll C., & Barnston S. (2007). Interventions for adult family careers of people who have had a stroke : a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21, p. 867-884.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. M. (2008). "Timing It Right" : A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70, 305-314.
- Doughrty, B. C., & Fantaske, P. (1996). Defining Expectations for Problem-Solving Skills. *Setting Expectations For Student Learning*, 96, 55-66.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-Solving Therapy : A Positive Approach to Clinical Intervention* (3 rd ed.). New York: Springer.
- Ferris, A., Robertson, RM., Fabunmi, R., Mosca, L. (2005). American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women. *Circulation*, 111, 1321-1326.
- Grant, J. S. (1999). Social Problem-Solving Partnerships with Family Caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-260.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Giger, J. N., & Bartolucci, A. A. (2001). Social problem-solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, 181-189.

- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone Intervention With Family Caregivers of Stroke Survivors After Rehabilitation. *Stroke*, 33, 2060-2065.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., et al. (2004). Training carers of stroke patients : randomized controlled trial. *BMJ*, 328, 1-5.
- King, B. R., & Semik, E. P. (2006). Stroke caregiving: difficult time, resource use, and needs during the first 2 years. *The Journal of Gerontological Nursing*, April, 37-44.
- Lee, J., Soeken, K., & Picot, S. J. (2007). A Meta-Analysis of Interventions for Informal Stroke Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 344-356.
- O'Connell, B., Baker, L., & Prosser, A. (2003). The Educational Needs of Caregivers of Stroke Survivors in Acute and Community Settings. *Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-28.
- Pierce, L. L., Steiner, V., Hicks, B., & Holzaepfel, A. L. (2006). Problems of New Caregivers of Persons With Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 31(4), 166- 173.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). Utilizing Research : Putting Research Evidence into Nursing Practice. *Nursing research : principle and methods* (7th ed.) (pp. 675-703). Philadelphia: Lippincott.
- Robinson, L., Francis, J., James, P., Tindle, N., Greenwell, K., Rodgers H. (2005). Caring for carers of people with stroke : developing a complex intervention following the Medical Research Council framework. *Clinical Rehabilitation*, 19, 560-571.
- Rodgers, H., Atkinson, C., Bond, S., Suddes, M., Dobson, R., & Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*, 30(12), 2585-2591.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y.-m. (2004). Stroke care in the home : the impact of social support on the general health of family caregivers. *Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Schure, L. M., Heuvel, E. T. P. v. d., Stewart, R. E., Sanderman, R., Witte, L. P. d., & Jong, B. M.-d. (2006). Beyond stroke : Description and evaluation of an effective Intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 62, 46-55.

- Soukup, M. (2000). The Center for Advance Nursing Practice Evidence – based Practice Model. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-308. Stetler, 2001),
- Stineman, MG., Maislin, G., Fiedler RC., Granger CV. (1997). A prediction Model for Functional Recovery in stroke. *Stroke*, 28(3), 550-556.
- Van den Heuvel, E. T., Witte, L. P., Nooyen-Haazen, I., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2000). Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40, 109-120.
- Van den Heuvel, E. T., Witte, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients : which caregivers benefit the most. *Patient Education and Counseling*, 47, 291-299.
- Visser-Meily, A., Heugten, C. v., Post, M., Schepers, V., & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors : a critical review. *Patient Education and Counseling*, 56, 257-267.
- World Health Organization. (2008). Retrieved January 31, from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Yeung, S., Lui, M. H.-L., Ross, F., & Murrells, T. (2007). Family carers in stroke care : examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Clinical Nursing*, 16, 344-352.



ภาคผนวก ก
รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์
และแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมด 9 เรื่อง ดังนี้

- Brereton L., Carroll C., & Barnston S. (2007). Interventions for adult family careers of people who have had a stroke : a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21, p. 867-884.
- Grant, J. S. (1999). Social Problem-Solving Partnerships with Family Caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-260.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). Telephone Intervention With Family Caregivers of Stroke Survivors After Rehabilitation. *Stroke*, 33, 2060-2065.
- Van den Heuvel, E. T., Witte, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients : which caregivers benefit the most. *Patient Education and Counseling*, 47, 291-299.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., et al. (2004). Training carers of stroke patients : randomized controlled trial. *BMJ*, 328, 1-5.
- Lee, J., Soeken, K., & Picot, S. J. (2007). A Meta-Analysis of Interventions for Informal Stroke Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 344-356.

จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิภาภัทร ภักทรพงศ์บัณฑิต, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาร, 34(1), 121-129.

สุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นางงานวิจัยที่ได้ทั้งหมดมาอ่านวิเคราะห์เพื่อสกัดข้อมูล ประเมินความเป็นไปและสรุปเพื่อนำไปใช้ แล้วนำข้อมูลหรือประเด็นสำคัญที่ได้จากการสกัดมาบันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extracting Form) ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละเรื่อง ดังนี้
แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องที่ 1,2,3,.....เรื่อง 9
เรื่องที่.....ชื่อเรื่อง.....

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	
แหล่งที่ตีพิมพ์	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	
Setting ของงานวิจัย	
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
Intervention	
ผลการวิจัย	
ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	
การสรุปเพื่อนำไปใช้	

ภาคผนวก ข
แนวปฏิบัติการพยาบาล
(A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE : CNPG)

**แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**

**(A Clinical Nursing Practice Guideline to Enhance Caregiving Knowledge and
Skills, and Problem-Solving Skills of Caregiver in Caring for Stroke Patients
at Home)**

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นการดูแลที่ยุ่งยากซับซ้อนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่
บ้าน (Caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย.....

