



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



อภินันทนาการ

จาก

.....นางสาวกัญญา งาม.....

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2541

ISBN 974 - 661 - 636 - 6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 Sutthirak Hiranuchinda

ศุคศิริ หิรัญขุนทด

ผู้วิจัย



อากรณ์ เชื้อประไพศิลป์ วท.บ. (พยาบาล), M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



สุนุดตรา ตะนูนพงศ์ วท.บ. (พยาบาล), M.S., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศิริพร ชัมภลิจิต วท.บ. (พยาบาล), M.N., Ph.D.

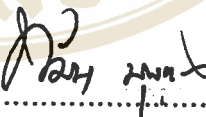
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์ Ph.D

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ทัศนา นุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 30 กันยายน 2541

.....
สม ธีระสุน:

.....
สุดศิริ หิรัญขุนหา

ผู้วิจัย

.....
อภิรักษ์

.....
อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ วท.บ. (พยาบาล), M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สุจิตรา

.....
อน

.....
สุนัตตรา ตะบูนพงศ์ วท.บ. (พยาบาล), M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
จรรยาวัตร คมพัยค์ษ์

.....
จรรยาวัตร คมพัยค์ษ์ วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข),

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), Dr.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศน

.....
ทัศน บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์

.....
ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อมรา

.....
อมรา พงศาพิชญ์ B.A. (Anthropology), M.A., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศน

.....
ทัศน บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ได้ด้วยความช่วยเหลือและกำลังใจจากหลายท่าน ขอขอบคุณ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการในการให้ความร่วมมือและให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ ผศ.ดร.สุนตตรา ตะบูนพงศ์ และ รศ.ดร.ศิริพร ขัมภลิจิต คณะอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการให้ความรู้ ข้อคิดเห็น คำแนะนำและกำลังใจในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณ คุณสุจินต์ สุรภักย์พงศ์ ขอขอบคุณ คุณชนัญญา ชังดเวช คุณพรทิพย์ ศศิธรสนธิ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในการให้การสนับสนุนและ ให้ความช่วยเหลือตลอดการศึกษา ขอขอบคุณ ดร.วันดี สุทธรังษี ซึ่งได้ช่วยเหลือในการเตรียม สื่อประกอบการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ คุณพรประสิทธิ์ สุขสม ช่วยเหลือในการ พิมพ์งานตลอดการศึกษา

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานจากภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ที่รับภาระงานแทนขณะศึกษา ขอขอบคุณพลังใจจากเพื่อนร่วมรุ่นในหลักสูตร ปริญญาเอก เพื่อนๆที่ห่วงใยและให้กำลังใจอยู่เสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่ ตลอดงานขอขอบพระคุณพี่น้องที่รอคอย วันสำเร็จด้วยความรักและห่วงใยตลอดมา

สุดศิริ หิรัญขุนพะ

3536162 NSNS/D : สาขาวิชา : พยาบาลศาสตร์ ; พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

คำสำคัญ : ผู้ดูแล / ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / การดูแลสุขภาพที่บ้าน / การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุดศิริ หิรัญขุนหะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (DEVELOPMENT OF A CARE MODEL FOR THE CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS AT HOME) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์, M.S., Ph.D., สุนตตรา ตะนูนพงศ์, Ph.D., ศิริพร ชัมภลิจิต, Ph.D., 184 หน้า ISBN 974 - 661 - 636 - 6

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มละ 15 ราย เลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาล 2 แห่งในภาคใต้ กระบวนการวิจัยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล ครอบครัว เครือญาติและทีมสุขภาพ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงธันวาคม 2540 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม ถ่ายภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สรุปประเด็น และสร้างรูปแบบ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์การดูแล กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลมี 4 ระยะ คือ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” “หัวเลี้ยวหัวต่อ” “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” และ “ชีวิตที่ลงตัว” การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน และปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อ การดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ และเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัว ร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการคัดแปลง/ปรับวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

การวิจัยครั้งนี้แสดงความชัดเจนของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยตลอดไป ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลหมดภาระหน้าที่และกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม

3536162 NSNS/D : MAJOR : NURSING SCIENCE ; D.N.S. (NURSING SCIENCE)

KEY WORDS : CAREGIVER / STROKE PATIENT / HOME CARE / ACTION RESEARCH

SUDSIRI HIRUNCHUNHA : DEVELOPMENT OF A CARE MODEL FOR THE
CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS AT HOME. THESIS ADVISORS : ARPHORN
CHUAPRAPAISILP, Ph.D., SUNUTTRA TABOONPONG, Ph.D., SIRIPORN KHAMPALIKIT, Ph.D.
184 p. ISBN 974-661-636-6

The purpose of this action research was to develop a care model for caregivers of stroke patients at home. A purposive sample of 15 primary caregivers and 15 stroke patients was selected from two hospitals in southern Thailand. The research process was based on a mutual collaborative approach among the researcher, caregivers and their families, and a health team. The study was conducted from November 1995 to December 1997. Data was collected by means of in - depth interviews, participant observation, writing field notes, taking photographs, and using 3 assessment forms (Caregivers's Competencies, Caregivers' Perceptions, and Patients' Health Status). Data analysis was carried out through coding, developing themes and a model.

The findings reveal that the suitable care model for caregivers of stroke patients at home consists of 1) caregivers transformation process, 2) promoting care at home, 3) care - related factors, 4) caregivers' caring competencies, and 5) caring outcomes. Caregivers transformation process is comprised of four stages : inability to adjust/think, a transition period, seeking/modifying caring techniques, and settle into a normal lifestyle. Promoting care consists of : preparing caregivers, developing caregivers' caring and self - management abilities, developing self - reliance on their caring abilities and adjusting to their roles, and maintaining quality of care and adjusting their lifestyle. The strategies in promoting care include building trust and confidence, promoting self - reflective skills, mutual participation, seeking support groups, empowerment, incorporating traditional and non - traditional caring beliefs, reinforcing caregivers' abilities, providing mutual encouragement, establishing spiritual support, and being friends. Care - related factors consist of caring experiences, family participation, hope, family support, caregivers' health status, levels of self - care demands, social support, creativities of caregivers, and economic status.

This study identifies specific nurses' roles in promoting caregivers' caring competencies in providing independent care for stroke patients at home. The model also ensures the patients' safety without complications. Furthermore some caregivers are able to resume their previous lifestyles when the patients become able to take care of themselves.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฌ
สารบัญภาพประกอบ	ญ
บทที่	
1. บทนำ	1
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
3. วิธีดำเนินการวิจัย	36
4. ผลการวิจัย	47
5. การอภิปรายผล	140
6. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	158
บรรณานุกรม	165
ภาคผนวก	174
ก. ตัวอย่างแบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการสัมภาษณ์	175
ข. ตัวอย่างแบบประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	176
ค. ตัวอย่างแบบประเมินความสามารถการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	177
ง. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	178
จ. รายนามกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	179
ฉ. ตัวอย่างสภาพผู้ป่วยก่อนการวิจัย	180
ช. ตัวอย่างสภาพผู้ดูแลก่อนการวิจัย	181
ฌ. ตัวอย่างสรุปการบันทึกเยี่ยมบ้าน	182

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ฉ. แผ่นพับการดูแลสุขภาพออกจากท่อทางเดินหายใจ	183
การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ และ	
การทำแผลบริเวณรอบท่อทางเดินหายใจ	
คู่มือการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อต่อ	
ญ. ประวัติผู้วิจัย	184



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ลักษณะผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	48
2 ลักษณะผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	53
3 ลักษณะภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.....	54
4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล (จำแนกตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย).....	61-62
5 การส่งเสริมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละระยะ..	130-132
6 รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	138-139



สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	สรุปกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีกับแนวคิดวิธีการวิจัยในการศึกษาหารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล.....	6
2	กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	7
3	รูปแบบชั่วคราวการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง....	40
4	สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	46
5	กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	73
6	วงจรที่ 1 : ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก.....	75
7	วงจรที่ 2 : หัวเลี้ยวหัวต่อ.....	87
8	วงจรที่ 3 : แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่.....	104
9	วงจรที่ 4 : ชีวิตที่ลงตัว.....	118
10	รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	137

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดลอมและดัดแปลงเตียงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก.....	93
2	ผู้วิจัยสอนสวนปัสสาวะทั้งเป็นระยะแก่ผู้ดูแล.....	109
3	ตัวอย่างสมุนไพรรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง.....	111
4	ตัวอย่างการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.....	127





“ผู้ดูแลทุกคนมีศักยภาพที่จะพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยได้
ไม่ว่าการดูแลจะยุ่งยากปานใด การดูแลบนพื้นฐานแห่งความรัก
ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และความตั้งใจอันแน่วแน่ ตลอดจน
กำลังใจจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจที่จะดูแลอย่างมี
คุณภาพตราบนานวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง”

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลโดยย่อมีผลกระทบต่อบุคคลนั้นเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่พยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาของบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างถาวรไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Ekberg, 1986) การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดความพิการร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นเดิม นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว การเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ครอบครัวจะต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานทำให้สังคมต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจในการรับภาระดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease : CVA) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท (Prencipe, et al., 1997) ในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการประมาณกันว่า สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของหลอดเลือดสมองถึง 500,000 คนต่อปี (ฤกษ์ชัย, 2539) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2537 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับบริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 32,209 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539) โรคหลอดเลือดสมองมักพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Prencipe, et al., 1997) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้ ได้แก่ บุคคลที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง คาดว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการกิน ภาวะเครียด หรือมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายหรือพิการ และอาจมีการสูญเสียด้านความคิดและสติปัญญาไปด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากจากการมีอัตราการตายและมีความพิการสูง โดยพบว่า อัตราการตาย

สูงประมาณ 91.8 ต่อประชากร 1 แสนคน ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีเพียงร้อยละ 10 ที่หายเป็นปกติ อีกร้อยละ 90 มีความพิการเกิดขึ้น การเจ็บป่วยนี้ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อันเนื่องจากการค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการสูญเสียแรงงานจากภาวะความผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2537 มีสูงถึง 20,000 ล้านเหรียญต่อปี และคาดว่าตัวเลขนี้จะสูงขึ้น (ฤกษ์ชัย, 2539)

ความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มักพบว่า ผู้ป่วยเกิดอัมพาตครึ่งซีก และอาจมีอาการทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย เช่น มีปัญหาการสื่อสาร พูดช้า หรือพูดตะกุกตะกัก การเคี้ยวและการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการจับถ้าย ความจำเสื่อมหรือสับสน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่รู้สึกรักตัว (Phipps, 1991) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว จากการศึกษาถึงปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับบ้าน (นฤต ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2537 ; จินตนา, 2540) พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และยังพบว่า มีสภาพอารมณ์และจิตใจไม่ปกติ ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลือ เช่น ในสภาพแขนและขาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ปกติ เป็นต้น (Brown, 1996) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันและในบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปรักษาต่อที่บ้านในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการจับถ้ายไม่ได้ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญยิ่งของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทักษะที่เฉพาะ ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Snyder, et al., 1991)

นอกจากนั้น จากสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิต พีเรทและเอมี (Periard & Ames, 1993) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและรูปแบบการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยการรับประทานอาหาร และยังพบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลา หรือมีเวลาน้อยในแต่ละวันในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด โกรธง่าย เครียด (Gaynor, 1991 ; Wood, 1991 ; Wallhagen, 1992) ผู้ดูแลเกิดความรู้ดีกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก จินตนา (2540) ศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ และเมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่เหนื่อยใจ ดุเดือด การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด การดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล

จากการศึกษาของ โรส (Rose, 1997) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะปรับเปลี่ยนจากดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (transition period) เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก ดังนั้นในระยะการปรับเปลี่ยนนี้ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการให้คำแนะนำวิธีการดูแล ความรู้เรื่องโรค และการแก้ปัญหา การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (Home Healthcare Nurse) จึงเป็นบริการที่สำคัญที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย พยาบาลจะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน (Cloonan & Belyea, 1993)

แนวโน้มในอนาคต พบว่า ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากรัฐมีนโยบายให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เพื่อลดระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่าย ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้มีผู้ศึกษาสนใจศึกษาผู้ดูแลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Robert, 1978 ; Robinson & Price, 1982 ; Santas, et al., 1990 ; Bull, 1990 ; Pallet, 1990 ; Bronstein, 1991 ; Wood, 1991 ; Lindgren, 1993 ; Periard & Ames, 1993 ; Grant, 1996) และ

ยังพบการศึกษากลุ่มผู้ดูแลในประเทศไทยด้วย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536 ; นฤต ตะนูนพงศ์ และคณะ, 2537 ; จินตนา สมนึก, 2540) การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจถึงปรากฏการณ์หรือสถานการณ์ของผู้ดูแล เช่น การศึกษาถึงภาระหน้าที่การดูแล ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อการดูแลหรือผู้ดูแล เป็นต้น การศึกษาถึงวิธีการหรือหารูปแบบการส่งเสริมหรือช่วยเหลือการดูแลสุขภาพที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ดังเช่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ, 2540 ; วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539 ; วัลลา ตันตโยทัย, 2540 ; สิริลักษณ์ จันทะรัมย์, 2541 ; โขมพัศตร์ มณีวัต, 2541) ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงวิธีการหรือหารูปแบบพัฒนาหรือส่งเสริมความสามารถการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และพึ่งตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual collaboration approach) (Holter & Schwart - Barcott, 1993) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง เพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพเป็นจริงในสังคม โดยการร่วมประสานงานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำไปสู่การร่วมกันแก้ไขปัญหา ปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้จะได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ภาวะสุขภาพความพร้อมและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
2. พยาบาลจะส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร
3. ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) เป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical framework) และใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (Methodological framework) โดยใช้กรอบแนวคิดทั้งสองควบคู่กันเพื่อชี้แนะแนวทางการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ได้ใช้เป็นกรอบในการควบคุมการวิจัย (ดูแผนภาพที่ 1)

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง (ดูแผนภาพที่ 2) กล่าวคือ

โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า บุคคลย่อมมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลย่อมมี โอกาสที่ให้การดูแลบุคคลอื่นที่เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเช่นกัน ดังนั้นกรอบนี้จะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถและสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว (Taylor, 1989) สมาชิกที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลและทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อคงระดับความสมดุลของร่างกายและการมีชีวิต เช่น อากาศ อาหารและน้ำ การขับถ่ายที่ปกติ เป็นต้น รวมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Phipps, et al., 1983) รวมถึงปัญหาอื่น ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากผลการเจ็บป่วยที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเช่นกัน (Hinchliff, et al., 1993)



แผนภาพที่ 1. สรุปกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีกับแนวคิดวิธีการวิจัยในการศึกษาหารูปแบบการดูแล
สุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล

พยาบาล	
ความสามารถทางการพยาบาลในการพัฒนา ความสามารถดูแลของผู้ดูแล	
กลวิธี : ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ : เสริมพลังอำนาจ	
บทบาท	• สนับสนุน กระตุ้น ช่วยเหลือให้เข้าใจสถานการณ์ กิด สะท้อนกลับ ตัดสินใจหาทางเลือกด้วยตนเอง • ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล เป็นที่ปรึกษา • ร่วมคิดแก้ปัญหา • ให้อำนาจการตัดสินใจ • ให้กำลังใจและความเชื่อมั่น • สร้างความภาคภูมิใจและชมเชย

ครอบครัว	ชุมชน	สังคม
ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	
สภาพ : ไม่รู้สีกตัว/รู้สีกตัวเล็กน้อย หรืออัมพาตครึ่งซีก		
ต้องการดูแลทดแทน		
ความต้องการ	• คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ • คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ • ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาผิวหนัง • ร่างกายสะอาด ไม่มีไข้ ปราศจากการติดเชื้อ • พัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและกระทำกิจกรรมต่างๆ • ดูแลความปลอดภัย • พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กระบวนการคิดและอารมณ์ การสื่อสาร และปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคม	
		ผู้ดูแล
บทบาท : กระทำกิจกรรมทดแทน พื้นฟูสภาพ		
ปัญหา	เกิดปัญหาแทน	
• มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ • มีทักษะการคิดและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล และแก้ปัญหาไม่เพียงพอ • ขาดทักษะการจัดการกับตัวเอง ผู้ป่วย และครอบครัว • ขาดความมั่นใจ กลัว ท้อแท้ อาจรู้สีกทรมดหวังหรือมีความคาดหวังต่อการหายป่วยมากเกินไป		
		ปัจจัยเสริม / อุปสรรคที่มีผลการดูแล

แผนภาพที่ 2 : กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการความช่วยเหลือทดแทนส่วนที่ไม่สามารถกระทำได้เกือบทั้งหมดหรือทั้งหมดดังเช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย (capabilities for dependent care operations) ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (Orem, 1991) นอกจากนั้นผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความอิสระ แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถกระทำกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิม (Gaynor, 1990) สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย หดแรงแรง มีความรู้สึกโกรธ สับสน หงุดหงิด มีความรู้สึกว่าการกระทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ (burden) (Dring, 1989) ในภาวะการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลจึงต้องการการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วย คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การพยาบาลเป็นการกระทำอย่างจงใจแบบหนึ่ง มีลักษณะเป็นการกระทำแบบผสมผสานที่มีความซับซ้อน (complex of compound actions) เป็นบริการด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหาในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพ (Orem, 1995) พยาบาลจะช่วยเหลือและสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถคงไว้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่นตามความต้องการการดูแล วิธีการของพยาบาลในการลงมือปฏิบัติ คือ การใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Educative - Supportive Nursing System) รวมถึงการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล (Empowerment)

กรอบแนวคิดวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปตรงที่จะต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรมและปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการร่วมมือ (collaboration) ของผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาร่วมกัน กระบวนการวิจัยนี้จะประกอบด้วยกระบวนการเก็บรวบรวมปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติ (Kemmis & McTaggart, 1988)

รูปแบบการดำเนินการวิจัยโดยอาศัยความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษา ผลที่ได้รับจากการศึกษารูปแบบนี้ คือ ผู้วิจัยและกลุ่มผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับการแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้และทฤษฎีใหม่ (Holter & Schwart - Barcott, 1993) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดเน้น คือ การแก้ปัญหา (problem solving) และเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น (Lauri, 1982) และยังมีรูปแบบการสืบสวนการสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (self - reflective enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคม (Kemmis & McTaggart, 1988)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. แนวทางการสอนและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. แนวทางการจัดระบบบริการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. เป็นตัวอย่างงานวิจัยทางการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพร่วมแก้ไข
ปัญหา และช่วยเหลือผู้รับบริการ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พยากรณ์สภาพทำให้มีการสูญเสียความสามารถควบคุมตนเอง โดยอยู่ในสภาพไม่รู้ตัวหรืออัมพาตครึ่งซีก และเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก

ผู้ดูแล

หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร เป็นต้น โดยอาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง รูปแบบการพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลซึ่งพัฒนามาจากวิธีการของผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานและปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนและเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว



บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
4. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการมีพยาธิสภาพที่สมองก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิด ระยะเวลาที่สมองขาดเลือด ระยะเวลาที่เกิดการบกพร่องทางระบบประสาท และปัจจัยเสี่ยงที่เกิดร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Licata - Gehr, 1991) การเกิดโรคหลอดเลือดสมองอาจอธิบายได้ใน 3 ลักษณะ กล่าวคือ 1) จากการอุดตันหรือแตกของผนังเลือด ทำให้เกิดผลกระทบต่อการไหลเวียนโลหิต 2) เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงหรือทำลายของเนื้อสมอง (cerebral tissue) ซึ่งเกิดจากการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือด และ 3) เป็นการสูญเสียหรือความบกพร่องทางระบบประสาท ซึ่งเป็นผลจากการไหลเวียนเลือดในสมองถูกขัดขวาง (Mower, 1997) การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะทางสมองขาดเลือดไปเลี้ยง จะมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยตรง กล่าวคือ สมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ซึ่งระยะเวลาของการสูญเสียและการฟื้นคืนขึ้นอยู่กับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด ในกรณีที่สมองขาดเลือดชั่วคราวมักไม่เกิน 10 - 15 นาที และมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (Transient Ischemic Attack) มักหายภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่สมองขาดเลือดและมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทประมาณ 24 - 72 ชั่วโมง (Reversible Ischemic

Neurological Deficit) อาการมักหายภายใน 3 สัปดาห์ ในบางรายจะมีอาการของโรคมะเร็งขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งอาจเนื่องจากมีหลอดเลือดตีบตันหรือแตก (Progressive stroke or Stroke - in - Evolution) อาจเกิดภาวะสมองบวมหรือมีพยาธิสภาพอย่างอื่นร่วมด้วย และในบางรายพบผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทคงที่นานเกิน 24 - 72 ชั่วโมง (Complete stroke) (Ignatavicius, Workman and Mishler, 1995)

ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงนี้สามารถทำนายการสูญเสียการทำงานของร่างกายอันเนื่องมาจากความพร่องทางระบบประสาท ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดยังขึ้นกับว่าสมองส่วนใดเกิดพยาธิสภาพ ความเข้าใจถึงตำแหน่งการเกิดโรคจะมีความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ (brain's left hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขน - ขา ซีกขวาอ่อนแรงหรือเกิดอัมพาต มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่ได้ (aphasia) หรือพูดไม่ชัด (dysarthria) อ่านและเขียนไม่ได้ คำนวณวิเคราะห์ มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและมีความจำในระยะสั้น ทำให้ยากในการเรียนรู้สิ่งใหม่แต่มีความพยายาม ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดซีกขวาผิดปกติ (brain's right hemisphere) ผู้ป่วยจะมีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงหรือเกิดอัมพาต ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องด้านความจำ การเรียนรู้พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และความสนใจ ปฏิเสธด้านที่มีพยาธิสภาพ ไม่ใช่ของตน (anosognosia) ไม่สามารถเลียนแบบการทำกิจกรรมได้ (apraxia) มีความบกพร่องในการกะระยะ (spatial - perceptual deficits) (Phipps, 1991)

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนมักทำให้มีการสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้รู้สึก ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัว อย่างไรก็ตามไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการสูญเสียการทำงานมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยจะเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ไม่สามารถนั่งหรือเดินได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาการพูด การเคี้ยวและกลืนอาหาร ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ (Phipps, 1991) ผู้ป่วยอาจเกิดการสูญเสียด้านความคิด ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล (Hayn & Fisher, 1997)

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม เมื่อผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และยังคงมีการทำงานในส่วนต่างๆบกพร่องหรือสูญเสียได้ด้วยดังที่กล่าว

มาแล้ว ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของ ตัวเองอย่างมาก (Miller, 1983) โรบินสันและไพร (Robinson & Price, 1982) ได้ศึกษาติดตาม ผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 103 รายโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด นอกจากนั้นการศึกษารังนี้ยัง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน นอกจากนั้นยังพบอีกว่า ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมากช่วงระหว่าง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรค ซึ่งตรงกับการศึกษาของแซนตัสและคณะ (Santas, et al., 1990) ได้ศึกษา ผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับ การสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับ ครอบครัวและสังคม การศึกษารังนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนแรกจะ เกิดขึ้นเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ในขณะที่ภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถใน การปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ อาการซึ่งแสดงถึงการ ถอยหนีจากสังคม เช่น แยกตัวเอง เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด หดหู่ โกรธง่าย ก้าวร้าว (Bronstein, 1991) นอกจากนั้นผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์โกรธในรูปของการทำร้าย เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำร้ายตัวเอง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต้องการ ดำรงไว้ซึ่งความมีค่าในตัวเอง ต้องการได้รับการเอาใจใส่หรือสนใจจากผู้ดูแลหรือญาติหรือบุคคล รอบข้าง (Robert, 1978) ผลกระทบด้านจิตสังคมยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ลดความอยากอาหาร ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วย อ่อนเพลีย หดแรงแรง เหนื่อยง่าย เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย รอยโรคที่หลงเหลืออาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพ ไม่รู้สึกตัวหรืออัมพาตครึ่งซีกพร้อมกับความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น พูดไม่ชัด สื่อสารไม่เข้าใจ ปากเบี้ยว ความจำเสื่อม เป็นต้น สภาพผู้ป่วยเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองซึ่งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากการ

เปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคมเช่นกัน (Bronstein, 1991) ความพิการหรือโรคที่หลงเหลือทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดาหรือมารดา บทบาทการเป็นสามีหรือภรรยา ไม่สามารถกระทำบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวที่ต้องทำมาหากินเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป (Gaynor, 1990) ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ป่วยกลับเป็นผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

เมื่อสมาชิกคนหนึ่งคนใดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัวย่อมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจากการต้องดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นหน่วยทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับเข้าสู่สังคมในหน่วยใหม่ของผู้ป่วย (Farzan, 1991) ครอบครัวจำเป็นต้องจัดการปรับแบบแผนดำเนินชีวิตภายในครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษพบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความหวังและกำลังใจที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันสามารถคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกให้เกิดกับผู้ป่วยได้ (Stroker, 1983) ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ครอบครัวอาจเป็นผู้ช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพสำเร็จหรือล้มเหลวก็ได้ ความล้มเหลวในการฟื้นฟูสมรรถภาพจะนำมาซึ่งความตายหรือความหมองหม่นให้กับผู้ป่วย (Farzan, 1991 ; Stineman, et al., 1997)

ภาระกิจที่ครอบครัวจะต้องกระทำต่อผู้ป่วยก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994) ครอบครัวจึงต้องปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มเติม สมาชิกคนหนึ่งจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่วนสมาชิกคนอื่นจะเป็นผู้ช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ทดแทนหน้าที่ของผู้ป่วยและสมาชิกคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานานโดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ครอบครัวอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งและสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ ท้ายที่สุดอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (Pasquali, 1991) ในทางกลับกันครอบครัวที่สามารถปรับตัวและ

ตระหนักถึงความรับผิดชอบที่ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยยอมนำมาซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วย (Farzan, 1991)

4. ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เมื่อสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกคนหนึ่งซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกอีกคนหนึ่งที่ต้องหยุดประกอบอาชีพอื่นใดขณะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกคนอื่นจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล

ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวจะมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ดูแลซึ่งมีภาวะเศรษฐกิจดีหรือมีมั่นคงมักรับรู้ถึงภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่มั่นคง อันนำมาสู่การเกิดความเครียดที่แตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของโอเบิร์ตและคณะ (Oberst, et al., 1989) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจทางสังคมและภาระในการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางสังคมต่ำ จะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าอันตรายสูญเสียหรือความมากกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางสังคมปานกลาง เอ็กเบิร์ก (Ekberg, 1986) ศึกษาถึงภาระการเบี่ยงเบนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบี่ยงเบนในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังประสบกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาการตกงาน น้ำมันแพง อาหารและของใช้ที่จำเป็นขึ้นราคาอย่างมาก รัฐบาลมีนโยบายให้ประชาชนประหยัด พร้อมกันนั้นรัฐบาลยังมีนโยบายปรับงบประมาณในส่วนอื่นๆ รวมถึงบริการด้านสุขภาพอีกด้วย เช่น การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สามารถเบิกจากรัฐได้ การกำหนดชนิดของยาและการตรวจพิเศษที่รัฐสามารถให้การช่วยเหลือได้ เป็นต้น ดังนั้น จากเดิมที่ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนหนึ่งขอรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐเคยได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่สามารถจ่ายได้ ในภาวะการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และในอนาคตคาดว่าจาก

ปัญหาวิกฤติการเศรษฐกิจดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องรับภาระใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งต้องรับภาระเลี้ยงดูสมาชิกคนอื่นอีกด้วย ค่าครองชีพจะสูงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เป็นปัญหาสำหรับครอบครัว

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นกับปัญหาหรือรอยโรคที่หลงเหลือ อันเป็นผลจากความผิดปกติระบบประสาท ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย การทำนายผลลัพธ์ว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เช่นเดิมหรือยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดชีวิตหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย กลไกการเกิดพยาธิสภาพ และอายุของผู้ป่วย (Cardoma, et al., 1994)

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะต้องพิจารณาจากความบกพร่องหรือปัญหาในการดูแลตนเองเพื่อที่จะให้การส่งเสริมหรือคงไว้ในหน้าที่ โครงสร้าง และความมั่นคงของร่างกายได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลตนเองจะต้องมีความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ อีกทั้งต้องสอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1995) ผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (Orem, 1991 ; Scherer, 1991 ; Hayn & Fisher, 1997)

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อกคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในการกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกาย สภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยอาจได้รับอากาศไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการอุดตันทางเดินหายใจ ผู้ป่วยอาจได้รับการเจาะคอและใส่ท่อทางเดินหายใจ (tracheostomy tube) จนกระทั่งกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยต้องการการดูแลให้หายใจโล่งจากการที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ

สำหรับความต้องการน้ำและอาหาร ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทอาจต้อง
 กำจัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม ในแต่ละวันปริมาณน้ำไม่ควรเกิน 2,000 ซีซี ความต้องการ
 พลังงานจากสารอาหารในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวในแต่ละวันประมาณ 1,700 - 2,000 แคลอรีต่อวัน ผู้ป่วย
 ที่ไม่มีข้อห้ามใดๆสามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตาม
 ก็ตามผลจากการเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหากลืนเนื่องจากการกล้ามเนื้อปากอ่อนแรง
 หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่สูญเสียการกลืน ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
 ต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. คงไว้ซึ่งการจับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ
 ฟื้นฟูสภาพที่บ้าน อาจเกิดปัญหาการจับถ่าย เช่น ควบคุมการจับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ หรือกลไก
 การจับถ่ายปัสสาวะสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วยอาจมีปัญหากลืน
 จับถ่ายอุจจาระร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ชั่วคราว ซึ่งอาจเกิดในระยะแรก
 เมื่อระบบประสาทเริ่มกลับมาทำงาน หรือผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาท้องผูกหรือไม่ถ่ายอุจจาระเป็น
 ระยะเวลาหลายวันจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพไม่รู้สีกตัว เป็นต้น ปัญหาต่างๆ
 ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อกำหนดไว้ซึ่งการจับถ่าย
 และการระบายให้เป็นปกติ วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวนี้ขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 เช่น ผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะไม่ออกอาจต้องได้รับการสวนสายคาปัสสาวะในระยะแรก และมีแผน
 การฝึกการจับถ่ายปัสสาวะด้วยตัวเอง เป็นต้น

3. คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและคงไว้ซึ่งระดับ
 อุณหภูมิร่างกายที่ปกติ ผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมร่างกายด้วยตนเองทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง
 ในการดูแลเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อันได้แก่ การทำความสะอาด
 สะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหารและน้ำ การจับถ่าย การเคลื่อนย้าย
 ร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเพื่อกำหนดไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ จะเป็นความต้องการ
 การดูแลให้ร่างกายปราศจากการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวมักพบความผิดปกติ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การ
 ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ ความผิดปกติของระดับอุณหภูมิ
 ร่างกายจะมีผลต่อสมอง อุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญและการให้
 พลังงานมาก สมองอาจเกิดภาวะการขาดออกซิเจนทำให้เกิดภาวะสมองบวม การเกิดภาวะ
 แทรกซ้อนจะมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งยากต่อการดูแลที่บ้าน

4. คงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีกจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลเนื่องจากความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจเกิดเจ็บปวดบริเวณกล้ามเนื้อจากการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทส่วนกลาง หรือกลุ่มอาการปวดบริเวณหัวไหล่ - มือ (central poststroke pain or shoulder - hand syndrome) ซึ่งมักจะเกิดในระยะ 1 - 2 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเจ็บปวดจะก่อให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนั้นผลกระทบทางด้านร่างกายอาจเกิดจากปวดศีรษะ เหนื่อย หายใจหอบ ซึ่งเป็นอาการมักพบในผู้ป่วยโรคนี้ ผลกระทบด้านจิตใจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ผลกระทบเหล่านี้จะรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

5. พัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและกระทำการกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน ดังเช่น ผู้ป่วยมีแขนและขาซีกหนึ่งซีกได้อ่อนแรง หรือเป็นการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้าง ดังเช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องการให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการการดูแลที่ส่งเสริมการกระทำการกิจกรรมด้วยตนเอง ดังเช่น การอาบน้ำ หรือการเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น การกระทำการกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อ และยังเสริมสร้างกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

6. ปรasaจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลเพื่อให้ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้จากการที่สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักพยายามเคลื่อนไหวตนเองโดยการพยายามลุกนั่งหรือยืน หรือพยายามช่วยเหลือตัวเองทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ การจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมควรจัดให้โล่ง จัดสิ่งของเครื่องใช้ในการกระทำกิจวัตรประจำวันให้เป็นให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและหยิบจับได้ง่าย นอกจากนั้น

ผู้ป่วยต้องการการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกวิธี เช่น การลุกนั่ง การเลื่อนตัวจากที่หนึ่งไปที่หนึ่ง การยืน การเดิน การใช้กล้ามเนื้อมือ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้

7. พัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ด้านความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งอาจพบปัญหาทางระบบประสาทอื่นๆนอกเหนือจากการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พุดไม่ชัด พุดตะกุกตะกัก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม ช่วงความสนใจสั้น ขาดสมาธิ สับสน ก้าวร้าว มีพฤติกรรมและคำพูดในการตอบสนองไม่เหมาะสม เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้เกิดเนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยจึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆที่เป็นปัญหาและเป็นผลจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนอาจพบปัญหาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของการขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง ผู้ป่วยจึงต้องการการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม ในการพัฒนาความสามารถปัญหาเหล่านี้ บางครั้งผู้ป่วยต้องการข้อเสนอแนะหรือการฝึกจากผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น นักการบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการพึ่งตนเอง ผู้ป่วยต้องการการพัฒนาการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งตนเองได้หรือพึ่งผู้อื่นน้อยที่สุด การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอย่างยิ่ง ความสามารถในการดูแลและพึ่งตนเองในผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้ทักษะ ความจำ และความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดโรค เช่น ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา ทำให้มีแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ซึ่งเป็นซีกที่ไม่ถนัดของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีปัญหาการรับรู้และความจำ (perceptual and cognitive deficits) ผู้ป่วยมักละเลย ไม่เอาใจใส่ร่างกายซีกซ้าย ปฏิเสธการมีแขนขาซีกซ้าย เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลดังกล่าว เพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐาน และเพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยให้ยอมรับกับสภาพและความสามารถที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ภายใต้ข้อจำกัดที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย ความต้องการการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนจะมากหรือน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับ เพศ อายุ การรับรู้ถึงการสูญเสีย ความเชื่อและความคาดหวังแต่ละคน การยอมรับถึงการสูญเสียความเชื่อและความคาดหวังแต่ละคน การยอมรับและปรับตัวต่อการเจ็บป่วย (Gaynor, 1990) ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่ามีได้รับการดูแลตามความต้องการหรือการพัฒนาความสามารถไม่ได้ก้าวหน้าดีขึ้นเลย ยังต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองเป็นคนน่าเบื่อ ผู้ป่วยจึงต้องการบุคคลซึ่งให้ความรู้สึกถึงมิตรภาพ เข้าใจถึงความรู้สึก ช่วยเหลือ และดูแลอย่างใกล้ชิด จริงใจและตั้งใจ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลา กล่าวได้ว่าผู้ดูแลจะทอดทิ้ง (Grant, 1996 ; Wood, 1991)

ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เมื่อสมาชิกคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยและมีรอยโรคหลงเหลือเกิดความพิการและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ครอบครัวจะจัดการให้สมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Dring, 1989) โดยทั่วไปสมาชิกที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง มีสถานะเป็นคู่สมรสหรือเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย (Lindgren, 1993) และมักอยู่ในช่วงอายุ 40 - 60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุและในอนาคตจะพบกลุ่มอายุช่วงนี้เป็นผู้ดูแลมากขึ้น (Musoff, 1991 ; Robinson, 1988) นอกจากนั้นถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีสมาชิกภายในครอบครัวหลายคนก็ตาม แต่โดยมากแล้วสมาชิกที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลมักจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวตลอดเวลา 24 ชั่วโมงในแต่ละวัน และมักเป็นผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพอื่นใดนอกบ้านขณะที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Ellis & Nowlis, 1994)

จากการศึกษาถึงเหตุผลถึงการมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลมักมีเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยเพราะมีความผูกพันกับผู้ป่วย ความผูกพันพื้นฐานของสามีภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีต่อกันตั้งแต่มาก่อนการเจ็บป่วย นอกจากนั้นความใกล้ชิดกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วยทำให้มีความเอื้ออาทรและเป็นห่วงใยกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลเต็มใจและอาสาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองคุณค่าความดีของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมิให้กับผู้ดูแลและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสแสดงความรักและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่

การศึกษายังพบว่า การมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเนื่องมาจากไม่มีใครอื่นในครอบครัวให้การดูแล เป็นหน้าที่ที่ผู้ดูแลจะต้องรับภาระการดูแลเอง (Goldstein, et al., 1991 ; Wood, 1991)

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งอาจอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถสื่อสารและเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรืออาจรู้สึกตัวดีแต่มีอัมพาตครึ่งซีกและอาจมีปัญหาคืออื่นร่วมด้วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพใดก็ตาม ผู้ดูแลจะต้องดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการกระทำกิจกรรมทดแทนผู้ป่วยทั้งหมดหรือเป็นบางส่วนก็ตาม แอ็ทกินสัน (Atkinson, 1992) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลในกลุ่มผู้ดูแล (informal carer) ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถด้านร่างกาย (disabled dependent) จากการที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ผลการศึกษาพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้ดูแลมักกระทำกิจกรรมการดูแลในเรื่องส่วนตัวให้กับผู้ป่วย ซึ่งส่วนมากจะเป็นกิจกรรมการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนั้นยังดูแลเรื่องการให้ยาตามแผนการรักษา และการทำแผล

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยดูแลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลเป็นผู้กระทำแทนหรือเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันนี้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการหายใจทำให้ต้องกลับบ้านในสภาพที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ หรือผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากต้องให้อาหารทางสายยางที่บ้าน เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้จะยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลในเรื่องส่วนตัว ผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่งโดยการดูดเสมหะ ถ้างอภายใน (inner tube) ทำแผลรอบท่อ เคาะปอด ผู้ดูแลจะต้องดูแลมิให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเพราะจะยิ่งทำให้การดูแลยุ่งยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และยากต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Atkinson, 1992 ; Nolan & Grant, 1993)

การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายส่วนที่เป็นรอยโรคหรือความพิการให้กลับทำหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลอาจต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่เป็นปัญหา เช่น การเดิน การสื่อสาร เป็นต้น จากผู้ชำนาญอย่างต่อเนื่องและยังต้องดูแลให้ได้รับการฝึกฝนต่อที่บ้านด้วย (Dudas, 1986) การฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบด้านอารมณ์และจิตสังคมเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยไม่ยอมรับกับสภาพที่สูญเสียอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง สูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคมอันนำมาสู่ความรู้สึกไร้คุณค่า ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจถึงภาวะอารมณ์และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ดูแลจะต้องดูแลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐาน และฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองหรือมีชีวิตภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย ความสามารถของผู้ดูแลขึ้นกับหลายปัจจัยซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสริมและเป็นอุปสรรค ปัจจัยที่สำคัญได้แก่

1. คุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับการสูญเสียมากหรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงระยะเวลานานทำให้เกิดความพร่องทางระบบประสาทหรือมีรอยโรคหลงเหลือมาก ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาสูญเสียความสามารถในการควบคุมหรือเคลื่อนไหวร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้างร่วมกับการเกิดปัญหาทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย เช่น สูญเสียความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจ การพูด เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากการเจ็บป่วยรุนแรงมีรอยโรคหรือความพิการมากจะทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยุ่งยากและซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะเวลานานและยังเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่า ผู้ดูแลจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด (Pallet, 1990)

นอกจากระดับความรุนแรงที่เกิดกับร่างกายของผู้ป่วยแล้ว ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้ป่วยจะมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ จะทำให้ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่ผันแปรง่ายโดยไม่มีเหตุผล ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเกือบตลอดเวลา (Farzan, 1991) ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย มีความพยายามและอดทนอย่างมากในการดูแลและช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือตัวเองได้ แกรท (Grant, 1996) ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 10 คู่ พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านประการหนึ่งคือ ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีกและมีการสูญเสียด้านความคิดและความจำร่วมด้วย จะเกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกอย่างเดียว ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความคิดและความจำร่วมด้วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการช่วยเหลือและจัดการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย และการให้อาหารผู้ป่วย เป็นต้น

2. คุณลักษณะของผู้ดูแล คุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ที่สำคัญได้แก่

2.1 ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองและมีผลทำให้ระบบประสาททำงานผิดปกติ (neurological deficit) อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานของโครงสร้างและหน้าที่ระบบต่างๆภายในร่างกายผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (impaired physical mobility) อาจทำให้ระบบการทำงานระบบอื่นๆผิดปกติด้วย เช่น อาจก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความไม่สมดุลของไนโตรเจนและภาวะพร่องของโปรตีน (negative nitrogen balance and protein deficiency) กล้ามเนื้อกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวลดลง แรงดันในช่องท้องลดลง ความสามารถในการย่อยอาหารลดลง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดท้องผูก ภาวะขาดสารอาหาร หรือภาวะการสูญเสียน้ำ เป็นต้น (Cardona, 1994)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายแล้ว ผลจากการเจ็บป่วยยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของร่างกายด้วย เช่น ผู้ป่วยเกิดกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก มุมปากตก เป็นต้น ความผิดปกติทางโครงสร้างทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเช่นนี้ วิธีการดูแลผู้ป่วยจะเฉพาะเจาะจงและซับซ้อนกว่าการ

ดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลที่มีความรู้และความสามารถจะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Ellis & Nowlis, 1994)

ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลได้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ เรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จากการสังเกตและซักถามในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลยังสามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมอื่นได้แก่ ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากอดีต วัฒนธรรมและประเพณี การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจึงถูกพัฒนามาจากทั้งส่วนที่ได้มาจากระบบวัฒนธรรมและระบบการแพทย์ (cultural and medical system) (Orem, 1991) นอกจากความรู้และความสามารถของผู้ดูแลแล้ว การรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น การรับรู้ถึงความสามารถหรือสมรรถนะตนเองเป็นสิ่งสำคัญ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self - efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างสำเร็จ (Bandura, 1986) การรับรู้ถึงความสามารถตนเองจึงถือเป็นแรงจูงใจ (motivation) ภายในที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังความสามารถที่เสริมอำนาจ (empower) ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Orem, 1995) โมวัตและลาสชินเจอร์ (Mowat & Laschinger, 1994) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่สูญเสียความสามารถด้านความคิด พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระของผู้ดูแล

2.2 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนระหว่างผู้กระทำบทบาทเป็นผู้ดูแลและผู้กระทำบทบาทเป็นผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะเป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (Gaynor, 1991) ผู้ดูแลต้องมีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้ นั่น ผู้ดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันทดแทน ดูแลในกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล เช่น การดูแลแผล การเคาะปอด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และยังต้องดูแลในกิจกรรมที่ฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อ การฝึกพูด

การฝึกเดิน การนวด การยกผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงการต้องพาผู้ป่วยไปปรับการฟื้นฟูสภาพจากแหล่งบริการต่างๆ เช่น หน่วยกายภาพบำบัด บ้านหมอบ้าน เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลาดังกล่าว จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเช่นกัน พีเรทและเอมี (Periard & Ames, 1993) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและรูปแบบการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรกภายหลังเกิดการเจ็บป่วย (early poststroke period) ศึกษาจากผู้ดูแล 20 คน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) มีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลส่วนหนึ่งรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากเกิดความเหนื่อยจากการดูแลทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร นอกจากนั้นผู้ดูแลไม่สามารถออกกำลังกายเช่นเดิมเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาว่าง จากการศึกษาวิจัยพบอีกว่าผู้ดูแลร้อยละ 30 การดูแลผู้ป่วยทำให้มีผลกระทบการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเอง เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีเวลาหรือมีเวลาเหลือน้อยในแต่ละวันในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของสายพิน (2536) พบว่า ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านด้วยความเอาใจใส่และใกล้ชิด มีส่วนให้ภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลที่ประสบกับปัญหาสุขภาพแต่ไม่สนใจที่จะไปรักษา โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากละทิ้งสามีไปและประเมินตนเองแล้วว่าพอทนได้

มีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gaynor, 1991 ; Carey et al., 1991 ; Wallhagen, 1992 ; Pallet, 1990 ; Wood, 1991 ; Bull, 1990 ; Townsend, 1994) ผู้ดูแลที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกละอายใจถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักห้ายที่สุดนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (burnout) การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ดูแลดังกล่าวมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก (Dring, 1989 ; O' Brien, 1993)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเช่นกัน ผลกระทบด้านภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลย่อมส่งผลกลับไปสู่คุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นกับความสามารถในการจัดการระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ มีการกระทำที่มุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รวมทั้งการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง (Orem, 1991)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยนี้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง (Altruistic motivation) ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน, 2538) ความสัมพันธ์อันใกล้ชิดในฐานะของสามีกับภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร ก่อให้เกิดสายใจแห่งความรัก ความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองและผู้ดูแลตนเองไม่ได้เป็นระยะเวลานาน มีผลทำให้การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สัมพันธ์ภาพผันแปรไป จากการศึกษายังพบว่า ความสัมพันธ์ในฐานะของบิดามารดากับบุตรจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพน้อยกว่าสามีกับภรรยา ผู้ดูแลในฐานะของบุตรหรือมารดาจะมีความเต็มใจและตั้งใจดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลในฐานะคู่สมรส (Mastrain, 1996 ; Santus, 1990 ; Rose, 1997) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความพร้อมทางระบบประสาทที่ควบคุมพฤติกรรมและความคิดไม่ได้ ผู้ป่วยมีความสับสน หลงลืม ความจำเสื่อม พูดลำบาก ซึ่งมีผลให้ผู้ดูแลได้รับความรัก ความอบอุ่น และกำลังใจจากผู้ป่วยในฐานะที่เป็นสามีหรือภรรยาอีกต่อไป (Lindgren, 1993)

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอยู่ในสภาพช่วยเหลือหรือดูแลตนเองไม่ได้นั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้ แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆจากการดูแลผู้ป่วย (Fink, 1995) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ และ

กำลังใจจากบุคคลเครือข่ายในสังคม (social network) ของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือแนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหา 2) ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น ให้โอกาสในการระบายความรู้สึก การปลอบใจ หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย และ 3) ช่วยให้อยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่จะช่วยเหลือโดยมุ่งประเด็นปัญหาโดยตรง ทำปัญหาที่มีอยู่ให้เล็กลง ซึ่งจะทำให้เชื่อว่าผู้ดูแลจะสามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง (Coyne & Delongis, 1986)

ดังนั้นผู้ดูแลที่รับรู้ว่าขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลาและเป็นระยะเวลานานนั้น ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่ใกล้ชิดอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลได้รับกำลังใจ การเยี่ยมเยียนและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากญาติสนิท เพื่อนบ้าน และที่สำคัญ ได้รับการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และยังลดภาระการดูแลอีกด้วย (Dring, 1989) แต่จากการศึกษากลับพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพสมองเสื่อมหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กลับได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ ดังเช่นการศึกษาของกิฟเวนและคณะ (Given, et al., 1988) ศึกษาตัวทำนายนายการดูแลของภรรยาผู้ป่วยสมองเสื่อมในฐานะผู้ดูแล จำนวน 78 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายหนึ่งที่ทำนายนายการดูแล จากการอภิปรายผล พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยลงเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ครอบครัวพลัการดูแลให้ผู้ป่วย

นอกจากนั้นได้มีการศึกษาการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของสตอมเมล และ คิงรี (Stommel & Kingry, 1991) ศึกษาจากกลุ่มสตรีที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 232 ราย ศึกษาถึงกิจกรรมและปริมาณเวลาที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุตรและสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือดูแลจากบุตรสูงสุดเป็นผู้ที่มีบุตรโตอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน รองลงมาเป็นผู้ที่มีบุตรโตแต่อาศัยอยู่นอกบ้าน ส่วนที่มีบุตรยังเล็ก (อายุต่ำกว่า 19 ปี) จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรน้อยที่สุด ส่วนผู้ที่มีบุตรเล็กมาก (อายุต่ำกว่า 10 ปี) จะได้รับการช่วยเหลือทดแทนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีบุตรเล็กมากทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกถึงภาระหน้าที่ที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ สำหรับผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวน้อยที่สุด

แมคคีน และคณะ (McLean, et al., 1991) ยังศึกษาถึงความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การยกตัวผู้ป่วย การจับถ่าย และการอาบน้ำ นอกจากนี้ยังต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสดะจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ลักษณะความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลนั้นขึ้นกับสถานการณ์ที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญ เช่น สถานการณ์ปรับเปลี่ยนจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (transition period) ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและต้องการการเข้าใจถึงความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกันต้องการการช่วยเหลือ แนะนำวิธีการดูแล การแก้ปัญหา ความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาจากพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน เป็นต้น (Rose, 1997)

แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เอื้อต่อการเสริมพลังอำนาจ (power resource) หรือลดการสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) ให้กับผู้ดูแลอีกด้วย แรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีเผชิญปัญหาสำหรับการจัดการการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในตัวเองและอยู่ในสถานะที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง (self-confidence and self-control) (Davidhizar, 1994) ผู้ดูแลสามารถคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตัวเอง ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5. เศรษฐฐานะทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐฐานะทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย รายได้ของผู้ดูแลจะมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแล มองโกเมอร์รี่ และคณะ (Montgomery, et al., 1985) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการดูแลและประสบการณ์ของภาระทั้งที่เป็นภาระเชิงจิตวิสัยและภาระเชิงวัตถุวิสัย (subjective and objective burden) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ พบว่า ภาระเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะ (อายุ รายได้) กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำมักจะมีความรู้สึกถึงความเป็นภาระค่อนข้างสูง ในทางตรงข้ามภาระเชิงวัตถุวิสัยจะมีความสัมพันธ์กับชนิดของกิจกรรมการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของสายพิน (2536) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านจำนวน 104 ราย เก็บข้อมูลโดย

การสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน โดยครั้งแรกเก็บข้อมูลตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ของการดูแล ครั้งที่ 2 เก็บตัวแปรผล ได้แก่ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทางอ้อมต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า คุณค่าเป็นความเครียด

ยังมีการศึกษาวิจัยในทำนองเดียวกันที่แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างเศรษฐฐานะทางสังคมกับการดูแลหรือความเครียดของผู้ดูแล (Carey, et al., 1991 ; Oberst, et al., 1989) ในการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลจะต้องดูแลค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยทั้งหมดขณะที่ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย รายได้ของผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มักไม่ประกอบอาชีพอื่นใดขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ปัจจัยทั้งหมดมักมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้มีการศึกษาปัจจัยสำคัญที่สามารถสรุปได้ว่า เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระก่อให้เกิดความเครียด ปัจจัยนั้นได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม (Bull, 1990 ; Davidhizar, 1994 ; Wood, 1991)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่ครอบครัวหนึ่งมีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย พยาบาลจะต้องช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สามารถพึ่งพาตนเอง ตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ พยาบาลจะต้องใช้ศักยภาพทางการพยาบาล (nursing agency) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยผ่านการศึกษาและการฝึกหัดอย่างเป็นระบบ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่พยาบาลจะต้องส่งเสริมและพัฒนาประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (Estimative Operation) 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transition Operation) และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติและประเมินผล (Productive Dependent - Care Operation) (Orem, 1991)

วิธีการของพยาบาลในการลงมือปฏิบัติ คือ การใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Educative -Supportive Nursing System) ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล (Empowerment) การใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธี (Orem, 1991) ซึ่งอาจใช้วิธีหนึ่งวิธีใด หรือหลายวิธีร่วมกัน คือ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะหรือสนับสนุน 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ 4) การจัดตั้งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาของบุคคล และ 5) การสอน การเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล (empowerment) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย ให้ความรู้ถึงถึงอำนาจในการควบคุมตัดสินใจ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Chavasse, 1992) โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Gibson, 1991) การเสริมพลังอำนาจในที่นี้สามารถพิจารณาในเชิงกระบวนการ (process) และเชิงผลลัพธ์ (outcome) ในเชิงกระบวนการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง สำหรับในเชิงผลลัพธ์ พยาบาลจะพิจารณาจากผลที่เกิดขึ้น คือ ความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ดูแล (Price, 1988 ; Robinson, 1991)

วิธีการที่ใช้ในการเสริมพลังอำนาจ (strategies of empowerment) (Chavasse, 1992 ; Miller, 1983 ; Price, 1988) คือ

- 1) การให้คำปรึกษา คำแนะนำ พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่าปัญหาต่างๆ สามารถแก้ไขได้ รับฟังถึงปัญหา ความกังวล และค้นหาสิ่งที่ต้องการร่วมกัน
- 2) การให้ความรู้และข้อมูลที่เป็นจริง ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์
- 3) ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือครอบครัว
- 4) ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย หาทางเลือกที่เป็นไปได้
- 5) ประเมินผลย้อนกลับเชิงบวกสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถพิจารณาได้จากระดับพัฒนาการใช้ศักยภาพ และความเพียงพอ พัฒนาการของศักยภาพในการดูแลแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ 1) ยังไม่พัฒนา 2) กำลังพัฒนา 3) พัฒนาแล้ว แต่ไม่ยั่งยืน 4) พัฒนาแล้วและยั่งยืน และ 5) พัฒนาแล้วแต่กำลังถดถอย ส่วนความสามารถในการใช้ศักยภาพมี 3 ระดับ คือ 1) ใช้ได้เต็มที่ 2) ใช้ได้บางส่วน

และ 3) ไม่ได้ใช้ สำหรับความเพียงพอของศักยภาพในการดูแลนั้นต้องพิจารณาโดยใช้ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยเป็นมาตรฐาน (Nursing Development Conference Group, 1979)

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

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

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Holter & Schwart - Barcott, 1993)

1. ความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical collaborative approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิธีนี้มีเป้าหมายเพื่อทดสอบแบบแผนการแก้ปัญหาที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ทราบว่าสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ นักวิจัยได้กำหนดปัญหาล่วงหน้ารวมถึงระบุนการเปลี่ยนแปลงและแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นความรู้เชิงทำนาย (predictive knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (validation) และปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual collaborative approach) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษาจนเกิดความเข้าใจในมุมมองใหม่ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุ ตลอดจนแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง มักเป็นการใช้วิธีการอุปมาน (induction approach) เป็นส่วนใหญ่ การวิจัยช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความคงทนแต่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญหามักไม่สามารถดำรงอยู่ได้เมื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องออกจากระบบไปหรือบุคคลใหม่หลายคนเข้ามาในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้เชิงบรรยาย (descriptive knowledge) และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3. การสร้างเสริมให้บุคคลสะท้อนคิดปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิธีนี้มีเป้าหมาย 2 ประการ คือ เพื่อลดช่องว่างระหว่างปัญหาที่ประสบในสถานการณ์เฉพาะกับทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายและแก้ปัญหาเหล่านั้น และเพื่อการช่วยเหลือผู้ปฏิบัติในการค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นรากฐาน (fundamental problems) โดยการปลุกกระตุ้นการรู้สติของกลุ่ม (collective consciousness) การวิจัยวิธีการนี้ส่งเสริมการค้นปัญหาและวิธีการแก้ไขด้วยตนเอง นักวิจัยเป็นเพียงผู้ช่วยผู้ปฏิบัติให้สะท้อนการปฏิบัติของตนเองอย่างลึกซึ้งจนเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความแตกต่างระหว่างข้อตกลงเบื้องต้นของการปฏิบัติที่มีการกำหนดไว้และหลักเกณฑ์ที่ไม่ได้มีการกำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่กำกับการปฏิบัติที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยเอื้ออำนวยให้ผู้ปฏิบัติรวมอภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่างๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับขององค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การวิจัยวิธีนี้ช่วยให้ได้ทฤษฎีเฉพาะและมีการสร้างวัฒนธรรมการปฏิบัติใหม่ซึ่งมีแบบแผนการ



ปฏิบัติและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเชิงทฤษฎีที่เป็นสิ่งใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความถาวร ความรู้ที่ได้มีทั้งความรู้เชิงบรรยายและความรู้เชิงทำนาย (descriptive and predictive knowledge)

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตภายใต้สภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของพยาบาล ทีมสุขภาพ และระบบบริการเป็นอย่างมาก (Black & Matassarin - Jacob, 1993) การมุ่งหวังให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิการ ตลอดจนการทำหน้าที่ได้ตามศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลซึ่งถือว่าการกระทำอย่างตั้งใจและจงใจ (deliberate action) โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้รับบริการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองและเพื่อสร้างระบบของการดูแล การพยาบาลจึงเน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีความพร้อมและเน้นที่การพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 1991)

การดูแลตนเองจึงเน้นถึงความเป็นอิสระของผู้รับบริการในการรับผิดชอบและควบคุมบริหารจัดการกับภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้การสนับสนุนการดูแลตนเองนั้น นโยบายของรัฐจำเป็นต้องจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ (Anderson, 1990) การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (Home Health Care) จึงเป็นบริการหนึ่งที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน (home healthcare nurse) จะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน (Cloonan & Belyea, 1993) การพยาบาลที่บ้านจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในการสนับสนุนภาวะสุขภาพ ป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถที่จะคิดและตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง และดูแลสุขภาพของสมาชิกในภาวะเจ็บป่วย

ด้วยนโยบายของรัฐที่เน้นให้ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกภายในบ้าน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤติเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงต้องตระหนักและยอมรับว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวจึงต้องเผชิญกับสภาพการเปลี่ยนแปลงภายในบ้านซึ่งเกิดจากการมีผู้ป่วย