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน.....

ความหมาย/นิยาม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง

ผู้ดูแล หมายถึง

การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหา หมายถึง

ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในทีมเยี่ยมบ้าน

ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้

ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่บ้าน

สถานที่ บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

1. พยาบาลเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ

.....

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และทักษะในการดูแล.....

.....

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1.ระยะเตรียมการ

1.1 ด้านบุคลากร.....

1.2

1.3

1.4

2.ระยะดำเนินการ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1.....

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1.....

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2.....

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3.....

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3.....

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4.....

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5.....

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 6.....

3.ระยะประเมินผล

3.1 ประเมิน.....

3.2.....

เอกสารอ้างอิง

.....

.....

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแล และทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ดังรายนามต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงพิม โปธิอาสน์

นายแพทย์ชำนาญการเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ง

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านที่ 1

1. คำว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” ควรจะใช้คำว่า “ผู้ดูแล” จะเป็นสากลมากกว่า
2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา “ทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแล” ควรแก้เป็น “ทักษะการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลของผู้ดูแล
3. การเตรียมด้านบุคลากรควรพิจารณาว่าจะเพิ่ม ให้มีการนำผลที่ได้จากการอบรม ผู้ดูแล และอุปสรรคมาพัฒนาแนวทางต่อไปหรือไม่ เนื่องจากผลการประเมินจะไม่เกิดประโยชน์อะไรเลย ถ้าไม่มีการทบทวนและพัฒนาต่อเนื่อง
4. การประเมินผลควรมีการประเมินซ้ำหลัง 3 เดือนด้วย เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี และเพิ่มการประเมินคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินว่ามีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ และคุณภาพชีวิตของทั้งสองฝ่ายดีขึ้นหรือไม่ หลังจากใช้แนวปฏิบัติแล้ว
5. แบบประเมินความเครียดควรแปลเป็นภาษาไทย เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน หากนำเอกสารภาษาอังกฤษไปใช้ขณะสัมภาษณ์ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนหากผู้สัมภาษณ์มีทักษะในการอ่านและแปลภาษาอังกฤษแตกต่างกัน

ความความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านที่ 2

1. ด้านอาคาร สถานที่ควรมีการแยกเป็นหมวดหมู่
2. ควรนำส่วนของการประเมินกลุ่มเป้าหมายในครั้งแรก ไปไว้ในระยะดำเนินการ ซึ่งในระยะดำเนินการควรมีการประเมิน ปฏิบัติ และประเมินผล
3. การเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนและต้องการบริการทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรย้ายไปแสดงอยู่ในข้อสุดท้ายของการเยี่ยมแต่ละครั้ง
4. การสนับสนุนด้านจิตใจ กับการทบทวนความรู้ และทักษะการดูแลควรมีการแยกให้ชัดเจน
5. การสอนให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลในแต่ละบทควรมีการระบุหรือยกตัวอย่างให้ชัดเจนว่าบทไหนสอนอะไร

6. การสอนทักษะการแก้ปัญหาอย่างไม่ชัดเจนให้มีการยกตัวอย่างให้เห็นชัดเจน
7. การแนะนำตัวทางโทรศัพท์ควรเป็นคนเดียวกันตลอดหรือคนละคนกัน
8. การประเมินความรู้ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง ประเมินอย่างไร ควรมีแบบประเมินหรือไม่

ความความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านที่ 3

1. การติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งอื่นๆต่อการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก ควรใช้เป็นการสานสัมพันธ์ภาพมากกว่าการสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. การสอนทักษะการแก้ปัญหาควรให้มีความชัดเจน โดยให้ผู้ดูแลมีการจัดการความคิดอารมณ์ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม
3. การวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล อาจใช้แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) แทนแบบประเมิน Caregiver Strain Index ซึ่งยังไม่มีแปลเป็นภาษาไทย
4. การวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล อาจใช้ The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งใช้ได้ง่าย นอกจากนี้ PHQ-9 ยังอาจใช้ในการบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และมีใช้อยู่แล้วในโรงพยาบาลหรือคัดกรองในชุมชน แทนแบบประเมิน Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale
5. ควรมีแบบบันทึกหลังจากการติดตามทางโทรศัพท์ จะได้ทราบว่าปัญหาอะไรที่เกิดขึ้นใหม่ และปัญหาอะไรที่แก้ไขแล้วหมดไป
6. การประเมินความรู้ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง ประเมินอย่างไร ควรมีแบบประเมินหรือไม่

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสุภาภรณ์ โดมณิพิทักษ์

วัน เดือน ปีเกิด

4 พฤศจิกายน 2515

สถานที่เกิด

จังหวัดนครสวรรค์

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์, 2538

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

(Master of Nursing Science, M.N.S.)

(Family Nurse Practitioner)

ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดอุทัยธานี 61000

โทรศัพท์ : 056-540026-30

ที่อยู่

91/1 ถนนมหาราช ตำบลอุทัยใหม่ อำเภอเมือง

จังหวัดอุทัยธานี 61000

มือถือ : 081-9727087

E-mail : subest123@hotmail.com