ที่ต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกคนหนึ่งในฐานะของผู้ดูแล ในสถานการณ์เช่นนี้จึงถือว่าครอบครัวต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติ (crisis situations) (Raysdale, Yarbrough and Lasher, 1993) การพยาบาลที่บ้านจึงถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถกระทำบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลถือว่าเป็นการปฏิบัติทางสังคม (a social practice) ที่มีเป้าหมายศูนย์กลางที่ประชาชนและชุมชนในสังคมให้มีสุขภาพดี (Greenwood, 1994) เนื่องจากสิ่งแวดล้อมของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมมีผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของประชาชน ดังนั้นในบริบทการพยาบาล (nursing context) ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม การดูแล (Caring) ซึ่งเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญจึงควรอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ปรับเปลี่ยนตามยุคของกาลเวลาเช่นกัน (Sheehan, 1990) การพยาบาลซึ่งเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางทฤษฎีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การลดช่องว่างระหว่างความรู้ทางทฤษฎี การวิจัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติเป็นประเด็นสำคัญเพื่อช่วยให้พยาบาลนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมของสังคมที่เป็นจริงในปัจจุบัน การวิจัยซึ่งเป็นวิธีการที่มุ่งแสวงหาเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้โดยมีวิธีการหลากหลาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีวิจัยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล (Greenwood, 1984) Webb (1989) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหนทางนำมาซึ่งผลสำเร็จในการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและประเมินผลการนำนวัตกรรมทางการพยาบาลไปใช้ได้ (innovation in nursing)

ในปัจจุบันได้มีการนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาศึกษาทางการพยาบาลจำนวนมาก โดยศึกษาทั้งด้านการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาล ดังเช่น อาร์มิตเจและคณะ (Armitage, Champney - Smith and Andrews, 1991) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ หรือกิบบอนและลิตเติ้ล (Gibbon & Little, 1995) ศึกษาพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยสโตรค (Stroke care) อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (Chuaprapaisilp, 1989) นำวิจัยเชิงปฏิบัติการมาศึกษาด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการสอนภาคปฏิบัติทางการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเพื่อหารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2537 ; วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539 ; วัลลา ตันตโยทัย, 2540) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (จริยา ตันติธรรม, 2536) ผู้ป่วยโรคเอดส์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (พินทุสร โชตนาการ, 2539 ; สิริลักษณ์ จันทะ, 2541) ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ,

2540 ; โชมพักตร์ มณีวัต, 2541) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540)

การศึกษาหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่กล่าวมามากเลือกวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน รูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง กล่าวคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันแก้ปัญหาตลอดกระบวนการ อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของการศึกษาวิธีนี้ คือ ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้ในทุกบริบทได้ สามารถนำไปใช้เฉพาะบริบทที่มีลักษณะคล้ายคลึงหรือเหมือนกันเท่านั้น (Holter & Schwart - Barcott, 1993) ดังนั้นงานวิจัยทางการพยาบาลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงถือว่าเป็นงานวิจัยเพื่อการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการในสถานการณ์เป็นจริงในปัจจุบัน

สำหรับการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล นอกจากนั้นความสำเร็จของการพัฒนาความสามารถการดูแลที่บ้านยังต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว เครือญาติ ชุมชนในสังคม หรือแม้กระทั่งระบบบริการสุขภาพ บุคคลเหล่านี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลทั้งที่เป็นแหล่งให้ข้อมูล เป็นที่ปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือให้ความรักและกำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลกระทำบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ผู้วิจัยจึงเลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับที่ 2 ซึ่งเป็นระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual collaborative approach)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า แนวทางทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวทางวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความสอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันจะนำมาซึ่งองค์ความรู้เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaboration approach) (Holter & Schwart - Barcott, 1993) ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้วิจัย โดยอาศัยกรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางการศึกษา

ประชากร

ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยภายในบ้านเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษานี้เป็นการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงกลุ่มละ 15 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

ผู้ดูแล

1. เป็นผู้ที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นมารดา ภรรยา บิดา สามี หรือบุตร เป็นต้น และรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วย

ผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษเป็นครั้งแรก
2. อาจอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือรู้สึกรู้สีกตัวเล็กน้อย หรือรู้สึกรู้สีกตัวดีแต่มีอัมพาตครึ่งซีก
3. แพทย์เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และกระทำกิจกรรมต่างๆกับผู้ดูแลและผู้ป่วยในฐานะของผู้ร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด นักวิจัยต้องทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยต้องเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกราย โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการวิจัยหากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกเลิกได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วย ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง (ดูภาคผนวกง)

สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่บ้านของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยผู้วิจัยจะติดตามและเริ่มการวิจัยเมื่อแพทย์อนุญาตกลับบ้าน โดยกำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และบริเวณใกล้เคียง ซึ่งผู้วิจัยสามารถเดินทางไปทำการวิจัยได้ ลักษณะแหล่งที่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จะมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม ทิศเหนือและทิศตะวันตกเป็นทุ่งนาและสวนยาง หาดใหญ่เป็นเมืองศูนย์กลางความเจริญที่ใหญ่ที่สุดของภาคใต้ในด้านการค้า การอุตสาหกรรม และการคมนาคมขนส่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวจะเป็นแหล่งรายได้ให้กับเมืองหาดใหญ่เป็นจำนวนมากในแต่ละปี ประชากรส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลฯ มักอาศัยหนาแน่นในบริเวณใจกลางเมืองและประกอบอาชีพธุรกิจการค้าและการบริการ ประชากรส่วนน้อยที่อาศัยในพื้นที่บริเวณชานเมืองในเขตเทศบาลฯและบริเวณใกล้เคียงมักมีอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นสถานที่ศึกษาจึงเป็นทั้งลักษณะชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะประกอบด้วย

1. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการสัมภาษณ์ เป็นการประเมินผู้ดูแลในการกระทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แบบประเมินนี้เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การกระทำบทบาทเป็นผู้ดูแล ครอบคลุมต่อการดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การประเมินนี้เป็นการประเมินโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นคำถามปลายเปิด

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและเกณฑ์ประเมินความสามารถแบบประเมินนี้เป็นการประเมินความสามารถในการกระทำการกิจกรรม 9 กิจกรรม ได้แก่

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศอย่างเพียงพอ และไม่เกิดการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ
- 2) คงไว้ซึ่งอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 3) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 4) คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 5) คงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
- 6) สนับสนุนและส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการกระทำการกิจกรรม
- 7) ส่งเสริมความสามารถด้านการสื่อสาร ด้านความคิด อารมณ์ และการปฏิสัมพันธ์กับสังคม
- 8) ส่งเสริมความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 9) ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

ในการประเมินความสามารถของผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยจะประเมินโดยการบันทึกลักษณะการกระทำการกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมโดยละเอียด การพิจารณาความสามารถจะพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกตการดูแลของผู้ดูแลและจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษา นำร่องประสบการณ์การดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาท จำนวน 9 ราย ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะให้การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล

2. นำความรู้จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องและผลการศึกษานำร่องมาสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ชุด
3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 4 ท่าน
4. นำเครื่องมือมาทดลองใช้กับผู้ดูแล จำนวน 4 ราย

ขั้นตอนการวิจัย

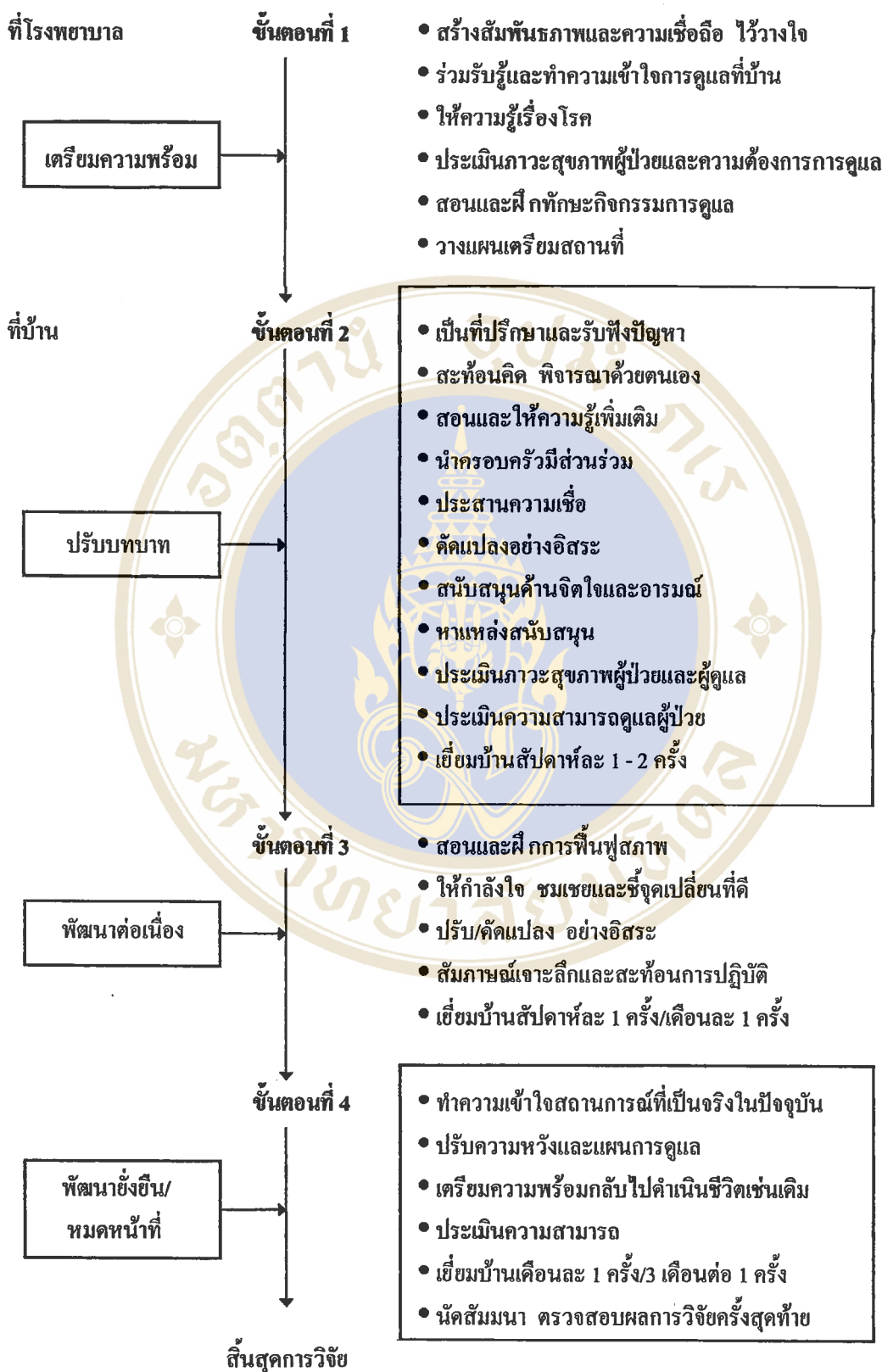
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

- 1) การเตรียมการก่อนการวิจัย 2) การปฏิบัติการวิจัย และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมการก่อนการวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมการก่อนการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาโครงการนำร่องเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ โดยศึกษาประสบการณ์การดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ราย ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลที่บ้าน การสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 4 เดือน
2. ติดตามศึกษาดูงานการพยาบาลที่บ้านของพยาบาลประจำศูนย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการและปัญหาการพยาบาลที่บ้าน
3. สร้างเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณคดีและผลการศึกษานำร่องและทดลองใช้กับผู้ดูแล 4 ราย ใช้ระยะเวลา 2 เดือน
4. ศึกษาผู้ดูแลรายกรณี (case study) 2 ราย ใช้ระยะเวลา 5 เดือน โดยมีขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นำผลการศึกษามาสร้างรูปแบบชั่วคราวการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ดูแผนภาพที่ 3)



แผนภาพที่ 3 รูปแบบชั่วคราวการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการ การดำเนินการขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงให้มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด และแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ป่วย ขออนุญาตผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่างๆของการศึกษาอย่างละเอียด
3. ผู้วิจัยอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยละเอียด
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติการวิจัยตามรูปแบบชั่วคราวการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติไว้แล้ว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อม

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ดูแล โดยการพัฒนาความสามารถในขั้นตอนที่ 1 ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพและความเชื่อถือ ไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและครอบครัว
2. สัมภาษณ์เจาะลึกการรับรู้และเข้าใจในสถานการณ์ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค การรักษาและผลการรักษา
4. ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล
5. สอนและฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล เช่น การดูดเสมหะ ให้ อาหารทางสายยาง การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ เป็นต้น
6. วางแผนการเตรียมสถานที่ที่บ้าน
7. ร่วมประเมินความสามารถภายหลังการเตรียมความพร้อม สร้างความมั่นใจ

ขั้นตอนที่ 2 ปรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

ผู้วิจัยพัฒนาความสามารถและปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

1. เป็นที่ปรึกษาและรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลหรือปรึกษาปัญหาอื่นที่อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การจัดระบบแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นต้น

2. สะท้อนพิจารณาหาแนวทางแก้ไข โดยตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. สอนและให้ความรู้เพิ่มเติม
4. นำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมรับรู้ถึงปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกัน
5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวแสดงความเชื่อด้านสุขภาพและการรักษาอย่างอิสระ ประสานความเชื่อ และเปิดโอกาสให้เลือกวิธีการรักษา วิธีการดูแล หรือปรับ/ดัดแปลงอย่างอิสระ
6. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล เข้าใจความรู้สึก ร่วมรับรู้ ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
7. หาแหล่งสนับสนุนอื่น เช่น แนะนำบริการโทรศัพท์ตามปัญหาสุขภาพของโรงพยาบาล เป็นต้น
8. สัมภาษณ์เจาะลึกเป็นระยะ เพื่อให้ทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
9. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ
10. ประเมินความสามารถดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ
11. เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

1. สอนและฝึกการฟื้นฟูสภาพเพิ่มเติม เช่น ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ ฝึกการรับประทานอาหารทางปาก เป็นต้น
2. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล
3. หาแหล่งสนับสนุน และบุคคลในเครือข่ายเพิ่มเติม
4. เปิดโอกาสปรับ/ดัดแปลง วิธีการอย่างอิสระ
5. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยร่วมกัน
6. ให้กำลังใจ ชมเชย และชี้จุดเปลี่ยนที่ดี
7. สัมภาษณ์เจาะลึกเป็นระยะ และสะท้อนการปฏิบัติ
8. เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเดือนละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความยั่งยืน/หมดหน้าที่

ผู้วิจัยพัฒนาความยั่งยืนในขั้นตอนที่ 4 ดังนี้

1. ร่วมรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ปรับความคาดหวังให้สอดคล้องกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบัน
2. เป็นที่ปรึกษา และรับฟังปัญหา
3. สัมภาษณ์เจาะลึก และสะท้อนการปฏิบัติ
4. ประเมินความสามารถดูแลผู้ป่วย
5. เยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง และ 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง (เยี่ยม 2 ครั้ง)
6. นัดสัมมนากับผู้ดูแล อาจารย์ที่ปรึกษา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่นของผลการวิจัยครั้งสุดท้าย

การปฏิบัติการวิจัยในแต่ละขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยกระทำตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีกระบวนการพัฒนาความสามารถเป็นวงจร ในแต่ละวงจรซึ่งผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดจะประกอบด้วย 1) ประเมินสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน 2) วางแผนการปฏิบัติ และ 3) ปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้จะกระทำหมุนเวียนตลอดกระบวนการวิจัย รายละเอียดของการกระทำทั้ง 3 ส่วน มีดังนี้

- 1) ระยะประเมินสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน ได้แก่
 - 1.1 การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
 - 1.2 การรับรู้ของผู้ดูแลต่อหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
 - 1.3 การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการช่วยเหลือและสัมพันธภาพของครอบครัว
 - 1.4 ปัญหาภาวะสุขภาพ ความพร้อม และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
 - 1.5 ความพร้อมและความมั่นใจในสามารถดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
 - 1.6 ปัจจัยที่สนับสนุนและอุปสรรคที่มีผลต่อความสามารถการดูแลผู้ป่วย
 - 1.7 การเตรียมพร้อมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน (เช่น การเตรียมสถานที่ เตรียมสมาชิกในครอบครัว)
 - 1.8 สรุปกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
- 2) ระยะวางแผนการปฏิบัติ ได้แก่
 - 2.1 พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระบบครอบครัวและสัมพันธภาพภายในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย แรงจูงใจ เป็นต้น
 - 2.2 ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.3 หาวิธีการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย

2.4 หาวิธีการหรือกิจกรรมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2.5 สรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ต้องกระทำร่วมกัน

3) ระเบียบปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติ ได้แก่

3.1 ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้

3.2 ประเมินการปฏิบัติและมีการสะท้อนคิดพิจารณาการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3.3 ถ้าพบปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติ จะมีการร่วมกันประเมินและมีการปรับปรุงแผนใหม่ทุกครั้ง

บทบาทผู้วิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจะกระทำบทบาทในฐานะของพยาบาล และในฐานะของผู้วิจัย ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาล ผู้วิจัยจะกระทำหน้าที่สนับสนุน กระตุ้น และช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งใช้กลยุทธ์ในการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลจะเป็นการคิด วิเคราะห์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล นอกจากนั้นผู้วิจัยยังกระทำหน้าที่ในการประสานงาน ขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือจากแพทย์ และพยาบาล พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ในการช่วยเหลือผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย ในฐานะของผู้วิจัยนั้น ผู้วิจัยจะทำหน้าที่นำข้อมูลจากการปฏิบัติการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล และนำผลการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งมาวิเคราะห์และปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลการวิจัยมาอธิบายเชิงทฤษฎีเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

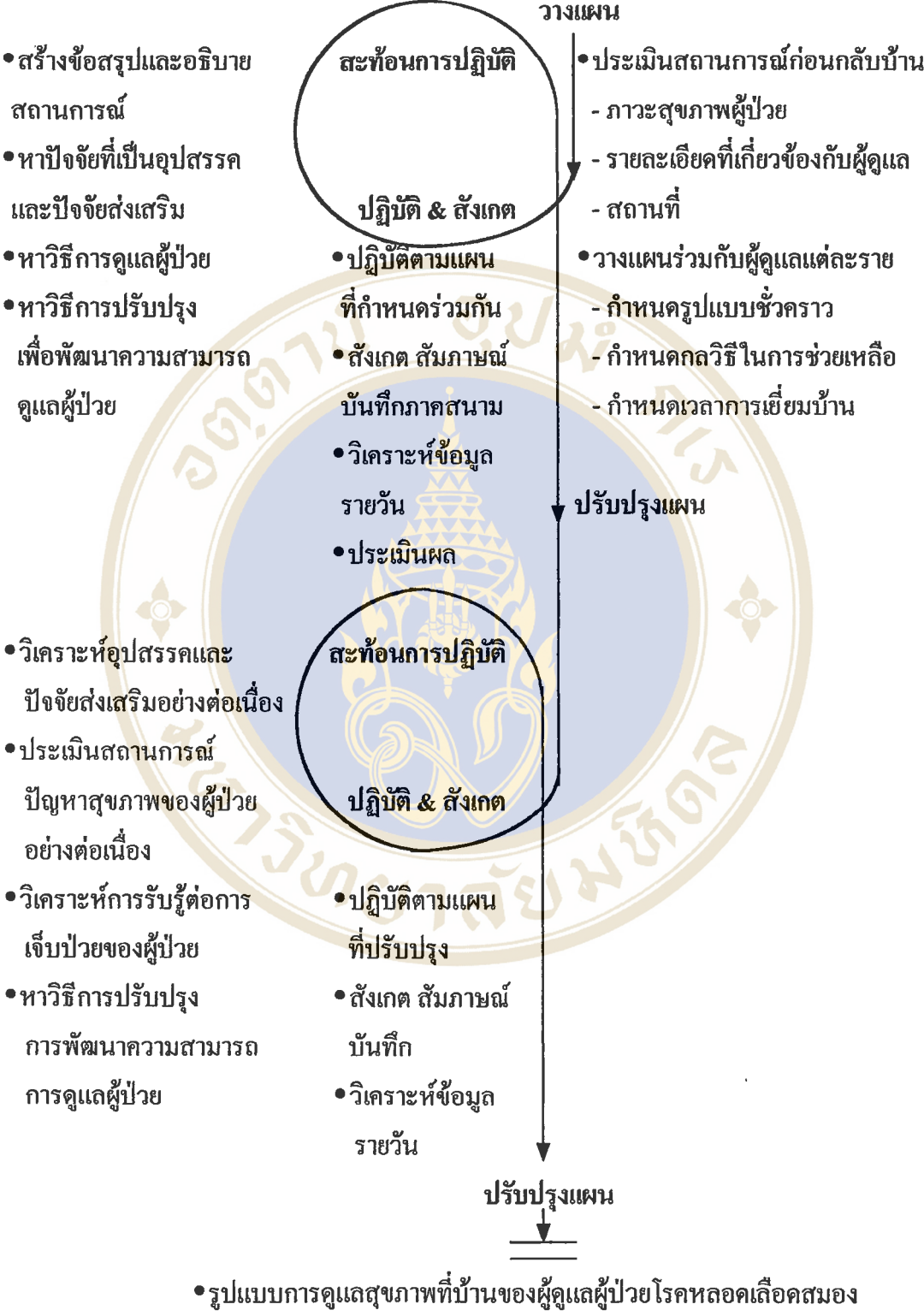
การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกเทป ถ่ายรูป จดบันทึกภาคสนาม จัดสัมมนากลุ่ม ใช้แบบประเมินตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยตรวจสอบหาความเที่ยงตรงและความเชื่อของผลการวิจัยโดยการจัดสัมมนากลุ่ม

ระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการ แพทย์ พยาบาลที่บ้าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2541 เวลา 13.00 - 17.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ให้สถิติเชิงบรรยาย
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะใช้ขั้นตอนวิเคราะห์ตามที่เสนอโดย สุภางค์ จันทวานิช (2536 : 10 -54) เป็นแนวทาง การวิเคราะห์ครั้งนี้จะเป็นการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาความสามารถการดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถการดูแล การวิเคราะห์เกิดขึ้นตลอดเวลาที่ผู้วิจัยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและผู้ป่วยในการส่งเสริมการดูแล (ดูแผนภาพที่ 4) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แต่ละครั้งจนได้รูปแบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้
 1. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การจดบันทึกในแบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจากการจดบันทึกของผู้วิจัย (personal note) มาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำดัชนีเชิงบรรยายและดัชนีตีความ ซึ่งจะกระทำทุกครั้งภายหลังการเก็บข้อมูลแต่ละวัน
 2. แปลความหมายของข้อมูล โดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนความคิดเห็นของผู้วิจัย
 3. สร้างข้อสรุปชั่วคราวที่ได้จากการตีความจากข้อมูลที่ได้รับเป็นระยะเพื่อเป็นการเชื่อมโยงแนวคิดและหาความสัมพันธ์ในขั้นต้น
 4. ทำข้อสรุปชั่วคราวที่ได้รับการตรวจสอบและยืนยันตลอดจนตัดทอนข้อมูลไม่เกี่ยวข้องออก มาเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์เพื่อตอบคำถามการวิจัย ข้อสรุปที่ได้ถือว่าเป็นองค์ประกอบย่อย เช่น วิธีการส่งเสริมการดูแล กลยุทธ์ในการส่งเสริมการดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องความสามารถการดูแลของผู้ดูแล เป็นต้น
 5. นำองค์ประกอบย่อยแต่ละระยะมาสรุปเป็นรูปแบบ โดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์แต่ละองค์ประกอบเป็นแผนผัง (diagram) ในการสื่อให้เห็นภาพรวมของรูปแบบ



แผนภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaboration Approach) (Holter & Schwartz - Barcott, 1993) ระหว่าง ผู้ดูแล ผู้ป่วย และผู้วิจัย และนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียนเป็นแนวทางการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ดูแล
2. ทำไมมาเป็นผู้ดูแล
3. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
4. ความต้องการการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
5. การดูแลที่บ้านของผู้ดูแล
6. ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
7. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล
8. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในบริบทแห่งวัฒนธรรมไทย การใช้ภาษาเรียกชื่อนุคคลจึงใช้สรรพนามที่นิยมเรียกตามภาษาวัฒนธรรม เช่น เรียกผู้สูงอายุว่า ลุงหรือป้านาน้ำชื่อ เรียก มะแทนคำว่า แม่หรือเรียก ปะ แทนคำว่าพ่อสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวไทยอิสลาม เป็นต้น

ลักษณะของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทั้งหมด 15 ราย เป็นเพศหญิง 12 ราย เพศชาย 3 ราย อายุในช่วงระหว่าง 25 - 58 ปี นับถือศาสนาพุทธ 13 ราย และศาสนาอิสลาม 2 ราย ระดับการศึกษาปริญญาตรี 3 ราย ประกาศนียบัตรชั้นวิชาชีพ 1 ราย มัธยมศึกษาปีที่ 3 4 ราย ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 4 ราย อ่านออกเขียนได้ 3 ราย ก่อนรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลประกอบอาชีพ 14 ราย เป็นอาชีพรับจ้าง 6 ราย ค้าขาย 5 ราย แม่บ้าน 2 ราย ทำงานธุรกิจส่วนตัว 1 ราย กำลังศึกษาอุดมศึกษา 1 ราย รายได้อยู่ในช่วงประมาณ 2,000 บาท - 15,000 บาท ผู้ดูแลอยู่ในสถานะภาพ

โสด 6 ราย คู่ 9 ราย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 12 ราย ครอบครัวขยาย 3 รายฐานะทางครอบครัวมีความมั่นคง 12 ราย ไม่นั่นคงมีปัญหาด้านการเงิน 3 ราย

ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ เป็นภรรยา 2 ราย เป็นมารดา 2 ราย บุตรสาว 8 รายและบุตรชาย 3 ราย ผู้ดูแลทั้งหมดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีสมาชิกคนอื่นช่วยเหลือในการดูแลบ้างในบางกิจกรรม เช่น ช่วยอาบน้ำตอนเย็น ทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ ทำอาหารเหลว ยกตัวและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ดูแล 11 รายต้องรับผิดชอบทำงานบ้านร่วมด้วย มีเพียง 4 รายมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 15)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ		อาชีพก่อนเป็นผู้ดูแล	
หญิง	12	รับจ้าง	6
ชาย	3	ค้าขาย	5
อายุ (ปี)		แม่บ้าน	2
25 - 35	5	ทำงานธุรกิจส่วนตัว	1
36 - 45	9	ไม่ประกอบอาชีพ	1
46 - 55	-	ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
56 ขึ้นไป	1	ภรรยา	2
ศาสนา		มารดา	2
พุทธ	13	บุตรสาว	8
อิสลาม	2	บุตรชาย	3
ระดับการศึกษา		หน้าที่รับผิดชอบ	
ปริญญาตรี	3	ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว	4
ประกาศนียบัตร	1	ทำงานบ้านร่วมด้วย	11
มัธยมศึกษา	4	ลักษณะครอบครัว	
ประถมศึกษา	4	เดี่ยว	12
พออ่านออกเขียนได้	3	ขยาย	3
สถานะภาพ		ฐานะทางครอบครัว	
โสด	6	มั่นคง	12
คู่	9	ไม่มั่นคง	3

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบช่วงอายุ 36 - 45 ปี ส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างยังมีลักษณะการประกอบอาชีพที่เป็นอิสระซึ่งสามารถละทิ้งหรือหยุดประกอบอาชีพชั่วคราวในขณะที่มารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ทำไมต้องมาเป็นผู้ดูแล

เมื่อครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังเช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลในเครือข่ายของสังคมที่สำคัญในอันที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวจะต้องมอบหมายให้มีบุคคลหนึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีเหตุผลสำคัญในการตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแลซึ่งสามารถแบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ 1) เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล 2) เพราะสนิทกับผู้ป่วยจึงอาสาเป็นผู้ดูแล 3) ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วย/เพราะผู้ป่วยเป็นคนดี 4) เป็นเวรเป็นกรรม 5) สามารถหยุดทำงานมาเป็นผู้ดูแลได้ และ 6) ผู้ชายควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญ ผู้หญิงไม่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล สมาชิกที่ต้องมากระทำบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภายในบ้านส่วนหนึ่งตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเมื่อพิจารณาสมาชิกคนอื่นในครอบครัวแล้ว จะพบว่าสมาชิกแต่ละคนมีข้อจำกัดในการมารับผิดชอบเป็นผู้ดูแล เช่น อายุ บางครอบครัวมีสมาชิกส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีผู้ดูแลเพียงคนเดียวที่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งสามารถรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยได้เพียงคนเดียว นอกจากอายุแล้ว บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวจะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่นำมาพิจารณา เช่น ผู้ดูแลเป็นแม่บ้าน ในขณะที่สามีเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีบุตรอยู่ในวัยเรียนหรือบุตรยังเล็กอยู่ หรือผู้ดูแลอาจเป็นบุตรคนเดียวภายในครอบครัว เป็นต้น จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลมีอาจปฏิเสธการเป็นผู้ดูแลได้ การเป็นผู้ดูแลจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ หลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังเช่นตัวอย่าง ครอบครัวอนงค์ที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรสาวคนโต สามีของอนงค์ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว และบุตรอีก 4 คนต้องเรียนหนังสือ อนงค์เป็นแม่บ้านดูแลภายในครอบครัว อนงค์เล่าว่า “แม่จ้ก็ต้องดูแลนั่นแหละ จะให้ใครดูแล พ่อจ้ต้องทำงาน...ลูกคนอื่นก็เรียนหนังสือ....ลูกเรานี่เราจ้ก็ต้องดูแล” เช่นเดียวกับครอบครัวดิ้มมีเพียง 3 คน คือ บิดา มารดา และดิ้ม พี่ชายและน้องชายทำงานต่างจังหวัด เมื่อบิดาเจ็บป่วย ดิ้มจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่ดูแล

ดื่มแล้วว่า “เป็นหน้าที่มันจะ สถานการณ์บังคับ ถ้าไม่ใช่ดื่มแล้วใครจะดูแล พี่ชายน้องชายไม่ได้อยู่แล้ว แม่ก็ไม่ไหว เราก็มั่นใจ”

2. เพราะสนิทกับผู้ป่วยจึงอาสาเป็นผู้ดูแล จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตัดสินใจเป็นผู้ดูแลเพราะมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย ในครอบครัวซึ่งผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดาและมีบุตรหลายคนทั้งที่แต่งงานมีครอบครัวหรือยังไม่มีครอบครัวก็ตาม อาจแยกครอบครัวหรือยังอาศัยภายในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย เมื่อบิดาหรือมารดาเจ็บป่วยผู้ดูแลจึงมักเป็นบุตรคนที่มีความสนิทกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลจะเป็นคนใกล้ชิดและผู้ป่วยรักมากที่สุด หรือเป็นบุตรซึ่งมักจะเอาใจใส่ห่วงใยสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและผู้ป่วยก็ให้ความไว้วางใจดูแลเมื่อเจ็บป่วยทุกครั้ง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงอาสาเป็นผู้ดูแลเอง

ดังนั้น หนึ่งหน่วยงานแยกครอบครัวมาอยู่กับสามี หนึ่งกล่าวว่า “แกคิดน้อยมากกว่าเพื่อน...แกไม่ได้อยู่ที่นี้ แต่ถ้าแกไม่สบายแกจะมาหาหน่อยให้หน่อยดูแล” หนึ่งได้บอกอีกว่า ผู้ป่วยอาศัยใกล้บ้านแม่สามี หนึ่งจะไปเยี่ยมเสมอ เมื่อผู้ป่วยไม่สบาย หนึ่งจะคอยดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง พาผู้ป่วยไปหาหมอ ผู้ป่วยจะสนิทกับผู้ดูแลมากกว่าบุตรคนอื่นๆ เช่นเดียวกับครอบครัวของพี่ที่มีสมาชิกหลายคน พี่เลยกล่าวว่า “พ่อจะสนิทกับพี่มาก ตั้งแต่ไหนแต่ไรมาแล้ว กับคนอื่นพ่อจะดู จะเอาอะไรก็ต้องเรียกพี่”

3. ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วย/เพราะผู้ป่วยเป็นคนดี ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเหตุผลสำคัญ คือ เพื่อตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและครอบครัว ดังเช่นกรณีของเนาะ ให้เหตุผลในการมาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสามีว่า “ป๊ะดีกับแม่มาตลอด ไม่เคยให้แม่และลูกๆลำบาก ไม่เคยให้เราต้องลำบาก พอป๊ะลำบากจะให้แม่ห่วงเหินก็ทำไม่ได้ ต้องคอยดูแลว่าป๊ะต้องการอะไร” ในกรณีนี้จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเป็นสามีที่ดีของผู้ดูแลและเป็นพ่อที่ดีของลูก ให้ความเอาใจใส่ดูแลครอบครัวเสมอมา เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยเพื่อ ตอบแทนความดีของผู้ป่วยที่ให้กับผู้ดูแลและครอบครัว

4. เป็นเวรเป็นกรรม การมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอีกเหตุผลหนึ่งเพราะเป็นเวรเป็นกรรม คำว่า “เป็นเวรเป็นกรรม” เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งมีความคิดว่าตนเองซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุควรได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน แต่กลับต้องมาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสามีที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน วัยสูงอายุ

เป็นวัยที่มักจะได้รับการดูแลจากลูกหลาน มิใช่วัยที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้จากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุก็ไม่เอื้ออำนวยในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วย เนื่องจากบุตรของผู้ดูแลอยู่ในวัยทำงานประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวของตัวเอง ไม่สามารถหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานได้ ดังกรณีของนางแฉะ เป็นผู้ดูแลอายุ 58 ปี ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสามี อายุ 64 ปี นางแฉะมีบุตรทั้งหมด 5 คน แต่งงานแยกครอบครัวแล้ว 4 คน บุตรคนที่ 4 ยังโสด ผู้ดูแลและผู้ป่วยมาอยู่กับบุตรสาวคนโต นางแฉะเล่าว่า “มันเป็นเวรเป็นกรรม ไม่รู้ว่าจะพูดอย่างไรจะโทษใคร ลูกก็มีกรรม ปากก็มีกรรมที่ต้องมาดูแลสูง อยู่กันมาจนแก่เฒ่าก็ต้องดูกันไป ทั้งไม่ได้ลูกมันก็ทำงานหมดไม่รู้จะทิ้งให้ใคร ปากก็แยะแฉะแล้ว ก็ดูกันไปจนกว่าจะตายไปข้างหนึ่ง”

5. สามารถหยุดทำงานมาเป็นผู้ดูแลได้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลจะต้องมีเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ดังนั้นในครอบครัวที่มีสมาชิกซึ่งสามารถหยุดพักการทำงานนอกบ้านได้ สมาชิกคนนั้นมักจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ดังเช่น ศักดิ์และวัฒน์ ผู้ดูแลชาย 2 ใน 3 คนของการวิจัยครั้งนี้ มาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพราะมีเวลาดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่จากการที่สามารถหยุดทำงานนอกบ้านได้

วัฒน์ มีพี่น้อง 8 คน วัฒน์เป็นคนที่ 6 ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวแล้ว วัฒน์เล่าว่า “เมื่อพ่อป่วย พี่สาวคนโตก็เรียกพวกเรามาคุยกันว่าใครจะดูแลพ่อ พ่อไม่รู้สีก้าว แม่ก็แก่ดูแลไม่ไหว พวกเราทุกคนทำงาน พี่ชาย 2 คนทำงานที่กรุงเทพ นอกจากนั้นทำงานที่สงขลา รับราชการบ้าง ทำงานรัฐวิสาหกิจบ้าง มีผมและภรรยาเปิดร้านขายของ คนอื่นถางานลำบาก ตอนพ่ออยู่โรงพยาบาล ผมและภรรยาจะดูแลพ่อ พี่สาว พี่ชาย บิดร้านชั่วคราว พี่สาวจึงขอให้ผมปิดร้านและดูแลพ่อ ผมก็คิดว่าดีที่สุด ค่าใช้จ่ายครอบครัวผม พี่ๆเขาก็กู้ช่วยกัน”

6. ผู้ชายควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว ผู้หญิงไม่เหมาะ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ดูแลหนึ่งรายให้เหตุผลการมาเป็นผู้ดูแลแตกต่างจากผู้ดูแลคนอื่น ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพไม่รู้สีก้าวจะมีร่างกายที่หนัก เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ผู้ดูแลจึงต้องมีพลังกำลังที่แข็งแรงเพื่อยกตัว พลิกตะแคงตัว หรือบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย ผู้ชายจึงเหมาะเป็นผู้ดูแลมากกว่าผู้หญิง ดังคำบอกเล่าของเกียรติ์ “ผมคิดว่าคนที่มาดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวแบบนี้ควรเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงถึงแม้ว่าดูแลรายละเอียดได้ดีแต่ไม่ค่อยมีแรงยกตัว ต้องพลิกตะแคงตัว ตัวพ่อนหนักมาก วันเกิดเหตุผมอยู่บ้าน ผมเป็นคนพาพ่อไปโรงพยาบาล น้องสาวเค้า

บอกว่าเค้าจะดูแล แต่ผมบอกว่าจะดูแลเอง ผู้หญิงไม่เหมาะ ไม่มีแรง ผมคิดว่าน่าจะเป็นผมดีกว่า ผมดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล”

ไม่ว่าผู้ดูแลจะมีเหตุผลในการตัดสินใจเช่นใดก็ตาม ผู้ดูแลทุกคนยินดีเสียสละชีวิตที่เป็นอิสระและส่วนตัวเพื่อมากระทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพียงเพื่อบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ด้วยความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและสายใยที่มีต่อกัน ด้วยพื้นฐานแห่งความรักและห่วงใย

ลักษณะผู้ป่วย

ลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 5 ราย อายุระหว่าง 21 - 25 ปี 2 ราย อายุระหว่าง 45 - 60 ปี 3 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป 10 ราย นับถือศาสนาพุทธ 3 ราย อิสลาม 2 ราย สถานะภาพโสด 1 ราย คู่ 11 ราย หย่า 2 ราย และหม้าย 1 ราย ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้าง 2 ราย ค้าขาย 2 ราย ไม่ประกอบอาชีพ 11 ราย ผู้ป่วย 8 รายมาด้วยอาการเป็นลมหมดสติ ผู้ป่วยอีก 7 รายมาด้วยอาการแขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีกร่วมกับมีอาการประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย ได้แก่ มุมปากตก ขาที่ปลายมือปลายเท้าซีกที่อ่อนแรง ผู้ป่วย 1 ใน 7 รายนี้มีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเส้นเลือดแตก (cerebral hemorrhage) 2 ราย จากเนื้อสมองบางส่วนตาย (cerebral infarction) 10 ราย และจากเส้นเลือดสมองตีบ (cerebral thrombosis) 3 ราย (ดูตารางที่ 2)

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ (tracheostomy tube) 2) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง และ 3) ผู้ป่วยรู้สีกตัวดีมีอัมพาตครึ่งซีกหรือเรียกกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยขอเสนอภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (ดูตารางที่ 3) พร้อมผู้ดูแล ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 5 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย คือ โตะ ลุงหุ่น ลุงเป่า และลุงน้อม เป็นเพศหญิง 1 ราย คือ คาว สภาพโดยทั่วไป

ตารางที่ 2. ลักษณะผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 15)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ		อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย)	
หญิง	5	ค้าขาย	2
ชาย	10	รับจ้าง	2
อายุ (ปี)		ไม่ประกอบอาชีพ	11
21 - 35	2	อาการนำมาโรงพยาบาล	
36 - 45	-	เป็นลมหมดสติ	8
46 - 60	3	แขนและขาอ่อนแรง	7
61 ปีขึ้นไป	10	ครึ่งซีก	
ศาสนา		การวินิจฉัยโรคหลอดเลือด	
พุทธ	13	สมองจากสาเหตุ	
อิสลาม	2	เส้นเลือดสมองแตก	2
สถานะภาพ		เส้นเลือดสมองตีบ	3
โสด	1	เนื้อสมองบางส่วนตาย	10
คู่	11		
หย่า	2		
หม้าย	1		

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (4 ราย) มีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยอย่างลึก (response to deep pain) และมีการเคลื่อนไหวของแขนขาเล็กน้อย มีเพียงกลุ่มที่ไม่มีมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดอย่างลึก แขนขาเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยทุกคนหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจสะดวกดี มีเสมหะสีขาวใสจำนวนพอสมควร มีถุงเป่าเพียงรายเดียวที่มีเสมหะมาก ไอบ่อย ขณะไอจะมีเสมหะพุ่ง เบือนบริเวณหน้าอก บางครั้งเสมหะเบือนข้างเดียวหรือพุ่งไกลถึงฝ่าผนัง บางคราวถุงเป่าไอขณะให้อาหารทางสายยางจนทำให้อาเจียน ผู้ป่วยทุกคนผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับบริเวณใด ไม่มีข้อติด คาวเพียงคนเดียวมีอาการเกร็งที่แขนขาเป็นบางครั้งเวลาบริหารกล้ามเนื้อแขนขา ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้เอง ผู้ป่วยชายใส่ถุงพลาสติกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อรองรับปัสสาวะ คาวจะถ่ายปัสสาวะรดที่นอน

ตารางที่ 3. ลักษณะภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วย	จำนวน (คน)
ไม่รู้สีกตัว / รู้สีกตัวเล็กน้อย	8
ชาย	5
หญิง	3
หายใจได้เอง	3
หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ (เจาะคอ)	5
ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	8
รู้สีกตัวดี มีอัมพาตครึ่งซีก	7
ชาย	5
หญิง	2
อัมพาตครึ่งซีกขวา	2
อัมพาตครึ่งซีกซ้าย	5
ปากเบี้ยวและมุมปากตก	2
พูดไม่ชัด	2
กลืนอาหารลำบาก	1
ปวดศีรษะ	1
ความจำสับสนเป็นบางครั้ง	1
เจาะคอและให้อาหารทางสายยาง	1
ขาที่ปลายมือ ข้อมือและข้อเท้าติด	1
ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้	6
ปัสสาวะทางสายสวนคา	1
สภาพอารมณ์จิตใจไม่ปกติ	7

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ดูแลและประวัติการเจ็บป่วย โดยย่อดังนี้

โตะ อายุ 24 ปี มาด้วยอาการไม่รู้สีกตัว จากสาเหตุหกล้ม ศีรษะฟาดพื้น แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากเส้นเลือดสมองแตก ตั้งอายุ 45 ปี เป็นมารดาของโตะ อาศัยบ้านใกล้เคียงกับโตะ โตะเกิดอุบัติเหตุขณะเดินไปซื้อนมให้ลูก เพื่อนบ้านพบเหตุการณ์และนำ

โต๊ะส่งโรงพยาบาล เมื่อศีรษะบวมจึงตามไปดูโต๊ะที่โรงพยาบาล ภรรยาของโต๊ะหนีจากบ้าน ภายหลังโต๊ะเกิดการเจ็บป่วย โต๊ะจึงต้องเป็นผู้ดูแลโต๊ะ

ลุงหุ่น อายุ 65 ปี มาด้วยอาการเป็นลม หมดสติขณะนั่งหน้าบ้าน เกียรติ อายุ 25 ปี เป็นบุตรชายของลุงหุ่น เป็นผู้พบเห็นเหตุการณ์เป็นคนแรกและเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล แม่จะให้ น้องสาวเป็นผู้ดูแลแต่เกียรติกลัวว่าน้องสาวจะขกลุงหุ่นไม่ไหว จึงบอกแม่ขอเป็นผู้ดูแลแทน

ลุงเป้า อายุ 65 ปี มาด้วยอาการเป็นลม หมดสติ เช่นเดียวกัน วันเกิดเหตุผู้ดูแลเล่าว่า วันนั้นอากาศร้อนมาก ลุงเป้าเดินออกนอกบ้านไปซื้อของ กลับบ้านจึงมีอาการเป็นลม หมดสติ ป้าแดงภรรยาลุงเป้าและลูกชายอยู่ในเหตุการณ์เป็นผู้พาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ป้าแดงเฝ้าลุงเป้า 2 - 3 วัน คิดว่าลุงเป้าคงต้องอยู่โรงพยาบาลหลายวัน ป้าแดงจึงโทรศัพท์ตามคิมซึ่งเป็นบุตรสาวคนเดียวให้มาเฝ้าลุงเป้า คิมรับจ้างขายของอยู่ที่กรุงเทพ ทุกครั้งที่บิดาหรือมารดาเกิดการเจ็บป่วย คิมจะเป็นผู้ดูแล คิม อายุ 31 ปี

ลุงน้อม อายุ 63 ปี มาด้วยอาการเป็นลมขณะนั่งเตรียมจะรับประทานอาหารเช้า ลุงน้อม ล้มหน้าฟุบที่โต๊ะอาหาร ป้าแหว่ภรรยาของลุงน้อมอยู่ในเหตุการณ์ได้เรียกบุตรสาวช่วยพาลุงน้อม ซึ่งอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวส่งโรงพยาบาลทันที ลุงน้อมมีบุตร 9 คน วัฒน์ เป็นบุตรคนที่ 4 อายุ 42 ปี ถูกเลือกให้เป็นผู้ดูแลลุงน้อม เนื่องจากวัฒน์เป็นคนเดียวที่สามารถหยุดทำงานได้ พี่น้องคนอื่น ทำงานราชการและบางคนแต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ที่กรุงเทพ วัฒน์เปิดร้านขายของที่บ้านซึ่งอาศัยใกล้เคียงกับบ้านลุงน้อม

ดาว อายุ 21 ปี มาด้วยอาการไม่รู้สีกตัว อนาคตซึ่งเป็นมารดาของดาวเล่าว่า ตอนเย็น ก่อนเกิดเหตุการณ์ ดาวกลับจากทำงาน บ่นปวดศีรษะมากขอเข้าไปนอนพัก ตอนเวลา 2 ทุ่ม อนาคตเห็นว่าดาวเข้าไปนอนนานแล้วจึงเข้าไปเรียกดาวให้มารับประทานอาหารเย็นก่อน เมื่ออนาคต เข้าไปห้องดาวและเรียกดาว จึงพบว่าดาวมีสภาพไม่รู้สีกตัว อนาคตจึงเรียกสามีและบุตรคนอื่นมา ดูดาวและพาส่งโรงพยาบาลทันที อนาคต อายุ 45 ปี เป็นผู้ดูแลเนื่องจากสามีต้องทำงาน และบุตรคนอื่นทุกคนต้องเรียนหนังสือ ดาวเป็นบุตรสาวคนโตซึ่งเรียนจบการศึกษาและทำงานแล้ว

2. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ 3 ราย เป็นผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัว 2 ราย เพศชาย 1 ราย คือ ลุงเจียว และเพศหญิง 1 ราย คือ ป้ากิม ผู้ป่วย 1 รายเป็น

ผู้ป่วยรู้สึกตัวเล็กน้อย ชื่อ ป่านิม สภาพพบว่า ป่านิมอยู่ในสภาพรู้สึกตัวเล็กน้อย สามารถลืมตา และมองตามเสียงเรียก ไม่สามารถพูดได้ตอบ แต่สามารถทำตามคำสั่งได้บ้าง ได้แก่ บอกให้ลืมตา หลับตา เมื่อเจ็บปวดจะแสดงทางสีหน้า หน้านิ้วคิ้วขมวด บางครั้งน้ำตาไหล ป่านิมสามารถ เคลื่อนไหวแขนขาซ้ายได้ แขนขาขวาเคลื่อนไหวไม่ได้ ป่ากิมอยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว มีการ ตอบสนองต่อความเจ็บปวดแบบลึก แขนขาขวาเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย แขนขาซ้ายเคลื่อนไหว ไม่ได้ สำหรับลุงเจียวอยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัวเช่นกัน แต่ไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด แบบลึกและแขนขาทั้ง 2 ข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทุกคนผิวหนังสะอาด ไม่มีแผล กัดทับบริเวณใด ปัสสาวะได้เอง ลุงเจียวใส่ถุงพลาสติกบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อรองรับปัสสาวะ ป่านิมและป่ากิมใส่ผ้ากันปัสสาวะ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ดูแลและประวัติการเจ็บป่วย โดยย่อดังนี้

ลุงเจียว อายุ 92 ปี มาด้วยอาการเป็นลม หมดสติ วันเกิดเหตุลุงเจียวหกล้มขณะเดิน ภายในบ้าน หมดสติทันที ศรีนวล ซึ่งเป็นบุตรสาวพบเหตุการณ์รีบพาส่งโรงพยาบาล หลังจาก เกิดเหตุการณ์ลุงเจียวไม่รู้สึกตัวตลอด ศรีนวลดูแลเฝ้าไข้มาตลอด ศรีนวลเป็นบุตรสาวคนสุดท้อง ในพี่น้อง 9 คน ศรีนวลอายุ 39 ปี อาศัยอยู่กับบิดามารดาและพี่สาว มารดาอายุ 84 ปี และพี่สาว อายุ 60 ปี ยังไม่แต่งงาน พี่น้องคนอื่นแต่งงานแยกครอบครัว ศรีนวลจึงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ป่ากิม อายุ 66 ปี มาด้วยอาการไม่รู้สึกตัว วันเกิดเหตุการณ์ ป่ากิมรู้สึกปวดศีรษะ ขอนอนพัก ตักดีเป็นบุตรชายและอยู่ในเหตุการณ์เล่าว่า เห็นป่ากิมนอนสักระยะมีอาการชัก และ ไม่รู้สึกตัว แขนขาขยับไม่ได้ จึงรีบพาส่งโรงพยาบาล ตักดี เป็นผู้ดูแลป่ากิมมาตลอด ตักดีมีพี่น้อง 3 คน ตักดีเป็นคนพี่ 2 อายุ 44 ปี พี่และน้องสาวทำงานรับราชการ ส่วนตักดีทำงานค้าขาย เมื่อ ป่ากิมป่วย ตักดีจึงหยุดงานมาเฝ้าป่ากิม

ป่านิม อายุ 65 ปี มาด้วยอาการเป็นลม หมดสติ กุหลาบ ซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า วันเกิด เหตุการณ์ ป่านิมอยู่บ้านพี่สาว (ปกติอาศัยอยู่บ้านพี่สาว) ขณะนั่งดูโทรทัศน์ป่านิมเป็นลม หน้าพุบ และหมีดสติทันที พี่สาวนำส่งโรงพยาบาล กุหลาบทราบข่าววันรุ่งขึ้น กุหลาบอาศัยคนละบ้าน กับป่านิม กุหลาบอายุ 36 ปี แต่งงานแยกครอบครัว มีบุตร 2 คน อายุ 4 ปี และ 2 ปี เมื่อหมอให้ ป่านิมกลับบ้าน กุหลาบจึงขอเป็นผู้ดูแลและนำป่านิมมาอยู่ที่บ้านของกุหลาบ โดยปกติเมื่อป่านิม ไม่สบาย กุหลาบจะเป็นผู้ดูแลทุกครั้ง

3. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 7 ราย มาโรงพยาบาลด้วยมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกหนึ่งซีกใด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีการทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น พุดไม่ชัด มุมปากตก กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น ผู้วิจัยขอเสนอภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลและประวัติการเจ็บป่วย โดยย่อ ดังนี้

ลุงมานิช เป็นอัมพาตครึ่งซีกขวา สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง แขนขาซ้ายแข็งแรงดี พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากซ้ายตกเล็กน้อย กลืนอาหารลำบากเล็กน้อย ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้เมื่อปวดจะถ่ายทันที ลูกนั่งและทรงตัวไม่ได้ มีอารมณ์หงุดหงิดเป็นบางครั้งโดยเฉพาะเวลาถ่ายปัสสาวะรด ลุงมานิช อายุ 64 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการรู้สึกกล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง ไม่เคยมีอาการเช่นนี้มาก่อน ต่อมาพุดไม่ชัด ปากเบี้ยว และมุมปากตก เพ็ญเป็นบุตรสาวอยู่ในเหตุการณ์เล่าว่า เมื่อพ่อเกิดอาการ ได้โทรศัพท์เรียกน้องสาวมาและพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เมื่อลุงมานิชเกิดการเจ็บป่วยมักจะเรียกเพ็ญตลอด การเจ็บป่วยครั้งนี้เพ็ญ จึงมาเป็นผู้ดูแล เพ็ญอายุ 45 ปี

ลุงฉัตร เป็นอัมพาตครึ่งซีกซ้าย สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง แขนขาขวาแข็งแรงดี มีปวดศีรษะมาก มักขอยาแก้ปวดบ่อยครั้ง มีอารมณ์หงุดหงิดมากเกือบตลอดเวลา มักเรียกให้หน้อยมาอยู่ใกล้ตลอดเวลา ลุงฉัตรจะลูกนั่งและทรงตัวไม่ได้ กลืนน้ำลำบากเล็กน้อย รู้สึกคล้ายมีอาหารติดคอ ลุงฉัตรจะมีอาการปวดไหล่ซ้ายเป็นบางครั้ง มือและเท้าบวมมาก ลุงฉัตรถ่ายปัสสาวะทางสายสวนคา (retained foley catheter) ลุงฉัตรอายุ 66 ปี มาด้วยอาการกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง วันเกิดเหตุการณ์ขณะลุงฉัตรคัดหัวบริเวณบ้าน รู้สึกกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง ต่อมามีอาการรู้สึกมุมปากตกเล็กน้อย ป้าแก้วซึ่งเป็นมารดาของสามีหน้อยและอาศัยบ้านใกล้กันเป็นผู้พาส่งโรงพยาบาล หน้อย อายุ 30 ปี เป็นบุตรสาวลุงฉัตร แต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่กับสามีและบุตร 2 คน อายุ 6 ปี และ 4 ปี พ่อแม่ของหน้อยแยกกันอยู่ ลุงฉัตรชอบอยู่คนเดียว บ้านของลุงฉัตรจะอยู่ใกล้บ้านแม่สามีหน้อย หน้อยมักจะไปเยี่ยมลุงฉัตรเสมอ และถ้าลุงฉัตรไม่สบาย หน้อยจะรับมาอยู่ที่บ้านและเป็นผู้ดูแล

ลุงคำ เป็นอัมพาตครึ่งซีกขวา สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาขวาอ่อนแรง แขนขาซ้ายแข็งแรงดี จับลูกนั่งและทรงตัวได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ จะปัสสาวะทันทีเมื่อรู้สึกปวด ไม่พบอาการทางระบบประสาทอย่างอื่น มีอารมณ์หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ลุงคำอายุ 58 ปี มาด้วยอาการรู้สึกแขนขาขวาอ่อนแรง รู้สึกปากเบี้ยว แหวพาส่งโรงพยาบาลทันที แหว อายุ 32 ปี อาศัย

อยู่กับลุงคำ มีพี่น้อง 4 คน แวเป็นคนที่สุดท้อง พี่ทั้งสามคนทำงานราชการ แวทำงานรับจ้าง เมื่อลุงคำเกิดการเจ็บป่วย แวจึงหยุดงานมาดูแลลุงคำ

ลุงปลั่ง เป็นอัมพาตครึ่งซีกซ้าย สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง แขนขาขวาแข็งแรงดี ลุงปลั่งรู้สึกตัวดีแต่บางครั้งสับสน ไม่ค่อยพูด เคี้ยวและกลืนอาหารช้า ชอบอมข้าว ลุงปลั่งควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ มักถ่ายปัสสาวะทันทีเมื่อปวด ลุงปลั่งอายุ 64 ปี อาศัยอยู่กับป้าแะ ลุงปลั่งมาด้วยอาการเป็นลมหมดสติ วันเกิดเหตุการณ์ ป้าแะเล่าว่า ลุงปลั่งเป็นลมหมดสติ ป้าแะได้เรียกให้เพื่อนบ้านพาไปโรงพยาบาล เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ลุงปลั่งรู้สึกตัวดี แต่รู้สึกกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง ป้าแะและลุงปลั่งอาศัยคนละบ้านกับบุตรสาวและบุตรชาย บ้านอยู่ห่างไกลคนละอำเภอ ลุงปลั่งเข้ารับรักษาโรงพยาบาลซึ่งตั้งในอำเภอเดียวกับบ้านของลูกสาว เมื่อแพทย์ให้ลุงปลั่งกลับบ้าน บุตรสาวได้ขอให้มาอยู่ที่บ้านก่อน แต่เนื่องจากทุกคนภายในบ้านต้องทำงานหมด ป้าแะจึงต้องดูแลลุงปลั่ง ป้าแะอายุ 58 ปี

ป้าหวาน มีอัมพาตครึ่งซีกซ้าย สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีข้อมือและข้อเท้าซ้ายติด แขนขาขวาอ่อนแรงเล็กน้อย ป้าหวานพูดไม่ชัด นุ่มปากดกเล็กน้อย กลืนอาหารได้ ลูกนั่งและทรงตัวไม่ได้ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้เมื่อปวดจะถ่ายทันที นุ่งผ้ากันปัสสาวะตลอดเวลา มีอารมณ์หงุดหงิดบ่อย ใจร้อน เมื่อต้องการอะไรจะต้องได้ทันที ป้าหวานอายุ 54 ปี มาด้วยอาการกล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีขาปลายมือเป็นบางครั้ง เมื่อเกิดเหตุการณ์ สมศรี ซึ่งเป็นผู้ดูแลพาไปนอนกับหมอบ้าน 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล ป้าหวานอาศัยอยู่กับสมศรีซึ่งเป็นบุตรสาว สมศรีอายุ 28 ปี เป็นบุตรคนสุดท้องในพี่น้อง 3 คน พี่ทั้ง 2 คนแต่งงานแยกครอบครัว ป้าหวานหย่ากับสามีหลายปีแล้ว ป้าหวานจึงอาศัยอยู่กับสมศรี

ป้าบัว มีอัมพาตครึ่งซีกซ้าย สภาพทั่วไป กล้ามเนื้อแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีขาที่ปลายมือเป็นบางครั้ง แขนขาขวาแข็งแรงดี นั่งทรงตัวได้ดี ยืนทรงตัวไม่ได้ ป้าบัวมีอารมณ์หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ปัสสาวะรดที่นอน ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ป้าบัวอายุ 67 ปี มาด้วยอาการนอนหลับ ปลุกไม่ตื่น บุตรเห็นป้าบัวตื่นสายจึงเข้าไปปลุก จึงพบว่า ป้าบัวปลุกไม่ตื่น จึงพาส่งโรงพยาบาลทันที มะลิเป็นบุตรสาว อายุ 42 ปี มะลิจะเป็นบุตรสาวคนเดียวที่จะดูแลเมื่อป้าบัวไม่สบายทุกครั้ง ในครั้งนี้มะลิจึงเป็นผู้ดูแล

มู (บางครั้งเรียกว่า ป๊ะ เช่นเดียวกับผู้ดูแลเรียก) อัมพาตครึ่งซีกซ้าย สภาพทั่วไป รู้สึกตัวดี หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ต้องใส่สายยางสำหรับให้อาหาร แขนขาซ้ายอ่อนแรง ลูกนั่งด้วยตนเองไม่ได้แต่ทรงตัวนั่งได้ แขนขาขวาแข็งแรงดี ป๊ะพูดไม่ได้ ทำตามคำสั่งและแสดงกิริยาบอกความต้องการได้ บางครั้งจะร้องไห้หรือหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ มักถ่ายปัสสาวะเบื่อนผ้าถุง มู อายุ 46 ปี มาด้วยเกิดอุบัติเหตุรถล้ม หมดสติ ผู้เห็นเหตุการณ์พาส่งโรงพยาบาล เนาะ (บางครั้งเรียกว่า มะ) อายุ 40 ปี เป็นภรรยาของ ป๊ะ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของป๊ะ

ความต้องการการดูแลและความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วย

จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมอง จากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว และสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยดังกล่าวแล้วนั้น ทำให้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ หายใจโล่ง ไม่มีเสมหะคั่งค้าง ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
2. ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ วันละประมาณ 4,000 แคลลอรี่และได้น้ำวันละประมาณ 2,000 ซีซี.
3. ร่างกายสะอาด ผิวหนังดี ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีไข้
4. ปัสสาวะสีเหลืองใส ถ่ายอุจจาระอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
5. พักผ่อนอย่างเพียงพอ สีสหน้าสดชื่น ไม่อิดโรย
6. แขนขามีการเคลื่อนไหว และได้รับการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
7. ปรับตัวกับสภาพร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลง
8. มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง
9. ฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง
10. อยู่ภายในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด และปลอดภัย

ความต้องการการดูแลดังกล่าว เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองให้ได้ครบเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่เนื่องจากผลของความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงทำให้อยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่น อันได้แก่ ผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล

เมื่อเกิดเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงเป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับตามความต้องการการดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล (คูตารางที่ 4) มีรายละเอียดดังนี้

1. ดูแลการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไม่รู้สึกรัดและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเรื่องการหายใจจากผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ ภาชนะใส่สายยางภายหลังดูดเสมหะแล้ว และภาชนะสำหรับใส่ท่อเหล็กคัม (inner tube) ผู้ดูแลจะต้องจัดสถานที่ที่บ้านและวางอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะดวกต่อการใช้ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะคั่งค้าง และไม่เกิดอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยการดูดเสมหะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยหายใจมีเสียงเสมหะ ผู้ดูแลต้องเคาะปอดเพื่อเอาเสมหะที่คั่งค้างออกอย่างน้อยวันละ 3 - 4 ครั้ง ผู้ดูแลอาจใช้การเคาะปอดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอแทนการดูดเสมหะ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลทำความสะอาดท่อเหล็กภายในโดยการถอดมาล้างและคัม ทำความสะอาดแผลรอบท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลจะต้องคอยจัดทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกพร้อมทั้งคอยสังเกตลักษณะการหายใจ ลักษณะเสมหะ ถ้าพบว่ามีลักษณะการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หอบ เสมหะมีสีเขียว มีไข้ ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล

2. คุณเลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า ลักษณะกิจกรรมการดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าในกลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยทั้งที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจกับหายใจได้เองกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มีความแตกต่างกัน ดังนี้

ตารางที่ 4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล (จำแนกตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย)

กลุ่มผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ	กลุ่มผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง	กลุ่มผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก
• ดูแลการหายใจ - ดูค塞姆หะ - สังเกตเหล็กภายใน - ทำแผลรอบคอ - เคาะปอด • เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า • เตรียมอาหารเหลวและให้อาหารทางสายยาง • ทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองปัสสาวะหรือผ้าอ้อม • ทำความสะอาดภายหลังถ่ายอุจจาระ • ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย - พลิกตะแคงตัว - จับนั่งเก้าอี้รถเข็นหรือนั่งเก้าอี้ - บริหารกล้ามเนื้อและ ข้อต่อ • สัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วย • จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย	• เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า • เตรียมอาหารเหลวและให้อาหารทางสายยาง • ทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองปัสสาวะหรือผ้าอ้อม • ทำความสะอาดภายหลังถ่ายอุจจาระ • ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย - พลิกตะแคงตัว - จับนั่งเก้าอี้รถเข็นหรือนั่งเก้าอี้ - บริหารกล้ามเนื้อและ ข้อต่อ • สัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วย • จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย	• ช่วยอาบน้ำหรือเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้า • ป้อนอาหารและน้ำดื่ม • ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ • เอากระบอกรหรือภาชนะรองเมื่อปวดปัสสาวะและทำความสะอาดร่างกายหลังถ่ายปัสสาวะ • เอากระโถนรองหรือพาไปขับถ่ายอุจจาระที่ห้องน้ำ และชำระล้างภายหลังการขับถ่าย • พินสุสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง - บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ - ฝึกนั่ง เคลื่อนย้ายร่างกายขึ้น และเดิน - ฝึกควบคุมการถ่ายปัสสาวะ - ฝึกทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าเอง - ฝึกการป้อนอาหารและดื่มน้ำ - ฝึกถ่ายอุจจาระในห้องน้ำ • ดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ • จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย กิจกรรมเพิ่มเติม สำหรับผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ และใส่สายยางในกระเพาะอาหาร • กิจกรรมเหมือนผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ

ตารางที่ 4 (ต่อ) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล (จำแนกตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย)

กลุ่มผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ	กลุ่มผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง	กลุ่มผู้ป่วย อันตรายครั้งถึง
		สำหรับผู้ป่วยปัสสาวะทางสายสวนคา - เปลี่ยนชุดสายต่ออุ้งรงองปัสสาวะ - หักสายปัสสาวะขณะยกอุ้งรงองปัสสาวะสูงกว่าเอวผู้ป่วย - สังเกตสีปัสสาวะ - พาไปเปลี่ยนสายสวนคาปัสสาวะ • ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะเอง - สวนปัสสาวะทั้งเป็นระยะ - ให้ดื่มน้ำตามกำหนด - ให้รับประทานยาป้องกัน การติดเชื้อตามแผนของแพทย์

กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูแลการทำความสะอาดร่างกาย โดยผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ในการทำความสะอาดและทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายอาจใช้วิธีการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียงเหมือนวิธีการที่ผู้ดูแลทำเมื่อดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลอาจใช้วิธีการอื่น เช่น ยกตัวผู้ป่วยนั่งเก้าอี้หรือเก้าอี้ล้อเข็นพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำและอาบน้ำผู้ป่วยวิธีเดียวกับการอาบน้ำโดยทั่วไป คือ การใช้ขันตักน้ำหรือใช้สายยางรดตัวผู้ป่วย วิธีการอาบน้ำย่อมขึ้นกับสภาพแวดล้อม และการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลจะเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยภายหลังทำความสะอาดร่างกายแล้ว โดยปกติผู้ดูแลจะดูแลสิ่งแวดล้อมภายหลังการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ผู้ดูแลดูแลเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ทำความสะอาดบริเวณรอบเตียงนอน จัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้ามักกระทำวันละ 2 เวลา คือ ช่วงเช้าและช่วงเย็น



สำหรับช่วงเวลากลางวันหรือช่วงเวลาที่อากาศร้อน ผู้ดูแลอาจเช็ดตัวให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วย
สุขสบาย

กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องดูแลทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาอีกข้างแข็งแรงก็ตาม เนื่องจากสภาพผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่งทรงตัวได้ตามลำพัง อีกทั้งในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยยังไม่เคยชินกับสภาพดังกล่าวทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลจึงต้องคอยดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยและช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายโดยผู้ดูแลอาจใช้วิธีการเช็ดตัวผู้ป่วยขณะนั่งที่เตียงหรือพาไปนั่งอาบน้ำในห้องน้ำ ผู้ดูแลอาจต้องทำความสะอาดให้ผู้ป่วยทั้งหมดหรือให้ผู้ป่วยทำในส่วนที่สามารถทำได้บ้าง เช่น ใช้มือข้างที่แข็งแรงดักน้ำราดตัวเอง ล้างหน้าเอง เป็นต้น เมื่อทำความสะอาดร่างกายแล้ว ผู้ดูแลดูแลการเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย

3. ดูแลการรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยในแต่ละวันผู้ป่วยควรจะได้รับอาหารที่มีคุณค่าประมาณวันละ 3,000 - 4,000 แคลลอรี่ และได้รับน้ำวันละประมาณ 2,000 ซีซี. ลักษณะกิจกรรมการดูแลแต่ละกลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเตรียมอาหารเหลวตามสูตรของโรงพยาบาลในปริมาณที่ต้องให้ภายใน 1 วัน และแบ่งให้แต่ละมื้อตามจำนวนที่แพทย์กำหนด หรือหากผู้ดูแลไม่มีตู้เย็นเก็บอาหารเหลว ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอาหารเหลวแต่ละมื้อหรืออาจชงอาหารสำเร็จรูปไอโซแคล (Isocal) แทนการปั่นอาหารเหลว ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถในการจัดหาหรือการเลือกแต่ละราย ผู้ดูแลจะต้องให้อาหารเหลวตามวิธีการที่ได้รับการฝึกจากโรงพยาบาลและแผ่นพับที่ได้รับแจกจากผู้วิจัย ในจำนวนและเวลาที่กำหนด นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจให้น้ำดื่มหรือน้ำผลไม้ระหว่างมื้อตามความต้องการเพิ่มเติม

กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ยกเว้น นู เป็นผู้ป่วยรายเดียวในกลุ่มนี้ที่ใส่สายยางให้อาหารเหลว ผู้ป่วยมักไม่สามารถป้อนอาหารได้เองหรือป้อนลำบาก เนื่องจากผู้ป่วย

ยังไม่เคยชินกับสภาพอัมพาตครึ่งซีกทำให้นั่งทรงตัวไม่ได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีมุมปากตกปากเบี้ยว จากกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก ทำให้มีปัญหาการป้อนอาหารเข้าปากด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องเตรียมและดูแลการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยป้อนอาหารและดื่มน้ำเอง รวมถึงคอยดูแลป้องกันมิให้ผู้ป่วยสำลักอาหารและน้ำขณะรับประทานอาหารอีกด้วย สำหรับผู้ดูแลต้องเตรียมอาหารเหลวและให้อาหารเหลวทางสายยางเช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

4. ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปัสสาวะได้เอง ยกเว้นลงฉัตรใส่สายสวนคาปัสสาวะ ภาระหน้าที่การดูแลเรื่องการขับถ่าย ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกผู้ดูแลได้เมื่อต้องการขับถ่าย ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะและถ่ายอุจจาระรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลมิให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเปื้อนร่างกายหรือผู้ป่วยนอนแช่ปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและเกิดการติดเชื้อได้ ผู้ดูแลใส่ถุงพลาสติกพันรอบอวัยวะเพศผู้ป่วยชายเพื่อให้ปัสสาวะอยู่ในถุงพลาสติก ปัสสาวะไม่รดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยเอาถุงพลาสติกออกเมื่อผู้ป่วยปัสสาวะและทำความสะอาดอวัยวะเพศพร้อมทั้งเปลี่ยนถุงพลาสติกสำหรับการถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลเช็ดทำความสะอาดภายหลังการถ่ายทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันหรือท้องผูก ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระโดยให้ยากระตุ้นการขับถ่ายทางสายยาง หรือยาเหน็บตามที่ปรึกษาแพทย์ หรืออาจจะต้องใช้วิธีการควักอุจจาระออกมา

กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จากพยาธิสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทุกคนควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยกเว้นลงฉัตร จะถ่ายปัสสาวะทันทีเมื่อรู้สีกปวด ผู้ป่วยมักถ่ายปัสสาวะเปื้อนที่นอนหรือเสื้อผ้าที่ใส่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเพศชายจะต้องคอยเอากะบอกปัสสาวะรอง และให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะในกระบอก ผู้ดูแลอาจช่วยถือกระบอกปัสสาวะและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยถือกระบอกปัสสาวะเองเมื่อรู้สีกปวด โดยวางกระบอกไว้ข้างตัวผู้ป่วย สำหรับลงฉัตรซึ่งใส่สายสวนคาปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ปัสสาวะไหลทางสายยางสะดวก ผู้ดูแลดูแลมิให้สายพับ หัก หรืออ คอยเปลี่ยนชุดสายต่อถุงรองปัสสาวะ (urine bag set) ผู้ดูแลดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าพบปัสสาวะขุ่น มีตะกอน ผู้ดูแลให้ดื่มน้ำมากๆ

อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี. หากมีปัสสาวะจุ่นร่วมกับมิใช่ ให้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันที การดูแลการถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยเพศหญิง พบว่าผู้ป่วยมักถ่ายปัสสาวะรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าถุงและผ้ารองทุกครั้ง ผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจนุ่งผ้ากันเปัสสาวะ (แพมเพอร์ส) ให้ผู้ป่วย และคอยเปลี่ยนผ้ากันเปัสสาวะให้เมื่อผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ 2 - 3 ครั้ง สำหรับการดูแลการถ่ายอุจจาระ ผู้ดูแลอาจพาผู้ป่วยไปถ่ายที่ห้องน้ำหรือถ่ายในกระโถนถ่ายอุจจาระ หรือให้ผู้ป่วยนอนถ่ายและเอาภาชนะรอง ผู้ดูแลดูแลทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

5. ดูแลเรื่องการพักผ่อนและนอนหลับ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลอาจดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนโดยให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ให้ลูกหรือหลานมาเล่นใกล้ๆ กับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจพบปัญหาผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ดูแลคอยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสงบ คอยเอาใจและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ พูดให้กำลังใจผู้ป่วย คอยดูแลจัดท่านอนมิให้ผู้ป่วยนอนทับแขนขาข้างที่อ่อนแรง ผู้ดูแลมิให้ยุงหรือแมลงมารบกวนผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจนทำให้นอนไม่หลับ ผู้ดูแลจัดหายาแก้ปวดให้รับประทานตามแพทย์สั่ง

6. ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น ผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง จับนั่งรถเข็นหรือเก้าอี้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อตามที่ได้รับการฝึกจากโรงพยาบาล และคู่มือที่ผู้วิจัยแจกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

7. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ฝึกการยืนและเดิน ผู้ดูแลอาจพาผู้ป่วยไปฝึกกับนักกายภาพบำบัด หรือผู้ดูแลเป็นผู้บริหารและฝึกให้เองตามที่ได้รับการสอนจากนักกายภาพบำบัดหรือผู้วิจัย นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องฝึกการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การป้อนอาหารและดื่มน้ำ การถ่ายปัสสาวะและอุจจาระที่ห้องน้ำ เป็นต้น หากผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องการให้หมอบ้านมาตรวจแขนขาที่อ่อนแรง ผู้ดูแลต้องจัดการพาผู้ป่วยไปตรวจกับหมอบ้านหรือจ้างมานวดที่บ้าน สำหรับผู้ดูแลที่มีปัญหาการถ่ายปัสสาวะทางสายยาง ผู้ดูแลต้องมีแผนการฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะได้เอง

8. ดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ สำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักมีปัญหาการปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด ใจร้อน อารมณ์เสีย ท้อแท้ หมดหวัง ผู้ป่วยมักกลัวถูกทอดทิ้งและต้องการให้ผู้ดูแลมาอยู่ใกล้ชิด ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลง คอยให้กำลังใจ คอยดูแลและเอาใจผู้ป่วย ผู้ดูแลสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตน เกิดความหวังและกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ สำหรับการดูแล ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ผู้ดูแลต้องดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่เช่นเดียวกับผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแลสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล การพูดคุยกับผู้ป่วยจะช่วยกระตุ้นความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย ในสภาพของผู้ป่วยที่สูญเสียการควบคุมตนเอง ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและสะดวกต่อการดูแล ดังนี้

กลุ่มไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย

การจัดสิ่งแวดล้อมควรเป็นสิ่งแวดล้อมที่สะอาด โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ลักษณะเตียงสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลควรจัดเป็นเตียงสูงเพียงพอที่ผู้ดูแลจะสะดวกขณะให้การดูแล เช่น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น ผู้ดูแลอาจดัดแปลงเตียงให้สามารถปรับระดับได้เพื่อสะดวกในการให้อาหาร อาจสั่งซื้อเตียงเหมือนกับเตียงโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมสถานที่สำหรับวางอุปกรณ์การดูแล เช่น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมวางไว้ใกล้กับผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการใช้งาน

กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากความสะอาด โล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวกแล้ว การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากผู้ดูแลต้องคอยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากบนเตียงมานั่งข้างเตียง พยุงเดินภายในบ้านและรอบบ้าน ผู้ดูแลอาจจะต้องทำราวจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกาะเดิน ระวังมิให้พื้นเปียกน้ำซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยลื่นล้มได้ ผู้ดูแลอาจปรับห้องน้ำให้เหมาะกับผู้ป่วย เช่น ทำราวจับ ทำโถส้วมแบบนั่งชักโครกแทนการใช้ส้วมซึม เป็นต้น ผู้ดูแลอาจทำรั้วไฟฟ้าติดผนังข้างหัวเตียงสำหรับให้ผู้ป่วยก้มเมื่อต้องการเรียกผู้ดูแล ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

จึงต้องคำนึงถึงความสะดวก อาภาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัย และสะดวกต่อผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง

ปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลตั้งแต่เมื่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดขึ้นจนกระทั่งต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การส่งเสริมการดูแล ผลการศึกษามีดังนี้

การรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกคนจะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (9 ราย) มาด้วยอาการเป็นลม หมคสติ และไม่รู้สีกตัว ดังเช่นกรณีของดาวอนงค์ซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า ตอนเย็นก่อนเกิดเหตุการณ์ ดาวกลับมาจากทำงานบนรู๊ตูปวดศีรษะ ขอนอนพัก ดาวเข้าไปนอนพักในห้อง ช่วงกลางคืนเวลาประมาณ 2 ทุ่ม อนงค์เข้าไปดูดาวที่ห้องพบว่าดาวอยู่ในอาการหมคสติ ไม่รู้สีกตัว อาการของดาวเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง (6 ราย) พบว่าเกิดอาการกล้ามเนื้อแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงทันที และอาจมีอาการทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น พุดไม่ชัด มุมปากตก กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น ดังเช่นกรณีของลุงมาโนช เพ็ญซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า ขณะลุงมาโนชนอนดูโทรทัศน์ เริ่มมีอาการขาที่ปลายมือและเริ่มรู้สีกว่ายากแขนขาไม่ได้จึงเรียกเพ็ญ ขณะที่เพ็ญเข้ามาดูอาการของลุงมาโนชยังพบว่า ลุงมาโนชพุดตะกุกตะกัก พิงไม่ชัด มุมปากตกเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าลักษณะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างกะทันหัน อาจมาในลักษณะเป็นลมหมคสติ หรือกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก

เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยกะทันหันเช่นนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) อยู่ในเหตุการณ์ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตกใจไม่ทราบว่าจะอะไรเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร รู้สีกกลัว สับสน ผู้ดูแลมักร้องเรียกสมาชิกคนอื่นภายในบ้านมาช่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะตกใจกลัวและรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ดังกรณีของลุงน้อม วัฒนซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า “เดินออกมา เห็นพ่อเป็นลม หมคสติ ตกใจมาก เรียกแม่มาดู แม้อยู่ตกใจใหญ่เลย ตอนนั้นไม่รู้จะทำอะไรดี แม่

บอกว่าพาพ่อไปโรงพยาบาลเลย” ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่ง (7 ราย) จะทราบข่าวการเจ็บป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 - 3 วัน มีเพียง คิม รายเดียวที่ทราบข่าวการเจ็บป่วยของบิดาประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อผู้ดูแลทราบข่าวการเจ็บป่วยและมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เห็นสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกสงสัยว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างไร ผู้ดูแลจะถามญาติที่เฝ้าว่าแพทย์บอกว่าเป็นอะไร ผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วง วิตกกังวล และกลัวว่าผู้ป่วยจะรักษาไม่หาย

โดยสรุป เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ผู้ดูแลทุกคนจะรู้สึกตกใจ กลัว สับสน สงสัยว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วงและวิตกกังวล กลัวว่าจะรักษาไม่หาย

ปรากฏการณ์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (ก่อนเข้าโครงการ)

เริ่มเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ดูแล

เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเฝ้าไข้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา การที่ผู้ดูแลเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้ที่จะเป็นผู้ดูแลด้วยวิธีการ 1) สังเกต 2) ถามพยาบาลและญาติผู้ป่วยข้างเตียง 3) พยาบาลสอน และ 4) หมอบอก ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. สังเกต การสังเกตเริ่มจากผู้ดูแลยืนหรือนั่งเฝ้าไข้ข้างเตียงผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลจะเห็นบรรยากาศการทำงานของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติเตียงอื่นในระยะแรกผู้ดูแลยืนหรือนั่งดูอาการผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่กล้าและไม่แน่ใจจะทำอะไรให้ผู้ป่วยได้บ้าง เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยไอมีเสมหะออกจากท่อทางเดินหายใจ หรือสายท่อที่ครอบออกซิเจนหลุด เป็นต้น ผู้ดูแลจะไปบอกพยาบาลทันที เมื่อผู้ดูแลเฝ้าไข้ไประยะหนึ่ง ผู้ดูแลเริ่มคุ้นเคยสถานที่ ผู้ดูแลเริ่มสังเกตวิธีการดูแลผู้ป่วยจากที่พยาบาลมาดูแลผู้ป่วยที่เตียงอื่น สังเกตญาติผู้ป่วยข้างเตียงดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงเริ่มให้การดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกเป็นกิจกรรมง่ายๆ เช่น เช็ดหน้าผู้ป่วย ทำตามที่คุณพยาบาลร้องขอ เป็นต้น

2. **ถามพยาบาลและญาติผู้ป่วยข้างเตียง** เมื่อผู้ดูแลคุ้นเคยกับสภาพที่โรงพยาบาลและสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลซักถามพยาบาลที่ผู้ดูแลรู้สึกคุ้นเคยและซักถามพูดคุยกับญาติผู้ป่วยเตียงใกล้เคียงกันที่มีลักษณะการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน จากการซักถามร่วมกับการสังเกตวิธีการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลกล้าดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ลักษณะของกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำเริ่มจากกิจกรรมที่ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย เป็นต้น

3. **พยาบาลสอน** เนื่องจากผู้ดูแลจะเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจากการที่ผู้ดูแลเฝ้าไข้เกือบตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะสอนวิธีการดูแลในกิจกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยไอมีเสมหะออกจากท่อนทางเดินหายใจ พยาบาลจะสอนให้ผู้ดูแลเปิดเครื่องดูดเสมหะและเอาส่วนปลายของสายยางมาดูดเสมหะรอบท่อนทางเดินหายใจ หรือสอนให้ผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติ สอนการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เช็ดตัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีไข้ เป็นต้น

4. **หมอบอก** จากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเรียนรู้วิธีการดูแลจากแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย ผู้ดูแลบอกกับผู้วิจัยว่า ขณะที่หมอดตรวจอาการผู้ป่วยประจำวัน ผู้ดูแลมีโอกาสดูหมอบเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสังเกต ถามพยาบาลและญาติผู้ป่วยข้างเตียง พยาบาลสอน และหมอบอก

ความรู้สึกเมื่อเป็นผู้ดูแล

จากการที่ผู้ดูแลเฝ้าไข้ผู้ป่วยขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลเห็นสภาพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อีกทั้งยังเห็นวิธีการรักษาและการดูแลจากแพทย์และพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวส่วนใหญ่มักมีปัญหาการหายใจ ผู้ดูแลอาจเห็นสภาพผู้ป่วยหายใจลำบาก มีไข้สูง บางช่วงแพทย์อาจใส่เครื่องช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจน บางครั้งผู้ดูแลพบว่าอาการผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีไข้ หายใจสะดวกดี แต่บางครั้งกลับมีปัญหาเช่นเดิม สำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแลมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ร้องเรียกผู้ดูแลเกือบตลอดเวลา ปวดศีรษะ

ดังนั้นจากการที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าไข้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเช่นนี้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึก คือ

- 1) ไม่เข้าใจว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น 2) เป็นห่วงและกลัวจะตาย 3) ไม่แน่ใจในการรักษา และ
- 4) สงสารกลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน ความรู้สึกดังกล่าว ผู้วิจัยขอเสนอในรายละเอียดดังนี้

1. ไม่เข้าใจว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างกระทันหัน จนกระทั่งผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ดูแลทุกคนต่างมีความรู้สึกที่ตรงกัน คือ ไม่เข้าใจว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ทำไมผู้ป่วยจึงเกิดอาการเจ็บป่วยและอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว หรือมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมักมีความรู้สีกว่าก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรง อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวดเร็วมาก และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลเห็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยจึงมีอาการเปลี่ยนแปลงไปเช่นนั้น

ดังเช่นกรณีของเนาะซึ่งเป็นผู้ดูแลโตะ เนาะมักถามผู้วิจัยหรือพยาบาลถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย “โตะมีไข้บ่อยมาก พอมีไข้จะเห็นโตะหายใจไม่ดีทุกที พอหายจากไข้ก็กลับเป็นอีก ทำไมโตะจึงเป็นอย่างนี้บ่อยๆ” โตะมีปัญหาคิดเชื่อระบบทางเดินหายใจ แพทย์รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะขนาดสูง และให้ออกซิเจนเป็นบางครั้ง กรณีของแวซึ่งเป็นผู้ดูแลลุงคำ แวมักมีสีหน้าสงสัยและหงุดหงิดเมื่อลุงคำเรียกแวให้มาดูตลอดเวลา บางทีแวมักถามถึงสาเหตุถึงการเจ็บป่วยของลุงคำ แวจะถามถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลุงคำทุกอย่างกับผู้วิจัย บางครั้งเมื่อแวรู้สึกหงุดหงิดมักจะบ่นผู้ป่วยเป็นภาษาใต้ว่า “บีนไร่...หล่าว” (เป็นอะไรอีก)

2. เป็นห่วงและกลัวจะตาย จากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแลทุกคนมีความเป็นห่วงผู้ป่วยกลัวว่าการเจ็บป่วยจะเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งจะพบสภาพผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว อีกทั้งแพทย์ยังทำการเจาะคอให้ผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งอาจพบเห็นผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา สภาพผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงนั่งทรงตัวไม่ได้ ดังเช่นกรณีของลุงเป่า ดิมซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า “ตอนเฝ้าอาเจ็กเป็นห่วงมากเลย บางครั้งอาเจ็กหายใจไม่ออก บางครั้งก็ไอมาก กลัวอาเจ็กจะตาย” ขณะอยู่โรงพยาบาล ลุงเป่ามีปัญหาการหายใจ ลุงเป่าจะมีการไอบ่อยครั้ง ไอบจนกระทั่งหอบ ซึ่งทำให้ดิมเป็นห่วง ดิมเป็นผู้ป่วยอีกรายหนึ่งซึ่งอนงค์เป็นห่วงและกลัวจะตาย อนงค์เล่าว่า “วันนี้ดาวหายใจไม่ดีเลย หายใจเร็วหมอและพยาบาลมาดูและให้เข้าห้องไอซียู แม้จำเป็นห่วงดาวมาก กลัวดาวจะตาย”

3. ไม่แน่ใจในการรักษา จากการเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไประยะหนึ่ง ทำให้ผู้ดูแลเห็นอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บางช่วงผู้ดูแลส่วนหนึ่งเห็นผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและแพทย์มาดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นบางช่วง พยาบาลมาวัดความดันและชีพจรทุกชั่วโมง บางช่วงผู้ดูแลเห็นผู้ป่วยหายใจได้เอง แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจและอาจกลับใส่เครื่องช่วยหายใจอีกเป็นบางครั้ง หรือผู้ดูแลส่วนหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลพบว่าแพทย์เดินเข้ามาดูอาการและเดินออกไปโดยมิได้พูดหรือตรวจอะไร หรืออาจเข้ามาตรวจหรือถามเพียงเล็กน้อย ผู้ดูแลรู้สึกว่าการไม่ได้รับการรักษาอะไรนอกจากได้รับยาเม็ดรับประทาน การเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา ผู้ดูแลไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือดีเพียงพอจากแพทย์

ดังกรณีของลุงคำ แวซึ่งเป็นผู้ดูแลเล่าว่า “ไม่รู้ซี ไม่แน่ใจเหมือนกัน ไม่รู้ว่าหมอจะรักษาดีหรือเปล่า เห็นให้ทานแต่ยาไม่เห็นทำอะไรเลย” เช่นเดียวกับกรณีของลุงฉัตร ซึ่งครั้งแรกแพทย์วางแผนว่าจะผ่าตัดสมอง หน้อยเล่าว่า “เมื่อวานบอกว่าจะผ่าตัดสมอง ตอนนี้นบอกไม่ต้องแล้วให้กลับบ้าน ไม่รู้ว่าหมอจะรักษาอย่างไรกันแน่”

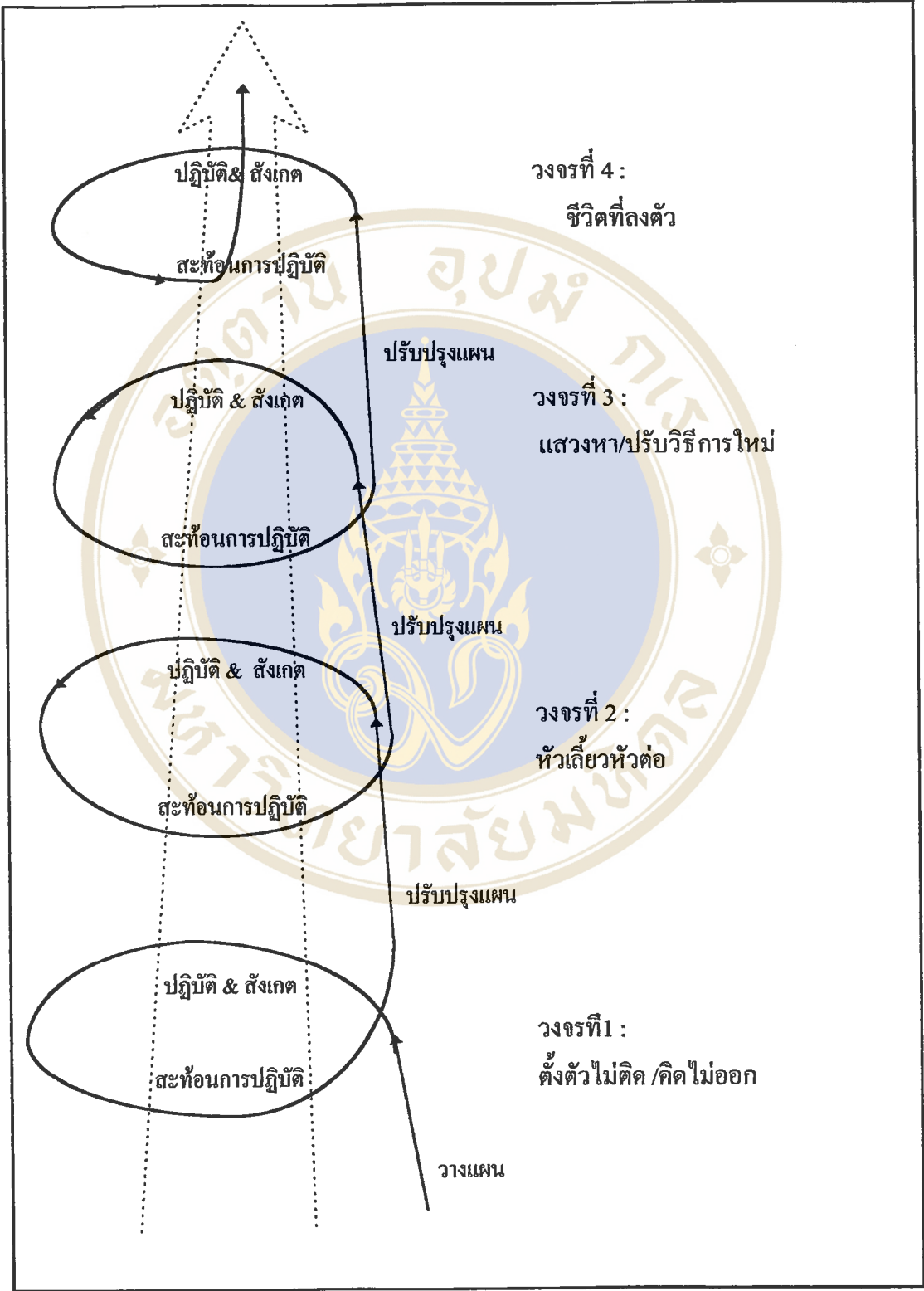
4. สงสารกลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน การเฝ้าไข้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลเห็นอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะรู้สึกสงสาร กลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการที่ผู้ดูแลเห็นแพทย์ใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเห็นพยาบาลดูดเสมหะผู้ป่วยบ่อยครั้ง เมื่อผู้ดูแลมองสีหน้าผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความสงสารผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเห็นผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลคิดย้อนกลับก่อนการเจ็บป่วยที่เห็นผู้ป่วยเดินและช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสงสารและคิดว่าผู้ป่วยคงทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากที่ไม่สามารถเดินได้ ดังกรณีของลุงเป่าที่มักโอบอ้อมครั้ง ดิมเล่าว่า “สงสารอาเจ็กมากเลย ถูกดูดเสมหะมาก เวลาดูดอาเจ็กคงเจ็บมาก อาเจ็กคงทุกข์ทรมานที่เป็นอย่างนี้” หรือกรณีของอนงค์ซึ่งดูแลดาว อนงค์จะไม่ยอมดูดเสมหะรอบคอของดาว อนงค์เล่าว่า “แม่จำไม่กล้าห rokok ดาวคงทรมานมาก แม่จำเห็นแล้วสงสาร” หรือกรณีของมาโนชที่มีอาการหงุดหงิดมาก เพ็ญเล่าว่า “เมื่อก่อนพ่อชอบเดินไปบ้านโน้นบ้านนี้ไม่ได้หยุดเลย ตอนนี้เดินไม่ได้ สงสารพ่อ พ่อคงทรมานนะที่เดินไม่ได้”

โดยสรุป ความรู้สึกเมื่อเป็นผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่เข้าใจว่าทำไมจึงเป็นเช่นนี้ เป็นห่วงและกลัวจะตาย ไม่แน่ใจในการรักษา และสงสารกลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นเมื่อแพทย์มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้วิจัยค้นพบว่า ผู้ดูแลจะผ่านปรากฏการณ์แต่ละช่วงที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์และเรียกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเสนอกระบวนการปรับเปลี่ยนนี้เป็นวงจรการวิจัย 4 วงจร (ดูแผนภาพที่ 5) อันได้แก่ 1) ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก 2) หัวเลี้ยวหัวต่อ 3) แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่ และ 4) ชีวิตที่ลงตัว

กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเริ่มจากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลรับรู้จากแพทย์หรือพยาบาลว่าแพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลรู้สึกตกใจ หนักง กังวล กลัว สับสน ไม่เข้าใจว่าทำไมหมอให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านได้อย่างไร ปรากฏการณ์นี้ ผู้วิจัยเรียกว่าวงจร **“ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก”** ในวงจรนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ผู้ดูแลพบปัญหาการดูแลผู้ป่วย รู้สึกท้อแท้ สับสน ปรากฏการณ์นี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเรียกว่าเป็นวงจร **“หัวเลี้ยวหัวต่อ”** การส่งเสริมการดูแลของผู้วิจัยจึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดจนสามารถจัดระบบตัวเอง เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการรักษาอื่นหรือเริ่มปรับวิธีการดูแลจากที่เคยดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ปรากฏการณ์ในวงจรนี้ ผู้วิจัยเรียกว่า วงจร **“แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่”** การส่งเสริมในวงจรนี้เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการเลือกวิธีการดูแลอย่างอิสระ ปรากฏการณ์นี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้ดูแลพบว่าวิธี การหรือการรักษาใดเหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่มีการแสวงหาวิธีการใหม่ ปรากฏการณ์นี้จะนำมาซึ่งปรากฏการณ์สุดท้ายที่ผู้วิจัยเรียกว่า **“ชีวิตที่ลงตัว”** ปรากฏการณ์นี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยจะต้องเป็นผู้ดูแลตลอดไปตราบนานวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง การส่งเสริมการดูแลที่สำคัญของวงจรนี้ คือ การคงไว้ซึ่งคุณภาพของการดูแลที่ยั่งยืน แต่สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถฟื้นฟูสภาพได้ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย การส่งเสริมจึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และผู้ดูแลพ้นภาระการเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งยังต้องดูแลผู้ป่วยเป็นบางส่วน ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดแต่ละวงจร ดังนี้



แผนภาพที่ 5 กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วงจรที่ 1 ตั้งตัวไม่ติด / กิดไม่ออก

เริ่มจาก งุนงง ตกใจ ไม่เข้าใจ จนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวงจรวิจัยนี้ (ดูแผนภาพที่ 6) เริ่มต้นเมื่อผู้ดูแลรับทราบว่าแพทย์มีแผนการให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความรู้สึกตกใจ งุนงง ไม่เข้าใจว่าทำไมแพทย์จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านทั้งที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจหรือผู้ป่วยมีสภาพแขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีกยังไม่สามารถนั่งหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลมักเกิดคำถามว่า “ทำไมหมอจึงอนุญาตให้คนไข้กลับบ้านทั้งที่ยังไม่หาย” ผู้ดูแลมักมีการรับรู้ว่าคุณภาพผู้ป่วยเช่นนี้แพทย์น่าจะรักษาต่ออีกสักระยะหนึ่ง รองลงมาผู้ป่วยจะสามารถหายใจได้เองหรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แขนและขาแข็งแรงขึ้นพอที่จะเดินและหยิบของได้ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลรับทราบว่าแพทย์ให้กลับบ้าน ผู้ดูแลจึงรู้สึก “ตั้งตัวไม่ติด” ไม่คาดคิดว่าแพทย์จะให้กลับบ้านเร็ว ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งเกิดความคับข้องใจและสงสัยว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้วจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร และถ้ามีปัญหาเกิดขึ้น เช่น หายใจไม่ออก ชัก หรือปวดศีรษะมาก ผู้ดูแลจะช่วยเหลือแก้ปัญหาเช่นใด ผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องใช้เครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์เครื่องใช้อื่นๆ เช่น หม้อต้มท่อภายในชุดทำแผลรอบท่อ เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะต้องให้อาหารทางสายยางร่วมด้วยซึ่งจะต้องมีเครื่องปั่นอาหาร ผู้ดูแลเกิดปัญหาการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย พบปัญหาค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ ผู้ดูแลเหล่านี้จึงอยู่ในสภาพ “กิดไม่ออก”ว่าจะดูแลผู้ป่วยได้เช่นใด ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งมักเจรจาต่อรองกับแพทย์หรือพยาบาลเพื่อขอเลื่อนระยะเวลากลับบ้าน

ดัชนีของลุงฉัตร มาด้วยอัมพาตครึ่งซีกซ้ายและเข้ามารับการรักษาได้เพียง 4 วัน หน้อยเล่าว่า “ทำไมไม่ให้พ่อกลับบ้านแล้ว เมื่อวานยังขอเอ็กซ์เรย์สมองบอกว่าอาจต้องผ่าตัด วันนี้ให้กลับบ้านแล้ว พ่อยังปวดหัวอยู่เลย เขียวก็ไม่ออก หมอบอกให้กลับบ้าน” เช่นเดียวกับกรณีของดาว ซึ่งอยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ อดงค์เล่าว่า “ให้กลับบ้านได้อย่างไร หายใจยังไม่ค่อยดีเลย คอยให้เอาท่อเหล็กออก หายใจได้เองก่อนไม่ได้หรือ” กรณีของ คีระครอบครัวของคีระประกอบด้วยสามีและลูกอีก 7 คนซึ่งอยู่ในวัยเรียน สามีของคีระรับจ้างขนผัก รายได้วันละประมาณ 165 บาท ส่วนคีระมีอาชีพขายขนมที่ตลาดสด เมื่อไอ้ตะเกิดการเจ็บป่วย คีระจึงหยุดขายขนมและมาเฝ้าไข้บุตรชาย คีระเล่าว่า “คราวนี้มีปัญหาจะกลับบ้าน มะอยากจะกลับทำไมไม่อยากรากลับ (พูดด้วยเสียงสะอื้น) มีปัญหาเรื่องเงิน พันกว่าบาทไม่มีที จะต้องซื้อเครื่องปั่น



แผนภาพที่ 6 : วงจรที่ 1 : ตั้งตัวไม่ติด/ติดไม่ออก

อาหารให้เขากิน ที่เขากินอาหารเหลวแล้วว่าหนักกว่าบาท ที่บ้านก็ไม่มีอะไร อยู่แบบบ้านๆ ก็น่าจะกลับ แต่ของที่บ้านยังไม่ได้จัด ไม่รู้ว่าจะเตรียมก็อย่าง เครื่องดูแลแผล เครื่องปั่นไม่มี

ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาดูตามปรากฏการณ์ในช่วงนี้ พบว่า

1. **ไม่รู้และไม่เข้าใจ** จากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลทุกคนพบปัญหาคือ ไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค การรักษา และการดูแล ผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกิดขึ้นได้อย่างไร และผู้ป่วยจะได้รับการรักษา การดูแลอย่างไร อีกทั้งผู้ป่วยจะรักษาหายหรือไม่ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่กล้าซักถามข้อสงสัยจากแพทย์และพยาบาล รู้สึกเกรงใจที่แพทย์และพยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยหลายเตียง ไม่รู้ว่าจะถามตอนไหน กับใคร หรือไม่รู้ว่าจะถามอย่างไร ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล

ผู้ดูแลมักได้ข้อมูลจากพยาบาลอื่นๆทำให้ไม่เข้าใจว่าทำไมเป็นเช่นนั้น เช่น “สมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว” หรือ “คอยสังเกตนะถ้าผู้ป่วยหายใจได้ยินเสียงครีๆหรือหายใจเร็ว ให้รีบมาบอกทันที” หรือ “ถ้ามีเสมหะออกตรงรูนี้ (ท่อนทางเดินหายใจ) เปิดเครื่องและเอาส่วนปลายของสายนี้ครอบๆ” เป็นต้น นอกจากนั้นจากการที่พยาบาลคัดเวรดูแลผู้ป่วยทำให้บางครั้งผู้ดูแลรับทราบข้อมูลไม่ตรงกันทำให้เกิดความสับสน ไม่เข้าใจ ไม่ทราบว่าจะเชื่อข้อมูลจากใคร ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลรับทราบว่าแพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านจึงทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ทราบว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร และถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้นผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร

2. ต้องหยุดทำงาน เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างกระทันหันอันนำไปสู่ผลกระทบต่อโครงสร้างภายในครอบครัว ครอบครัวจะต้องจัดการให้มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเป็นผู้ดูแล สมาชิกซึ่งได้รับมอบหมายหรืออาสาเป็นผู้ดูแลจะต้องจัดการกับภาระกิจที่รับผิดชอบเดิมเพื่อมากระทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องเริ่มดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องมาที่บ้าน ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลทุกคนที่ประกอบอาชีพจำเป็นต้องละทิ้งจากการทำงานมากระทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่เป็นแม่บ้านดูแลครอบครัวจะต้องจัดการกับภาระหน้าที่ทำงานบ้านและมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งซึ่งกำลังศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องหยุดการศึกษาชั่วคราวเพื่อดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระหนึ่งที่เข้ามาสู่แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องหยุดทำงานนอกบ้าน

3. ผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ถึงสถานการณ์และความจำเป็นที่ต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรือสภาพอัมพาตครึ่งซีกซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ อีกทั้งยังต้องการการฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีปัญหาดูแลสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านการเงินในการจัดหาซื้อเตียง เครื่องดูดเสมหะพร้อมอุปกรณ์เครื่องใช้ เครื่องปั่นอาหารเหลว ไม่มีตู้เย็นสำหรับเก็บอาหาร ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งไม่รู้จะเตรียมสถานที่ให้เหมาะสมและสะดวกต่อการดูแลอย่างไร ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งจะต้องวางแผนจัดเตรียมให้ผู้ป่วยซึ่งเดิมอาศัยคนละบ้านกับผู้ดูแลมารักษาตัวต่อที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องปรึกษากับครอบครัวในการพาผู้ป่วยมาที่บ้าน การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้จึงเป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแล 2 รายเตรียมพร้อมที่จะพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลไม่เกิดภาวะตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก เมื่อแพทย์ให้กลับบ้าน เกียรติมีโอกาสดูแลลูกหุ้ในในห้องพิเศษเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากลูกหุ้มีอาการทางระบบประสาทคงที่ ไม่รู้สึกตัว แพทย์อนุญาตให้ย้ายเข้าห้องพิเศษ การดูแลผู้ป่วยในห้องพิเศษทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังพยาบาลจะมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ เช่น เวลาเปลี่ยนผ้าปูเตียง วัดปรอท ฉีดยา และให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น เกียรติจึงมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สำหรับทีมเตรียมพร้อมที่จะพาลูกหุ้กลับบ้านเนื่องจากรับรู้ว่าจะแพทย์ต้องให้ลูกหุ้กลับบ้านในสภาพไม่รู้สึกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเช่นนี้ เมื่อทีมเตรียมกลับบ้าน ลูกหุ้มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำให้แพทย์ต้องรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อ การยืดระยะเวลาการกลับบ้านทำให้ทีมเตรียมสถานที่ที่บ้านอีกทั้งมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ในวงจรที่ 1

การส่งเสริมการดูแลในวงจรที่ 1 คือ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล กิจกรรมการพยาบาล คือ 1) ให้ข้อมูล 2) สอนและฝึกทักษะ และ 3) ประสานงานขอความช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพ

1. ให้ข้อมูล การส่งเสริมการดูแลที่สำคัญอันดับแรก คือ สร้างความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ สาเหตุ และโอกาสหายจากโรค ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ เน้นให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจว่าแพทย์ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยหายหรือเดินได้เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ที่สำคัญสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเท่าที่บ้าน เนื่องจากที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย บรรยากาศรอบตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีแต่ความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความหดหู่ ไม่สบายใจ ดังนั้นแผนการรักษาของแพทย์จึงเป็นการรักษาให้ผู้ป่วยผ่านพ้นอันตรายจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเท่านั้น ผู้ดูแลควรดูแลเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยต่อที่บ้าน ผู้วิจัยเล่าประสบการณ์การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดูแล นอกจากนั้นผู้วิจัยยังบอกถึงแผนการเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือของผู้วิจัยซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยรวมถึงความคาดหวังต่อการรักษาก่อนเพื่อเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแล

2. **สอนและฝึกทักษะ** การสอนและฝึกทักษะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในวงจรที่ 1 การสอนและฝึกทักษะจะเน้นกิจกรรมการดูแลที่เป็นปัญหาของผู้ดูแลและยังเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จุดสำคัญของการสอน คือ ผู้วิจัยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งที่ไม่ยาก อีกทั้งผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับการเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลร่วมกับครอบครัวจะทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแล ร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดกับผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ครอบครัวช่วยเหลือผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยสอนและฝึกทักษะในหัวข้อเรื่อง ดังต่อไปนี้

- 2.1 การดูแลผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ มี 6 ราย
- 2.2 การให้อาหารทางสายยาง มี 9 ราย
- 2.3 การดูแลผู้ป่วยปัสสาวะทางสายสวนคา มี 1 ราย
- 2.4 การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ มี 5 ราย
- 2.5 การดูแลผู้ป่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ มี 12 ราย

ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนแบบสาธิตและให้ผู้ดูแลกระทำในสถานการณ์จริงภายหลังการสอนอย่างน้อย 1 ครั้ง สำหรับผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการเตรียมอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกระทำด้วยตนเองตลอดทุกขั้นตอนและกระทำหลายครั้งเท่าที่เป็นไปได้ สำหรับผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการเตรียมสั้น ผู้วิจัยจะเน้นในส่วนสำคัญที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำให้ได้ เช่น ในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ผู้วิจัยจะเน้นการจัดท่า การดูดเสมหะก่อนให้อาหาร การทดสอบดูดอาหารก่อนให้อาหาร หรือผู้ดูแลซึ่งเข้าโครงการเพียง 1 วันก่อนกลับบ้านหรือพบผู้วิจัยในวันกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยมีเวลาเตรียมความพร้อมระยะสั้นมาก ดังเช่นกรณีของ มะลิ และ แว่ว ผู้วิจัยสอนเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดศีรษะ เป็นต้น และเน้นการรับประสานยาตามแผนการรักษา สอนวิธีพุงผู้ป่วยนั่งและเคลื่อนย้ายพร้อมทั้งวางแผนกับผู้ดูแลในการเยี่ยมบ้านและสอนวิธีการดูแลที่เป็นปัญหาของผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กิจกรรมบางกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากทีมสุขภาพ ได้แก่ การเตรียมอาหารเหลว การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ การเคาะปอด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลจะได้รับความรู้และฝึกจากนักโภชนาการบำบัดและนักกายภาพบำบัด ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลในการดำเนินการประสานงานกับหน่วยโภชนาการและหน่วยกายภาพบำบัด ผู้วิจัยจะประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลภายหลังผู้ดูแลได้รับการฝึกจากหน่วยโภชนาการและหน่วยกายภาพบำบัด นอกจากนั้นก่อนกลับบ้านผู้วิจัยแจกคู่มือเตือนความจำ ได้แก่ แผ่นพับ

การดูแลตนเองจากท่อทางเดินหายใจ การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ การทำแผลบริเวณรอบท่อทางเดินหายใจ แผ่นปิดการให้อาหารทางสายยาง และคู่มือการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อต่อจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยติดตามการใช้คู่มือเดือนความจำเหล่านี้กับผู้ดูแลเพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่บ้าน ดังนั้นจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในกิจกรรมดังกล่าว ดังภาคผนวก ณ.

3. ประสานงานขอความช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านการเงิน ไม่สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ กระบอกหลอดแก้วสำหรับให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเงินในการเบิกอุปกรณ์เครื่องใช้ สำหรับอุปกรณ์เครื่องใช้บางชนิด เช่น เครื่องดูดเสมหะ หรือเตียงนอน ผู้วิจัยขอคำปรึกษาจากพยาบาลในการขอยืมอุปกรณ์ให้ผู้ป่วย ดังกรณีของเคส ซึ่งมีปัญหาการเงิน เคสได้รับอุปกรณ์เกี่ยวกับการดูแลการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ และยืมเครื่องดูดเสมหะจากโรงพยาบาล กรณีของเคส โรงพยาบาลให้ยืมเตียงนอนชนิดปรับได้

กลยุทธ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

ความสำเร็จของการพยาบาลในวงจรนี้ขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ที่นำไปใช้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีกลยุทธ์ ดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดีจะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอันนำไปสู่ความสำเร็จของการพยาบาลที่บ้าน การสร้างความไว้วางใจจึงสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลและผู้วิจัยไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจโดยการเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทักทายผู้ดูแลและครอบครัวด้วยความเป็นกันเอง ให้ความสนใจสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่รู้จัก เช่น จำชื่อ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นต้น ให้ความสนใจปัญหาของผู้ดูแลและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ติดตามความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาโดยการซักถาม และให้ความช่วยเหลือเท่าที่ผู้วิจัยสามารถกระทำได้ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลทุกคนยินดีเข้าร่วมโครงการทันที ไม่มีผู้ดูแลรายใดปฏิเสธให้ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน การยินดีเข้าร่วมโครงการเป็นจุดเริ่มต้นของความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวกับผู้วิจัย

2. **สร้างความเชื่อถือ** เนื่องจากผู้วิจัยจะต้องติดตามให้การช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้หนึ่งในการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ให้ความรู้ สอน แนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อถือในความสามารถของผู้วิจัยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ความเชื่อถือจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเชื่อว่าผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากรายงาน ชักถามจากแพทย์และพยาบาล การเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถตอบข้อสงสัยของผู้ดูแลได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยร่วมตรวจผู้ป่วยกับแพทย์ที่เตียงผู้ป่วย ผู้วิจัยร่วมซักถาม แสดงความคิดเห็นและปรึกษารื้อก้นแพทย์เกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ดูแล สร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์อีกด้วย ผู้วิจัยยังร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย การแสดงให้ผู้ดูแลและครอบครัวเห็นความสามารถของผู้วิจัยนำไปสู่ความเชื่อถือและไว้วางใจผู้วิจัย จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้วิจัยมีโอกาสนิยามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่ง ผู้ดูแลเริ่มมีความเชื่อถือผู้วิจัย โดยประเมินจากเมื่อผู้วิจัยมาเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้ดูแลมักซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เช่น ถามถึงสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นต้น หรือขอความช่วยเหลือ เช่น ให้ผู้วิจัยต่อรองกับแพทย์ขอเลื่อนวันกลับบ้าน หรือถามถึงวันที่ผู้วิจัยจะมาเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลในครั้งต่อไป เป็นต้น เทคนิคการสร้างการเชื่อถือของผู้วิจัยอีกวิธีหนึ่ง คือ การเล่าถึงประสบการณ์การเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือของผู้วิจัย การเล่าถึงปัญหาของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยเคยพบและเป็นปัญหาดังนั้นเดียวกับผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อถือผู้วิจัยในการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้าน ได้

3. **สะท้อนคิดพิจารณา** การสะท้อนคิดพิจารณาเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลที่ผู้วิจัยยึดถือปฏิบัติตลอดการวิจัย เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเปรียบเสมือนเป็นผู้ให้ข้อมูลและเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกลึกถึงปัญหา คิดวิเคราะห์ปัญหาและเลือกวิธีการด้วยตนเอง ผู้วิจัยค้ำประกันเสมอว่า ในสถานการณ์ที่บ้านเป็นสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลซึ่งจะประกอบด้วยความรักและวัฒนธรรมของครอบครัวและของชุมชน ผู้ดูแลจะต้องพึ่งตนเองในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องตระหนักว่าเมื่อเกิดปัญหาผู้ดูแลจะต้องคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองภายใต้กรอบความเชื่อที่เป็นของผู้ดูแลเอง การสะท้อนคิดพิจารณาที่ผู้วิจัยกระทำเริ่มจากเมื่อผู้ดูแลรู้สึกตัวไม่คิดหรือคิดไม่ออก เมื่อผู้ดูแลรับทราบว่าแพทย์มีแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดพิจารณาถึงสาเหตุของการที่ผู้ดูแลรู้สึกตัว “ตั้งตัวไม่คิด” หรือ “คิดไม่ออก” ว่ามีสาเหตุจากอะไรได้บ้าง และหาวิธีการแก้ไขสาเหตุหรือปัญหาด้วยตนเอง

ข้อควรระวัง จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในระยะงุนงงและสับสนต่อสถานการณ์ที่ต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะเกิดข้อสงสัยอย่างมากถึงการที่แพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน การเริ่มต้นให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดพิจารณาไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากผู้ดูแลยังอยู่ในระยะของการสับสน ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลระบายหรือพูดถึงการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการรักษาของแพทย์ พร้อมกันนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของแพทย์ สภาพการเจ็บป่วย และให้เวลากับผู้ดูแล

4. การมีส่วนร่วม การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่ง ดังเช่น อนงค์ หรือ คีระ ซึ่งมีปัญหาในการเตรียมความพร้อมเนื่องจากกลัวการดูแลหยาบ หรือกรณีที่ครอบครัวผู้ดูแลมีสมาชิกหลายคน การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมจะทำให้ครอบครัวรับรู้ปัญหาของผู้ดูแล มีความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวสามารถช่วยเหลือหรือแบ่งเบาภาระผู้ดูแลได้ ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่า ครอบครัวใดที่ผู้วิจัยสามารถเตรียมความพร้อมร่วมกับผู้ดูแล จะทำให้สามารถช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดีกว่าครอบครัวที่มีได้รับการเตรียมความพร้อม

การสะท้อนการปฏิบัติ

การสะท้อนการปฏิบัติในวงจรที่ 1 นี้ พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริม

1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จากการศึกษพบว่า การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยผู้วิจัยสอนและฝึกทักษะกิจกรรมที่เป็นปัญหาการดูแลของผู้ดูแล ดังเช่นกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล อันได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอหรือหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยาง หรือกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การเคาะปอด การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ เป็นต้น การสอนและฝึกทักษะเหล่านี้ ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและกระทำได้ตามขั้นตอนที่ได้รับการสอนได้เร็ว การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนี้ ปัจจัยสำคัญหนึ่งก็คือ ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนกลับบ้านเป็นระยะเวลาาน ดังเช่นกรณีของคิม เกียรติ หรือวัฒน์ การเรียนรู้จากการสังเกต ชักถาม และได้กระทำเอง ถึงแม้ว่า

ลักษณะการดูแลหรือกระทำการกิจกรรมเป็นเพียงบางขั้นตอนก็ตาม แต่เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกตลอดทุกขั้นตอนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและกล้าที่จะกระทำ

อย่างไรก็ตามกรณีของ คีและอนงค์ ถึงแม้ว่าจะดูแลโต๊ะและดาวเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือนที่โรงพยาบาล เมื่อผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการสอนและฝึกการดูดเสมหะ หรือการถอดท่อภายในลำ คีและอนงค์จะมีความกลัวและไม่มั่นใจว่าจะกระทำได้ ในระหว่างที่ คีและอนงค์ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและพบว่าผู้ป่วยมีเสมหะ ทั้งคีและอนงค์มักเรียกพยาบาลให้มาดูดเสมหะหรือดูดอากาศผู้ป่วย หรือบางครั้งจะให้สามีหรือบุตรชายเป็นผู้ดูดเสมหะ จากการศึกษาพบว่าทั้งคีและอนงค์มีความรู้สึกว่าการเอาสายดูดเสมหะเข้าในท่อทางเดินหายใจและดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน สงสารผู้ป่วย และรู้สึกกลัวเมื่อเอาสายดูดเข้าในท่อหายใจของผู้ป่วย

2. ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การร่วมรับรู้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลนั้น ครอบครัวส่วนหนึ่งจะมอบภาระให้ผู้ดูแลเพียงผู้เดียวในการฝึกทักษะหรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น กรณีของ ต้ม เกียรติ สมศรี เป็นต้น อาจเนื่องจากลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลเหล่านี้เป็นครอบครัวเดี่ยว อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวส่วนหนึ่งมักแยกย้ายออกจากครอบครัวไปแต่งงานหรือทำงานต่างจังหวัด ครอบครัวจึงเหลือเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรผู้ป่วยหรืออาจมีมารดาซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุร่วมด้วย กรณีเช่นนี้การเตรียมความพร้อมจึงเป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแลเพียงผู้เดียว แต่ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถกระทำการกิจกรรมตามที่ฝึกได้ดังเช่นกรณีของ คีและอนงค์ ผู้ดูแลยังไม่พร้อมกับการดำเนินการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงผู้เดียวในทุกกิจกรรม หรือในกรณี วัฒน ศักดิ์ หรือเพ็ญ กรณีของผู้ดูแล 3 รายนี้ ผู้ดูแลจะอยู่ในครอบครัวซึ่งมีสมาชิกหลายคน กรณีที่ผู้ดูแลอยู่ในภาวะไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ดูแลซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนก็ตาม การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแล ดังกรณีของคีและอนงค์ ครอบครัวแก้ปัญหาโดยสามีของคีและบุตรชายของอนงค์ร่วมฝึกทักษะการดูดเสมหะ การดูแลผู้ป่วยหายใจทางท่อทางเดินหายใจ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยจะมีผลทำให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระหน้าที่ที่สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบมิใช่เป็นภาระของผู้ดูแลเพียงผู้เดียว

อุปสรรค

1. **ได้รับการเตรียมความพร้อมน้อย** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจั้น้อย ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งมักเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก แพทย์มักรักษาแก้ไขให้สมองมีการไหลเวียนของเลือดดี เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง แพทย์มักจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพกำลังกล้ามเนื้อแขนขาส่วนที่อ่อนแรง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์มักจำหน่ายกลับบ้านอย่างกะทันหันหรือบอกล่วงหน้าเพียงวันเดียว ในกรณีเช่นนี้ ผู้วิจั้นจึงมีเวลาสำหรับการเตรียมผู้ดูแลและระยะเวลาน้อยทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ดูแล

ดังนั้นเมื่อผู้วิจั้นต้องเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแลกรณีเช่นนี้ ผู้วิจั้นจึงปรับวิธีการเตรียมพร้อมให้เหมาะสมกับระยะเวลาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจั้นประเมินปัญหาการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลมากที่สุด และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลด้านรักษาพยาบาล เช่น การดูแลปัสสาวะทางสายสวนคา หรือกลัวว่าผู้ป่วยเกิดอาการชักหรืออาการทางระบบประสาทอื่นทำให้ผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะดูแลหรือแก้ไขปัญหาย่างไร เป็นต้น ผู้วิจั้นอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงวิธีการดูแลที่ผู้ดูแลวิตกกังวลหรือเป็นปัญหาของผู้ดูแล วิธีการอธิบายและสอนของผู้วิจั้นนั้น ผู้วิจั้นจะไม่เน้นรายละเอียดแต่จะอธิบายหลักการสำคัญของการดูแลในแต่ละกิจกรรม เช่น การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนคา ผู้วิจั้นจะอธิบายเน้นประเด็นสำคัญของวิธีการดูแลซึ่งได้แก่การป้องกันการติดเชื้อทางเดินระบบปัสสาวะ ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศ การยกถุงปัสสาวะหรือการหักพับสาย การเปลี่ยนถุงปัสสาวะ เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจั้นจะนัดหมายการเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแลต่อไป

2. **ไม่มีเงิน** การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยกลับบ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจทางท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องดูดเสมหะ สายยางดูดเสมหะ อุปกรณ์ล้างและต้มท่อเหล็ก เตรียมสำลีและผ้าก๊อซสำหรับทำแผลรอบคอ เป็นต้น ผู้ดูแลต้องเตรียมเตียงและห้องสำหรับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านการเงินไม่สามารถเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย ดังเช่นกรณีของ ตี๋ ตี๋ขอเลื่อนเวลากลับบ้าน

เนื่องจากไม่มีเงินซื้อเครื่องดูดเสมหะ เครื่องปั่นอาหาร อีกทั้งการจัดสถานที่นอนให้กับผู้ป่วย เมื่อเกิดปัญหาเช่นนี้ผู้วิจัยกับผู้ดูแลและสามีของผู้ดูแลร่วมวางแผนเตรียมสถานที่ โดยผู้วิจัยไปที่บ้านของผู้ดูแลก่อนล่วงหน้า ผู้วิจัยและสามีของผู้ดูแลร่วมคิดดัดแปลงเตียงนอนโดยเอาไม้กระดานมาต่อเติมเตียงที่มีพร้อมทั้งจัดมุมห้องสำหรับผู้ป่วย สำหรับอุปกรณ์เครื่องดูดเสมหะผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการขอยืมเครื่องดูดเสมหะ และปรึกษาพยาบาลประจำการในการประสานงานติดต่อสังคมสงเคราะห์ในการเบิกอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับดูดเสมหะ และกระบอกหลอดแก้วสำหรับให้อาหารเหลวทางสายยาง การแก้ปัญหาเครื่องปั่นอาหาร ผู้วิจัยแนะนำการให้อาหารเหลวอย่างอื่นแทนก่อนระยะแรกในช่วงที่ยังมีปัญหาดัดข้อ

ประเมินผลลัพธ์ในวงจรที่ 1

การประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในวงจรที่ 1 ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยขอเสนอการประเมินผลลัพธ์ตามลักษณะการดูแลผู้ป่วยตามภาวะสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย

ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นบางส่วน และมีเวลาในการเตรียมอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้วิจัยสามารถเตรียมความพร้อมได้ครบถ้วน ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและได้รับการฝึกทักษะในกิจกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

1. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลสามารถดูดเสมหะ ถอดท่อทางเดินหายใจออกล้างและดื่มน้ำ ทำแผลรอบท่อ เคาะปอด การเก็บและทำความสะอาดสายดูดเสมหะ การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ผู้ดูแลสามารถบอกถึงการหายใจที่ผิดปกติและวิธีการช่วยเหลือได้

2. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการเตรียมอาหารเหลว และสามารถให้อาหารทางสายยางได้ ผู้ดูแลบอกถึงขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยการให้อาหาร และการดูแลภายหลังให้อาหารเหลวทางสายยางได้ ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความผิดปกติจากการให้อาหารได้

3. ผู้ดูแลสามารถบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ พร้อมทั้งการจัดท่านอน ผู้ดูแลสามารถบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อและพลิกตะแคงตัว จัดท่านอนและท่านั่งได้ วิธีการพลิกตะแคงตัวหรือจัดท่านอนเพื่อมิให้ผู้ดูแลเกิดอาการปวดหลัง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักมีระยะเวลาการเตรียมความพร้อมน้อย อาจมีเวลาเตรียมเพียง 2 - 3 วันหรือเพียงวันเดียวเนื่องจากแพทย์ให้กลับบ้านอย่างกะทันหัน ยกเว้นกรณีของเนาะ ผู้วิจัยจึงสามารถเตรียมความพร้อมได้ในกิจกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญ การประเมินผลลัพธ์ในวงจรนี้ ได้แก่

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงโอกาสหายและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ เช่น อาการปวดศีรษะมาก ผู้ป่วยซึมลง เป็นต้น
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความต้องการการดูแลกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลเรื่องการทำความสะอาด อาหาร การถ่ายปัสสาวะ เป็นต้น
3. ผู้ดูแลรู้วิธีการและสามารถพยุงลำตัวผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนมานั่งเก้าอี้ได้ ผู้ดูแลสามารถบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่อ่อนแรงได้
4. กรณีของลุงฉัตรซึ่งถ่ายปัสสาวะทางสายสวนคาปัสสาวะ ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลสายต่อปัสสาวะ เช่น ระวังมิให้สายหัก พับ งอ เป็นต้น
5. กรณีของนุ ซึ่งหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจและให้อาหารทางสายยางตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาพไม่รู้สีกตัว เนาะซึ่งเป็นผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมมากที่สุดเนื่องจากมีเวลาเตรียม 1 สัปดาห์ เนาะได้รับการฝึกการดูแลการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจและให้อาหารทางสายยาง

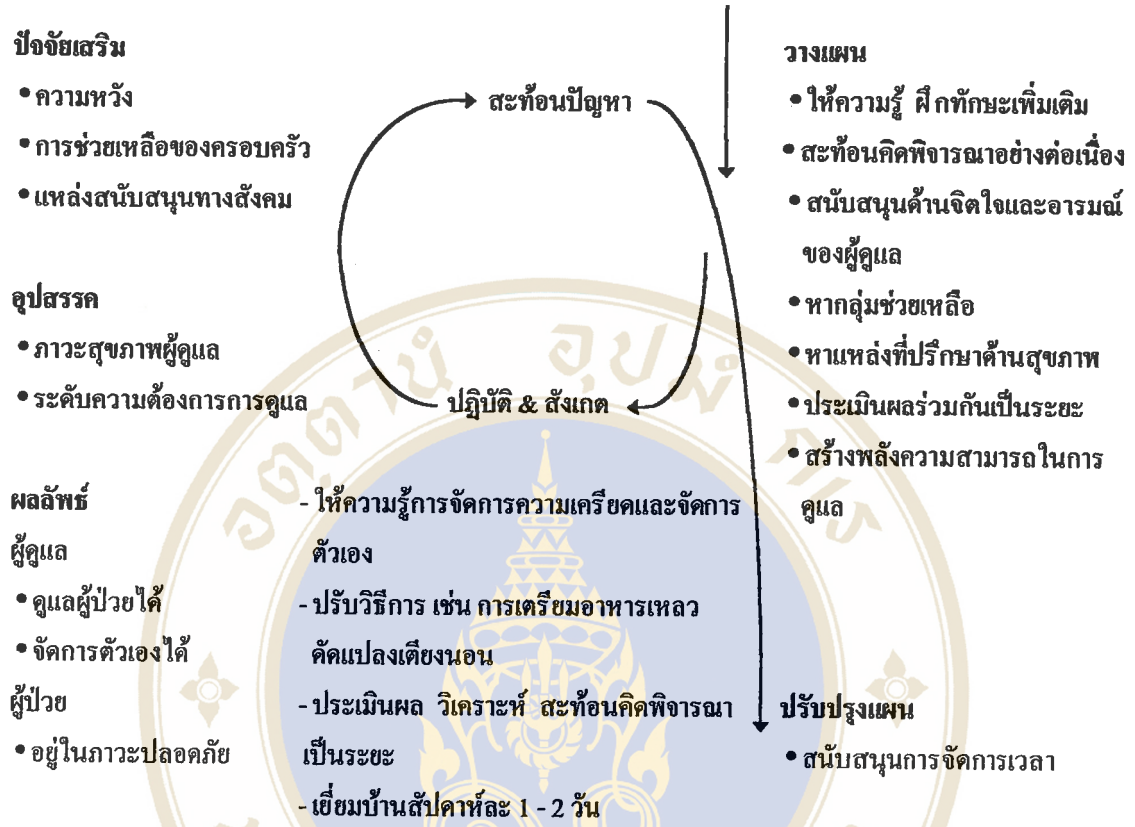
จากการศึกษาวงจรที่ 1 ผู้ดูแลทุกคนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย ผู้วิจัยสามารถเตรียมความพร้อมและผู้ดูแลสามารถกระทำทุกกิจกรรมได้ทุกขั้นตอนตามที่ได้รับการฝึกทักษะ 5 ราย ผู้ดูแลสามารถทำได้บางขั้นตอนซึ่งผู้วิจัยจะต้องเน้นเป็นระยะ 1 ราย มี 2 รายที่ไม่กล้าดูแลตนเอง คือ กรณีของอนงค์และค๊ะ ผู้วิจัยจะต้องสอนการดูแลตนเองกับบุตรชายของอนงค์และสามีของค๊ะด้วย การเตรียมความพร้อมได้ดีเนื่องจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีโอกาสกระทำกิจกรรมทุกขั้นตอนมากกว่า 2 ครั้งภายหลังการฝึกทักษะ ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีโอกาสกระทำเพียงครั้งเดียวภายหลังที่ได้รับการสอนสาธิต สำหรับกรณีของอนงค์และค๊ะ ผู้วิจัยได้ให้เวลาผู้ดูแลในการปรับตัวโดยการนำครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาและให้การช่วยเหลืออนงค์และค๊ะ

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยมีโอกาสดูแลเตรียมความพร้อมในทุกกิจกรรมที่จำเป็นและฝึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากนอนให้ลุกนั่ง จากนั้นนั่งบนเตียงมานั่งเก้าอี้และกลับจากนั่งเก้าอี้ขึ้นเตียง พร้อมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อเพียง 2 ราย คือ เพ็ญและสมศรี เนื่องจากมีระยะเวลาการเตรียมความพร้อมประมาณ 3 วัน และผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ให้ความร่วมมือในการฝึกกรรมของเนาะซึ่งดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมมากกว่า 1 สัปดาห์และมีกิจกรรมการฝึกมากกว่าผู้ดูแลรายอื่น ผู้ดูแลส่วนหนึ่งผู้วิจัยสามารถเตรียมความพร้อมได้เฉพาะปัญหาสำคัญเท่านั้น ได้แก่ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และโอกาสหายของโรค ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น นุ่มปากตกและกลืนอาหารลำบาก เป็นต้น การบริหารแขนขาที่อ่อนแรงเนื่องจากมีระยะเวลาเตรียมเพียง 2 วัน กรรมของหน่วยที่ดูแลลุงฉัตร ผู้วิจัยมีโอกาสดูแลเตรียมความพร้อมในวันเดียวกับแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลพาผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการถ่ายปัสสาวะทางสายสวนคาปัสสาวะ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพามาโรงพยาบาลเท่านั้น

วงจรที่ 2 หัวเลี้ยวหัวต่อ

เริ่มจากพบความเป็นจริงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สัมสน รุ่งวายุ จนทำได้ จัดการได้

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวงจรที่ 2 (ดูแผนภาพที่ 7) เริ่มตั้งแต่วันที่แรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวต้องเผชิญกับความเป็นจริงในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมีสมาชิกเจ็บป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่บ้านย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตภายในครอบครัว ครอบครัวจะต้องแบ่งส่วนหนึ่งของห้องหรือจัดห้องหนึ่งเป็นของผู้ป่วย จัดหาหรือดัดแปลงเตียงสำหรับผู้ป่วย ปรับสถานที่และเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย นอกจากครอบครัวต้องปรับสถานที่สำหรับผู้ป่วยแล้ว การที่ครอบครัวมีผู้ป่วยภายในบ้านย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน สมาชิกส่วนหนึ่งอาจต้องทำหน้าที่แทนผู้ดูแล เช่น ทำงานบ้าน เป็นต้น สมาชิกส่วนหนึ่งอาจต้องช่วยเหลือผู้ดูแลเท่าที่กระทำได้ เช่น ช่วยเหลือตามที่ผู้ดูแลบอกให้ทำ ช่วยหยิบของหรือล้างอุปกรณ์เครื่องใช้ ช่วยเตรียมอาหารเหลว เป็นต้น มีสมาชิกบางรายกลัวผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สิดูและเงอะก๊อ ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วยหรืออาจยื่นดูผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร



แผนภาพที่ 7 : วงจรที่ 2 : หัวเลี้ยวหัวต่อ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน วุ่นวาย และยุ่งยากเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากความช่วยเหลือของพยาบาลและทีมสุขภาพ เพราะสิ่งที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้ผู้ป่วยมีมาก ผู้ดูแลไม่รู้ว่าจะทำอะไรก่อนหลัง ตลอด 24 ชั่วโมงจึงเป็นช่วงเวลาที่หมดไปกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลดังนี้

1. **เครียด** ผู้ดูแลทุกคนมีความรู้ดีว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดอย่างมาก ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย อีกทั้งส่วนหนึ่งยังสื่อสารกับผู้ดูแลไม่ได้ การปรับสถานการณ์จากผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลภายใต้ความรับผิดชอบของพยาบาลมาเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลรับผิดชอบเอง ผู้ดูแลต้องคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ในวงจรนี้ ผู้ดูแลจะพบปัญหาการดูแลมากมายถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูล การสอนและฝึกจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

ดัชนีของ ศรีนวล บอกกับผู้วิจัยว่า “มันเครียดมากคะ เมื่อคืนโทรเรียกพี่ชายให้พาพ่อไปโรงพยาบาลคะ ให้อาหารแล้วมันไม่ลง ไม่รู้เป็นอย่างไร นี่ก็ลองใช้เข็มเย็บผ้ามาแยงที่รูมันก็ไม่ค่อยลง เลยต้องพาไปโรงพยาบาลให้พยาบาลดู เขามบอกว่าสายมันพันอยู่ไม่รู้เหมือนกันมันพันอย่างไร พยาบาลเขาใส่ให้ใหม่ใส่เสร็จก็กลับ” อนาคตเป็นผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง เล่าว่า “ไม่รู้เป็นอย่างไร น้องความีแต่เสมหะ เคี้ยวไอ เคี้ยวไอ ดุคก็ไม่ค่อยออก ให้อาหารแดงดุคก็ไม่ไหว ใช้ 10 กว่าสายแล้วยังดุคไม่หมดเลย” เช่นเดียวกับกรณีของ ดิม “เครียดมาก เข้าก็เป็นอย่างนี้ เย็นก็เป็นอย่างนี้ ใอมากเลย ตอนอยู่โรงพยาบาลใอมากก็บอกหมอ บอกพยาบาล ตอนนี้อยู่จะบอกใคร ดุคเสมหะก็ไม่รู้จะดุคอย่างไรแล้ว สงสารอาเจ็ก” ความเครียดนี้เกิดจากผู้ดูแลยังขาดประสบการณ์ และทักษะในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้านทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและตัดสินใจแก้ปัญหาได้

2. หน้อย ความรู้สึกถึงความเหนื่อยเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้เลยและจะต้องดูแลตลอดวันติดต่อกันทุกวัน ไม่มีเวลาหยุดพัก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาระที่ต้องกระทำตลอดวัน เช่น ต้องดุคเสมหะ เอาสายยางไปล้างทำความสะอาด ยังไม่เสร็จผู้ป่วยไออีก ผู้ดูแลต้องกลับมาดุคเสมหะ หลังจากนั้นถึงเวลาให้อาหาร บางครั้งต้องยกผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามลำพังและต้องกระทำบ่อยครั้ง ผู้ป่วยบางรายจะร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา ต้องการให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด นวดตามแขนและขาตลอด เป็นต้น จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมการดูแลที่เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ การยกตัวผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย เมื่อยตามร่างกายมากที่สุด

ดังตัวอย่างกรณีของ หน้อย เล่าว่า “หน้อยไม่เคยรับแบบนี้มาก่อนเลย ทั้งยกทั้งหาม แกตัวใหญ่ หนักที่สุดเลย เวลาแกถ่ายครั้งหนึ่งยกแกไม่รอด เวลาแกเจ็บหัวต้องนั่งกอดแกทั้งวันเลย ...น้ำตาหล่นเลย” หน้อยจะเล่าต่อว่าตั้งแต่ผู้ป่วยกลับมาที่บ้านจะนอนราบไม่ได้ ปวดศีรษะตลอดเวลา ต้องนั่งฟังป่าน้อยตลอดคืน เช่นเดียวกับกรณีของ สมศรี เล่าถึงการดูแลมารดาว่า “แม่เรียกตลอด แทบออยากให้สมศรีอยู่ใกล้ๆ สมศรีบอกแม่ให้บอกเวลาเชียว แทบอว่าบอกแล้วเชียวก็ไหลเลย แทบจะให้สมศรีนวดแกทั้งวัน แทบอว่าแกหนักแขนหนักขา มันเหนื่อยนะคะ มันอ่อนแรงไปเลย”

3. **ลืมสนใจตัวเอง** ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในแต่ละวัน ทุกนาที่ทุกชั่วโมงของผู้ดูแลจะให้กับการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเครียดหรือเหนื่อยก็ตามเพื่อมุ่งหวังให้บุคคลอันเป็นที่รักหายจากการเจ็บป่วย ความวุ่นวายจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทำให้เวลาทั้งหมดอยู่กับผู้ป่วย ตารางชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตถูกเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลส่วนมากลืมสนใจตัวเอง ลืมดูแลตัวเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลจะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น ต้องตื่นนอนเร็วกว่าปกติ เพื่อเตรียมเครื่องใช้ทำความสะอาดผู้ป่วย เตรียมปั่นอาหารผู้ป่วย เวลาซึ่งเดิมเป็นเวลาอาบน้ำหรือรับประทานอาหารของผู้ดูแลก็กลับเป็นเวลาดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำและรับประทานอาหาร เป็นต้น

บางครั้งที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ดูแลที่บ้าน มักพบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งอยู่ในสภาพที่ยังไม่ได้อาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้า ยังไม่รับประทานอาหารเช้า บางครั้งผู้วิจัยไปเยี่ยมเวลา 13.30 น. พบว่าผู้ดูแลยังไม่รับประทานอาหารเช้า บางคืนไม่ได้นอนพักผ่อน เมื่อผู้วิจัยถามว่า “กลางคืนได้นอน หรือไม่” ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมักตอบว่า “ได้รับเป็นช่วงๆ ต้องคอยดูแลเสมหะ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย” เวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับช่วงกลางวันจะเป็นเวลาที่ผู้ดูแลนำเครื่องใช้ของผู้ป่วยทำความสะอาด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในแต่ละวันผู้ดูแลจะปฏิบัติภาระกิจที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนมาก จากการที่ผู้ดูแลลืมดูแลตัวเองนี้มีผลกระทบด้านร่างกาย อันได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อย และมีผลต่อสภาพจิตใจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เสีย ใจอ่อน โมโหง่าย นอกจากนั้นมีผู้ดูแล 1 รายนับถือศาสนาอิสลาม โดยปกติจะต้องทำละหมาดวันละ 5 ครั้ง แต่เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่รู้สีกตัวทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบกิจทางศาสนาได้ มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิดต่อพระอัลเลาะห์ ผู้ดูแลมีความกังวลใจ

4. **น้อยใจ** เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามลำพังไม่ได้รับความช่วยเหลือจากพี่น้อง ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งจากพี่น้อง มีความรู้สึกที่พี่น้องพลักภาระนี้ให้กับตัวเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกน้อยใจเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแล 4 รายที่มีความรู้สึกน้อยใจ ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าไม่ได้รับการเอาใจใส่จากพี่น้องซึ่งแยกครอบครัวออกไป ความรู้สึกน้อยใจนี้จะเกิดขึ้นเป็นบางช่วงเมื่อผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย รู้สึกเครียด

ดังเช่นกรณีของ สมศรี “สมศรีก็รู้ว่าพี่ๆเขามีภาระครอบครัวของเขา สมศรีดูแลเองได้ แต่เวลาเหนื่อยมันก็หงุดหงิด ก็คิดน้อยใจเหมือนกัน” สมศรีอยู่กับมารดาซึ่งป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีก และเพื่อนอีก 1 คน พี่น้องของสมศรีแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว บิดาหย่ากับมารดา สมศรีจึงรับภาระดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว เช่นเดียวกับกรณีของกุหลาบ แต่งงานแยกครอบครัวมาอยู่กับสามีและลูก 2 คน อายุ 4 และ 2 ปี เมื่อมารดาเกิดความเจ็บป่วยกุหลาบรับดูแลมารดาโดยให้มารดาอยู่ที่บ้าน กุหลาบเล่าว่า “มีเหมือนกัน บางครั้งรู้สึกน้อยใจ อดคิดไม่ได้ว่าทำไมเขาไม่มาช่วยบ้าง น้อยใจนะ บางทีคิดแล้วน้ำตาไหล ขอช่วยพี่สาวให้มาพี่ก็ยังไม่มาเลย”

จากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งซึ่งแต่งงานแยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวต้องการการเอาใจใส่จากพี่น้องถึงแม้ว่าจะมิได้อาศัยบ้านเดียวกันก็ตาม ผู้ดูแลต้องการให้พี่น้องรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ดูแล ต้องการให้มาเยี่ยมบ้างเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ หรืออาจรับภาระบางเรื่อง เช่น มารับผู้ป่วยไปนวดหรือทำกายภาพบำบัด หรือช่วยเหลือค่าใช้จ่ายบ้าง เป็นต้น

5. ทำไม่ทัน ผู้ดูแลส่วนมากจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยควบคู่กับทำงานบ้าน แบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งเดิมรับผิดชอบดูแลตนเองและดูแลงานภายในบ้าน ต้องมารับภาระการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และในขณะที่ผู้ดูแลยังมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาเกือบทั้งหมดในแต่ละวันจะเป็นเวลาดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการทำงานบ้าน ผู้ดูแลจึงมีความรู้สึกว่างานที่รับผิดชอบมากเกินไปที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ ไม่สามารถจัดการกับภาระงานทั้งหมดซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โกรธ และเหนื่อยล้า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษพบว่าผู้ดูแลทุกคนจะให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เมื่อถึงเวลาที่จะต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแลจะละทิ้งงานอื่นและมาดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

ดังตัวอย่างกรณีของ อนงค์ เมื่อผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้าน พบว่า อนงค์นั่งผ้าถูกระโถมออกเดินมาเปิดประตู อนงค์บอกกับผู้วิจัยว่า “รกหน้อยนะ เก็บจัดไม่ทัน นี่ยังซักผ้าค้างอยู่ เพิ่งเช็ดตัวให้น้องดาว แม่จำก็ยังไม่อาบน้ำเลย” เช่นเดียวกันกับกุหลาบ เล่าว่า “ไม่รู้จะทำอย่างไร ลูกชายชนเหลือนกิน ผลอกก็จะเอานิ้วแหยงรูปลึกโทรศัพท์ยังไม่เช็ดตัวให้แม่เลย เพิ่งให้อาหารเสร็จ” แข เป็นผู้ดูแลอีกรายหนึ่งที่ต้องทำงานบ้านด้วย แข เล่าว่า “ป้ายังซักผ้าไม่เสร็จเลย เค้า (ลูกๆ) ออกจากบ้านไปหมด ผ้าถุงป้าก็ซัก ข้าวป้ายังไม่ได้ทานเลย มันยุ่งวุ่นวายไปหมด ผลออกถุงแก็กี่ดึงสายอีกต้องคอยระวัง”

โดยสรุป ปรัชญาการณที่เกิดขึ้นในวงจรนี้ซึ่งเป็นช่วงปรับเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาเป็นที่บ้าน ผู้ดูแลจะเกิดความสับสนวุ่นวาย เนื่องจากผู้ดูแลยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ภายในบ้านได้ ผู้ดูแลมีปัญหาคาดการณ์ผู้ป่วย การจัดการระบบตัวเองให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ เครียด เหนื่อย ล้มตนเอง น้อยใจ และทำไม่ทัน

ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลสะท้อนคิดปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาตามปรากฏการณ์ในช่วงนี้ พบว่าปัญหาของผู้ดูแล คือ

1. ไม่สามารถปรับตัวกับภาระหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากการที่มีผู้ป่วยซึ่งดูแลตนเองไม่ได้ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลต้องใช้เวลากับภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กิจกรรมประจำวันซึ่งเดิมผู้ป่วยต้องกระทำเองกลับต้องเป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแล เช่น ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ ได้รับอาหาร ดูแลเวลาขับถ่าย บางครั้งผู้ป่วยร้องเรียกตลอดเวลาไม่ยอมให้ผู้ดูแลทำอะไร เป็นต้น ผู้ดูแลอาจต้องทำความสะอาดเสื้อผ้าและอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย อีกทั้งต้องทำหน้าที่ที่เป็นของผู้ดูแล เช่น ซักผ้าของสมาชิกคนอื่นด้วย ทำงานบ้าน เตรียมอาหารให้สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวกับภาระหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นบทบาทใหม่ได้

2. มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะมากกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตามคำฟังโดยปราศจากความช่วยเหลือของพยาบาลและทีมสุขภาพ ผู้ดูแลจะพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เป็นจริง ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับการสอนและฝึกทักษะมาแล้วก็ตาม เช่น ปัญหาอาหารเหลวไหลไม่สะดวกหรือไม่ไหล ผู้ดูแลไม่รู้ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย การสอนและฝึกทักษะจากโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ดูแลทราบกระบวนการหรือขั้นตอนและหลักการในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยมีอาจให้ความรู้ด้านเทคนิคแต่ละกิจกรรมได้ เช่น การเตรียมอาหารที่ขึ้นเกินไป การป้อนไม่ละเอียด หรือการจัดท่านอนจะทำให้มีปัญหาอาหารเหลวไหลไม่สะดวก เป็นต้น การให้ความรู้ที่ละเอียดในทุกกิจกรรมตามประสบการณ์ที่ผู้วิจัยเคยพบจะทำให้ผู้ดูแลล้มการดูแลที่สำคัญแต่ละกิจกรรมได้ และยังทำให้ผู้ดูแลรู้ดีกว่าการดูแลผู้ป่วยยากและซับซ้อนมาก ผู้ดูแลไม่มั่นใจว่าจะสามารถกระทำได้

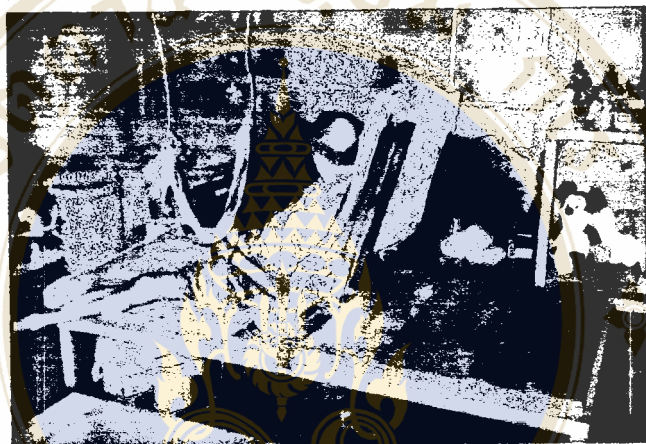
3. **ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วย** การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลจะพบกับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยในวงจรี เช่น อารมณ์โมโห หงุดหงิด พุดจาหยาบคาย เรียกผู้ดูแลด้วยเสียงดังตลอดเวลา ยกขาที่อ่อนแรงกระแทกกับเตียง เป็นต้น ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลมักไม่พบพฤติกรรมเช่นนี้ ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์หงุดหงิดเป็นบางครั้ง หรือเรียกผู้ดูแลด้วยเสียงเบา แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยกล้าแสดงพฤติกรรมออกอย่างเต็มที่และตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ดูแลมักพบปัญหาไม่ทราบว่าจะทำไมผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมเช่นนี้ และจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร อีกทั้งผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยน้อยมากหรือไม่มี จึงทำให้ผู้ดูแลขาดความเข้าใจเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

การส่งเสริมการดูแลในวงจรีที่ 2 มีเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ดูแลสามารถจัดการตัวเอง กิจกรรมการพยาบาลในวงจรีนี้ได้แก่ 1) ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดและจัดการตัวเอง 2) ฝึกทักษะเพิ่มเติม 3) หาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ 4) สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล และ 5) ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดและจัดการตัวเอง** ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์สับสน วุ่นวาย และยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยอาจเป็นบุคคลแรกที่เข้าร่วมรับรู้สถานการณ์ ผู้ดูแลจะมีคำถามมากมายเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตลอดจนการแสดงถึงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาซึ่งพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ เครียดจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรหรือแก้ไขอย่างไร ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยเป็นอย่างมาก ตลอดวันจะเป็นเวลาของการดูแลผู้ป่วย ลืมสนใจตัวเอง ทำงานอื่นไม่ทัน และผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ดังนั้นในวงจรีนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดและจัดการตัวเอง กล่าวคือ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวิธีการดูแล ความรู้ดังกล่าวจะช่วยแก้หรือลดความเครียดให้กับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ ลดระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและทำงานอื่นภายในบ้านได้

ดั่งเช่นกรณีของหน้อยซึ่งดูแลงจักร หน้อยเล่าว่าตั้งแต่งจักรกลับบ้าน มีอาการปวดศีรษะมาก นอนไม่หลับ นอนพิงบ่าของหน้อยตลอดวันตลอดคืน ไม่ยอมให้หน้อยไปทำอะไรเลย ผู้วิจัยอธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคที่มีผลต่อกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ความรู้สึกกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่มีใครช่วยเหลือของผู้ป่วย แนะนำวิธีการช่วยเหลือ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมและดัดแปลงเตียงให้มีพนักพิงหลัง การดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การสังเกตความคิดปกติ นอกจากนั้นยังอธิบายถึงโอกาสการหายจากอาการปวดศีรษะและนอนราบไม่ได้ เพื่อให้หน้อยเกิดกำลังใจ (ดูภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบที่ 1 ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมและดัดแปลงเตียงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีก

2. ฝึกทักษะที่เป็นปัญหาเพิ่ม การฝึกทักษะในกิจกรรมการดูแลยังมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลยังมีปัญหาการดูแลและยังใช้เวลานานในแต่ละกิจกรรม การฝึกทักษะอาจจำเป็นต้องเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะเดิม เนื่องจากผู้ดูแลอาจลืมหรือไม่เข้าใจว่าเป็นอย่างไรในสถานการณ์จริง ดั่งเช่น การสอนทำความสะอาดท่ออากาศภายใน (inner tube) เมื่อทำความสะอาดและต้มแล้วจะต้องนำมาใส่ดังเดิม กรณีของอนงค์ วันแรกที่กลับบ้านไม่มีเครื่องดูดเสมหะต้องใช้สายดูดเสมหะต่อถูกยางแดงดูดเสมหะที่เหนียวและมีจำนวนมาก ตอนกลางคืนอนงค์ให้ลูกชายดึงท่ออากาศภายในออกไปล้าง มีเฉพาะท่ออากาศภายนอกซึ่งทำให้รู้หายใจกว้าง อนงค์คิดว่าถ้าปล่อยให้อาหารทางท่ออากาศภายนอก คาวจะหายใจได้ดีขึ้นเพราะรูกว้าง อนงค์จึงไม่ใส่ท่อภายในกลับที่เดิม ตอนเช้าค่อยนำใส่ใหม่ จากการกระทำเช่นนี้ทำให้อนงค์พบปัญหาการหายใจของดาวในตอนเช้า เนื่องจากมีเสมหะติดท่ออากาศภายนอกและใส่ท่ออากาศภายในไม่ได้ เป็นต้น ดังนั้น

การเผชิญปัญหาในสถานการณ์จริง ผู้ดูแลสามารถซักถามจากการทดลองกระทำด้วยตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถได้เร็ว

นอกจากการให้ความรู้และฝึกทักษะแล้ว ผู้วิจัยฝึกทักษะเพิ่มเติมจากที่เรียนรู้มาแล้ว เช่น ฝึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมในวงจรที่ 1 ฝึกการบริหารกลัมน้ำเวลาผู้ป่วยเกิดอาการเกร็ง เป็นต้น การฝึกทักษะเพิ่มเติมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและสามารถปรับวิธีการให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ถึงเวดล้อน และสะดวกต่อผู้ดูแล

3. **หาแหล่งที่ปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพ** จากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยมากมาย จากการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลานี้เมื่อผู้ดูแลพบปัญหาหรือเกิดข้อสงสัยที่ผู้ดูแลพบผู้ดูแลส่วนหนึ่งอยู่ในครอบครัวที่ไม่มียานพาหนะ อีกทั้งยังมีปัญหาการขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ดังเช่นกรณีของสมศรีซึ่งดูแลป้าหวาน สมศรีเช่าห้องแถวอาศัยอยู่กับป้าหวานและเพื่อนหรือศรีนวลซึ่งดูแลลุงเขียว ศรีนวลอาศัยอยู่กับมารดาอายุ 84 ปีและพี่สาวอายุ 60 ปี ทั้งสมศรีและศรีนวลจึงมีความกังวลว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลหรือขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องที่อยู่คนละบ้านไม่ได้ ดังนั้นในวงจรนี้ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ เช่น ใช้บริการถามปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ การเรียกบริการหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐช่วงหลังเวลา 18.00 น. ในกรณีต้องการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลรีบด่วน ปรึกษาปัญหากับพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาล เป็นต้น ผู้วิจัยได้แจกบัตรซึ่งมีรายละเอียดของเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้

4. **สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล** ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปัจจัยหนึ่ง คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาซึ่งพบว่า การดูแลในวงจรนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้นนอกจากที่ผู้วิจัยจะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแล้ว การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการให้เวลาพูดคุยกับผู้ดูแลและซักถาม ให้ความสนใจปัญหาของผู้ดูแล ผู้วิจัยพูดเป็นกำลังใจแก่ผู้ดูแล พูดชมเชยในความสามารถและความตั้งใจเอาใจใส่ของผู้ดูแล ผู้วิจัยเล่าถึงผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จักและดูแลผู้ป่วยลักษณะเช่นเดียวกับที่ผู้ดูแลกำลังมีปัญหาลำถึงวิธีการแก้ปัญหา นอกจากนั้นบางครั้งผู้วิจัยชวนผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จักมาเยี่ยมผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ดังเช่นกรณีของคิมซึ่งดูแลลูกเป่า ลูกเป่ามีอาการไอตลอดเวลา มีเสมหะมาก เวลาไอ เสมหะจะพุ่งไกลไปข้างเตียงหรือฝาผนัง คิมรู้สึกหงุดหงิดมาก ไม่รู้จะแก้ปัญหายังไง คิมบอกกับผู้วิจัยว่า เครียดมากและเหนื่อย ผู้วิจัยเล่าถึงปัญหาของแม่น้องโบ (มิใช่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้) ซึ่งคิมรู้จักที่โรงพยาบาล ขณะนี้แม่น้องโบสามารถแก้ปัญหได้แล้ว ผู้วิจัยยังเล่าถึงเกียรติซึ่งดูแลลูกห่าน คิมรู้จักเกียรติซึ่งดูแลลูกห่านที่โรงพยาบาลเช่นกัน หรือกรณีของป้าแจซึ่งดูแลลูกเป่า ป้าแจรู้สึกเหนื่อยและเครียดเหมือนกัน ป้าแจมักบ่นว่า “เป็นเวรเป็นกรรมของป้าจริง...จริง” วันที่ป้าแจและลูกพาถูบเล้งไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นัดหมายนำบัว (มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สัวและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องของผู้วิจัย) มาพูดคุยกับป้าแจที่โรงพยาบาล ขณะรอแพทย์ตรวจลูกเป่า

นอกจากนั้น การปรับกำหนดการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัยระยะถัดตามคำขอของผู้ดูแลเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยสามารถสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนหนึ่งขอให้ผู้วิจัยมาเยี่ยมบ่อยครั้งในขณะนี้ จากการศึกษพบว่า กำหนดการเยี่ยมของผู้วิจัยในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดการเยี่ยมสัปดาห์ละ 3 วัน สัปดาห์ต่อไปสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน ผู้ดูแลต้องการให้ผู้วิจัยเยี่ยมบ่อยครั้งเนื่องจากผู้ดูแลต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแล ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณวิจัยเป็นที่พึ่งในช่วงที่ผู้ดูแลยังปรับบทบาทไม่ได้

ดังนั้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล ได้แก่ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก พูดให้กำลังใจและชมเชยในความสามารถและตั้งใจของผู้ดูแล เล่าถึงปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จัก เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหากับผู้ดูแลรายอื่น และปรับกำหนดการเยี่ยมระยะถัดมากขึ้น

ข้อควรระวัง การเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งตามความต้องการของผู้ดูแลอาจมีผลทำให้ผู้ดูแลพึ่งผู้วิจัยมากเกินไป สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยระลึกรู้เสมอ คือ ผู้วิจัยจะต้องไม่ทำให้ผู้ดูแลพึ่งผู้วิจัยมากเกินไป ผู้ดูแลจะต้องสามารถคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหได้ด้วยตนเอง ดังนั้นในระยะเวลาที่ผู้ดูแลมีความเครียดและสับสนมาก ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลทันที แต่เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดและสับสนน้อยลง ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ในการให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดพิจารณาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้

5. ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลร่วมประเมินผลภาวะสุขภาพผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ การประเมินผลจะทำให้ผู้ดูแลเห็นความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ป่วยและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การดูแลมากขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล และหาวิธีการปรับหรือแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม ดังเช่นกรณีของอนงค์ที่ต้องใช้ลูกยางแดงต่อสายดูดเสมหะมาดูดเสมหะแทนการใช้เครื่องดูดเสมหะให้ดาว องค์กรยืมเครื่องดูดเสมหะจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินผลภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการหายใจร่วมกับอนงค์ทุกครั้ง จากการประเมินผลการหายใจนี้ ทำให้องค์สามารถเข้าใจถึงลักษณะการหายใจได้ดีขึ้น องค์กรเห็นประโยชน์ของการเคาะปอดเพื่อกระตุ้นให้ดาวไอเอาเสมหะออกเองแทนการใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะ การใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจะทำให้เสมหะออกมาได้น้อย เนื่องจากมีแรงดันน้อย และยังทำให้ปลีองสายดูดเสมหะอีกด้วย (ครั้งละประมาณ 8 - 10 เส้น)

กลยุทธ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลในวงจรที่ 2 ผู้วิจัยมีกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้

1. หากกลุ่มช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติของผู้ดูแลที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความวุ่นวาย สับสน เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การหากกลุ่มช่วยเหลือระหว่างผู้ดูแลเป็นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ มีกำลังใจที่จะแก้ปัญหา และยังเป็นแหล่งข้อมูลของผู้ดูแลอีกด้วย ผู้วิจัยหากกลุ่มช่วยเหลือระหว่างผู้ดูแลโดยชักถามและค้นหาญาติพี่น้องที่เคยมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแล หรือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อขอให้มาเยี่ยมเยียนผู้ดูแล ผู้วิจัยชวนผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จักหรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกันมาเยี่ยมผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หรืออาจพาผู้ดูแลไปพบที่บ้านของผู้ดูแลรายอื่น ผู้วิจัยยังใช้วิธีการนัดหมายให้ผู้ดูแลรายอื่น ไปพบกับผู้ดูแลที่ โรงพยาบาลในวันที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยเล่าถึงผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จักและกำลังประสบปัญหาหรือผ่านพ้นเหตุการณ์ช่วงนี้แก่ผู้ดูแล กลยุทธ์ดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจในสถานการณ์ เกิดความรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทุกคน และสามารถแก้ปัญหาได้ ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและไม่เกิดความรู้สึกว่าถูกปล่อยไว้เผชิญปัญหาแต่เพียงลำพัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ยังช่วยให้ผู้ดูแลมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

2. สะท้อนคิดพิจารณา วิธีการนี้เป็นกลวิธีที่ผู้วิจัยใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในการคิด ตัดสินใจอย่างอิสระ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลคิดวิเคราะห์ว่า ปัญหานั้นเกิดจากอะไรได้บ้าง และมีสาเหตุจากอะไร รวมถึงจะแก้ไขอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยและสภาพที่บ้าน และเมื่อนำวิธีการที่ผู้ดูแลเลือกไปกระทำ ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ดูแลทุกครั้งว่ามีผลเป็นเช่นไร เหมาะสมหรือไม่อย่างไร ดังเช่นกรณีของคิม มักพบปัญหาการไอของลุงเป่า จนทำให้คิมรู้สึกหงุดหงิด ไม่ว่าคิมจะทำอะไรให้ลุงเป่า เช็ดตัว ให้อาหารทางสายยาง หรือพลิกตะแคงตัว ลุงเป่าจะไอและมีเสมหะพุ่งเลอะเทอะอย่างมาก บางครั้งลุงเป่าไอขณะให้อาหารทำให้อาหารทำให้อาเจียนออกมา ผู้วิจัยเริ่มจากให้ความรู้เรื่อง “อาการไอเกิดขึ้นได้อย่างไร” หลังจากนั้นในแต่ละครั้งที่เยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยให้คิมวิเคราะห์ว่าการไอทำให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างไร จากการสังเกตอะไรทำให้ลุงเป่าไอมากและอะไรจะทำให้ไอน้อยลง และลดอาการไอได้อย่างไรบ้าง พร้อมทั้งติดตามวิธีการดูแลที่คิมทดลองใช้ว่าได้ผลเพียงใด

3. สร้างพลังความสามารถในการดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและอาศัยความรู้ทักษะพิเศษ ต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูแลการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ฝึกการถ่ายปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะทั้งเป็นระยะ การบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อให้กลับทำงานได้ ฝึกยืนและเดิน การดูแลสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นต้น ผู้ดูแลต้องได้รับการฝึกทักษะและฝึกความอดทนในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างพลังความสามารถในการดูแลเพื่อให้เกิดพลังภายในการดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจ ผู้วิจัยสร้างพลังความสามารถโดยการสอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยแสดงถึงความกระตือรือร้นและตั้งใจสอน ให้ความสนใจในทุกปัญหาของผู้ดูแลเพื่อสร้างความรู้สึที่ดีแก่ผู้ดูแล มิให้ผู้ดูแลรู้สึกเกรงใจหรือกลัวว่าผู้ดูแลถามคำถามที่ไม่เหมาะสม กล้าถามปัญหากับผู้วิจัย กล้าวชมเชย วิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจและภูมิใจ อันนำไปสู่ความต้องการแสดงความสามารถให้เกิดการยอมรับของครอบครัวและผู้วิจัย

สะท้อนการปฏิบัติ

การสะท้อนการปฏิบัติในวงจรที่ 2 นี้ พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาล ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริม

1. ความหวัง ถึงแม้ว่าสภาวะการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงที่ผู้ดูแลต้องเผชิญนั้น ผู้ดูแลทุกคนต่างรับรู้ว่าเป็นการกระทำกับบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งกำลังเผชิญกับความทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีความหวัง ดังเช่น คี๊ ผู้ดูแลรายหนึ่งบอกกับผู้วิจัยว่า “ทำอะไรก็ต้องมีความหวัง มีกำลังใจ คนเราไม่มีความหวังก็ไม่มีกำลังใจ อีกหน่อยก็ละเลยเขา...” ความหวังจึงก่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความหวังต่อการหายของผู้ป่วยในหลายลักษณะ ดังนี้

1.1 พุดได้ บอกได้ว่าต้องการอะไร ลูกนั่งได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยไม่รู้ตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยมักมีความหวังอยากให้ผู้ป่วยฟื้น รู้สึกตัวและพุดได้ สามารถโต้ตอบหรือบอกถึงความต้องการของตนเองได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีเส้นเลือดในสมองแตกจึงทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ ผู้ดูแลยอมรับว่าสภาพผู้ป่วยเป็นการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง ผู้ดูแลจึงมิได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเดินและกลับไปมีชีวิตเช่นเดิม ดังกรณีของ อนงค์และ ศักดิ์ อนงค์เล่าว่า “แม่จำอยากให้ดาวพุดได้ บอกได้ว่าอยากได้อะไร ลูกนั่งได้ คุยกับแม่จำได้” ส่วน ศักดิ์ บอกกับผู้วิจัยว่า “แม่น่าจะรู้สึกตัวมากขึ้น แต่แม่บอกว่าต้องการอะไร จะให้ทำอะไร ผมก็พอใจแล้ว”

1.2 แสดงกิริยาให้รู้ว่าต้องการอะไร การเจ็บป่วยที่รุนแรงและใช้ระยะเวลาการรักษาโรงพยาบาลนานดังเช่นผู้ป่วยไม่รู้ตัวบางรายที่มีปัญหาการหายใจ ตลอดเวลาของการรักษาตัวที่โรงพยาบาลผู้ดูแลมักเป็นผู้เฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงเห็นและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยากต่อการรักษาให้หายเช่นเดิมได้ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่าผู้ป่วยที่ไม่เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานานจะทำให้เส้นจม (เส้นประสาทไม่ทำงาน) ซึ่งยากต่อการรักษาโดยวิธีการนวดและคาดหวังให้อาการผู้ป่วยกลับเช่นเดิมได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงหวังเพียงว่าผู้ดูแลจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและสามารถแสดงกิริยาต่อผู้ดูแลได้ว่าต้องการอะไร เช่น แสดงอาการเมื่อหิวหรืออึม แสดงอาการเมื่อปวดปัสสาวะหรืออุจจาระ แสดงอาการรับรู้ที่ผู้ดูแลกำลังพุดด้วย เป็นต้น การแสดงกิริยาให้รู้ว่าต้องการอะไร จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยได้และเป็นกำลังใจให้กับผู้ดูแลรับรู้ถึงอาการผู้ป่วย

ดีขึ้น ดังกรณีของ วัฒน บอกรับผู้วิจัยว่า “คิดว่าพ่อคงดูนั้งเองและช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว อาการอย่างนี้ก็หวังให้ทำท่าหรือซึบอได้ว่าต้องการอะไรก็พอ”

1.3 อยากให้เกิดปาฏิหาริย์ ความหวังให้เกิดปาฏิหาริย์เป็นความหวังที่ผู้ดูแลหวังทั้งที่รับรู้ว่าสิ่งที่อยากให้เป็นยากที่จะเกิดขึ้นหรือเป็นไปได้ ดังเช่นกรณีของ ต้ม ที่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า “...จะหายได้ก็ปาฏิหาริย์ มัน...(สะอื้น)...ความหวังไม่มีอีกแล้ว จะหายเป็นปกติก็ปาฏิหาริย์ ตอนนี้อยู่ดูแลไปก็อยากให้เกิดปาฏิหาริย์ พอพูดกับเราได้” ต้มได้เล่าต่ออีกว่า ตลอดเวลา 7 เดือนที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ต้มไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่พอจะคาดหวังได้ว่าผู้ป่วยจะฟื้นกลับมาได้ อีกทั้งบางช่วงแพทย์ยังต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยเป็นระยะอีกด้วย ความอยากให้เกิดปาฏิหาริย์เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นผลเนื่องจากมีเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้สมองขาดเลือดจนเกิดเนื้อสมองตาย ซึ่งยากต่อการรักษาให้อาการดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลก็ยังหวังว่าอาจเกิดปาฏิหาริย์ ผู้ป่วยสามารถพูดกับผู้ดูแลได้

1.4 ช่วยเหลือตัวเองและเดินได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทุกคนต่างมีความหวังที่คล้ายกัน กล่าวคือ หวังให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและเดินได้ “ช่วยเหลือตัวเองได้” ผู้ดูแลหมายถึง ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น สามารถอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ ป้อนข้าวได้เอง เป็นต้น ผู้ดูแลหวังว่าการช่วยเหลือตัวเองได้อาจเป็นไปได้ในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถเตรียมเครื่องใช้ด้วยตนเองหรือมีผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือบ้างก็ตาม “เดินได้” ในที่นี้หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยจะเดินลากขาหรือใช้ไม้เท้าเดินก็ได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีได้หวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินไปประกอบอาชีพหรือทำงาน แต่หวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินภายในบ้าน รอบบ้าน หรือเดินในระยะทางที่ไม่ไกล เช่น เดินไปตลาด เยี่ยมเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยจะรักษาหายและเดินได้นั้นเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้จากญาติหรือเพื่อนบ้านที่เคยเป็นผู้ดูแลหรือมีญาติเคยเป็นเช่นผู้ป่วย หรือจากคำบอกเล่าของผู้ที่เคยเจ็บป่วยเหมือนกับผู้ป่วย หรือจากประสบการณ์ที่เคยเห็นผู้ป่วยที่มีสภาพเช่นเดียวกันสามารถรักษาจนเดินได้ ความเชื่อดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความหวังในลักษณะเช่นเดียวกัน

ดังเช่น เนาะ เล่าว่า “คิดว่าสักวันแกคงเดินได้ ช่วยตัวเองได้ เราก็คงไม่เหนื่อย ถ้าปะช่วยตัวเองได้ มะจะได้ออกไปขายไก่ ปล่อยให้ปะอยู่บ้านคนเดียว พอเที่ยงกลับมาเตรียมอาหารให้ปะ มะไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องซึบเยียวของแก แกเดินไปห้องน้ำได้ มะก็สบายใจแล้ว”

เช่นเดียวกับ หน้อย เล่าว่า “ให้แกเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ก็พอแล้ว ให้ลูกนั่งได้ เดินไปห้องน้ำได้ เดินแบบเอาไม้เท้าลากขาาก็ได้ เดินออกไปโน่นไปนี่ได้ไม่ต้องรบกวนใคร...”

ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลทุกคนต่างมีความหวังในการดูแลผู้ป่วย ความหวังที่ก่อให้เกิดกำลังใจ ความเสียสละชีวิตส่วนตัว ความเอาใจใส่และอดทนต่อการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับภาวะเครียด เหนื่อย หรือแม้กระทั่งการลืมดูแลตนเองก็ตาม ผู้ดูแลทุกคนกล่าวในทำนองเดียวกันว่า หากกระทำโดยปราศจากความหวังแล้วจะมีผลทำให้อาจจะทิ้งหรือไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยไปในที่สุด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2. การช่วยเหลือของครอบครัว วงจรนี้ผู้ดูแลสับสน วุ่นวาย เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังปราศจากการช่วยเหลือจากพยาบาลดังเช่นที่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่อาศัยในครอบครัวขยายหรือครอบครัวซึ่งมีบุตรอยู่ในวัยทำงานหลายคน ดังเช่น ครอบครัวของ อนงค์ ศรีนวล หรือติ่ม เป็นต้น สมาชิกจะช่วยเหลือผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยและช่วยแบ่งเบาภาระ อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลด้วย การช่วยเหลือของครอบครัวอาจช่วยในหลายลักษณะ เช่น ครอบครัวอนงค์มีบุตรชายคอยดูแลหุงต้มและเคาะปอด บุตรสาวจะเป็นผู้เตรียมอาหารเหลว สามี่จะเป็นผู้จัดซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ตามที่ผู้ดูแลต้องการ ครอบครัวศรีนวลซึ่งมีมารดาวัย 92 ปีและพี่สาววัย 60 ปี พี่สาวของศรีนวลจะเป็นผู้เตรียมอาหารเหลวทุกมื้อ และช่วยทำความสะอาดเสื้อผ้า อุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย หรือติ่มซึ่งอยู่กับมารดาและผู้ป่วย มารดาจะคอยช่วยเหลือตลอด เช่น ช่วยติ่มเช็ดตัวให้ผู้ป่วย ช่วยยกตัวหรือพลิกตะแคง ช่วยให้อาหารทางสายยางเป็นบางมื้อ และเมื่อต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมารดาจะไปด้วยหรือหากติ่มต้องไปเฝ้าไข้ที่โรงพยาบาล มารดาจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างนั้น เป็นต้น

3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากผู้ดูแลได้รับแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาการดูแลแล้ว ในวงจรที่ 2 นี้การได้ข้อมูลจากแหล่งอื่นเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลอีกวิธีการหนึ่ง ในขณะที่ผู้ดูแลมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลจากสถานบริการสุขภาพ เช่น ปรึกษาพยาบาลที่โรงพยาบาล หรือจากญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลคนอื่นที่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกับผู้ป่วย ในวงจรนี้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเพื่อนำมาแก้ปัญหา ข้อมูลและการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจะช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นภาวะหัวเลี้ยวหัวต่อ ดังนั้นในวงจรนี้ผู้วิจัยจึงเป็นผู้หนึ่งที่จะให้ข้อมูล

เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนอื่นที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลรวมทั้งช่วยหาบุคคลในเครือข่ายเพิ่มสำหรับการช่วยเหลือผู้ดูแล

อุปสรรค

1. **ภาวะสุขภาพผู้ดูแล** จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในวงจรนี้ ในแต่ละวันผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาจนทำให้ผู้ดูแลล้าและเหนื่อยตัวเองซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้ดูแล จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า หงุดหงิด ผู้ดูแลที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการพยาบาลในวงจรที่ 2 ซึ่งถือว่าเป็นระยะปรับเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาที่บ้าน ผู้วิจัยจะต้องเน้นถึงการประเมินความสามารถในการกระทำหน้าที่ของร่างกายและความรู้สึของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลเกิดความพร่องหรือปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสะท้อนคิดกับผู้ดูแลวิเคราะห์สถานการณ์ หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

2. **ระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย** ผู้ป่วยที่มีระดับการสูญเสียอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยรุนแรงย่อมก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมาก ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยาก จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวที่หายใจผ่านทางเดินหายใจจะมีความต้องการการพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวที่สามารถหายใจได้เอง ผู้ดูแลกลุ่มแรกต้องการการฝึกทักษะดูแลเฉพาะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่ผู้ดูแลอีกกลุ่มไม่ต้องฝึกทักษะดังกล่าว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงซีกหนึ่งซีกใดอย่างเดียวยังมีความยุ่งยากในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกพร้อมกับมีอาการทางประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีปวดศีรษะ กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น

การประเมินผลลัพธ์ ในวงจรที่ 2

การประเมินผลลัพธ์ความสามารถในวงจรที่ 2 สามารถประเมินได้ดังนี้

1. **ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน** จากการประเมินความสามารถการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่

ในภาวะปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลสามารถดูแลตามความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอากาศ อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ ร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับบริเวณใด การจับถ่ายปัสสาวะ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งซึ่งดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเริ่มมีความเข้าใจสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยยังคงมีอาการหงุดหงิด เรียกร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแล

จากการศึกษายังพบว่า เมื่อสิ้นสุดการพยาบาลในวงจรนี้ผู้ดูแลทุกคนบอกว่ามีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยและมีความรู้สึกดีใจที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลทุกคนประเมินผลความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังเช่นกรณีของหน่วยเล่าว่า “มีกำลังใจขึ้นมาก เห็นเขาลุกนั่งได้ กินข้าวเองได้แล้วก็ไม่ปวดหัว สามสิ่งนี้หน่วยก็ตั้งใจดูแล ในอาทิตย์นี้เห็น 3 สิ่งก็สบายใจขึ้นมาก” เช่นเดียวกับกรณีของวัณณ์เล่าว่า “สังเกตเหมือนพ่อจะเริ่มรู้เรื่อง เรียกแล้วลืมตา ตอนนี้อยู่สบายไม่ต้องดูแลมาก” นางเนาะบอกกับผู้วิจัยเช่นเดียวกันว่า “ตอนนี้ปะลุกนั่งได้ หายใจดีขึ้น มะพยายามไม่ดูแล สงสาร พยายามให้ออกมา ปะเริ่มโอได้แล้ว ดีขึ้นมาก” การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ดูแล ทำให้ร่างกายได้รับการตอบสนองตามความต้องการของร่างกาย เช่น ได้รับอาหาร น้ำ และอากาศ อย่างเพียงพอ เป็นต้น การได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องทำให้สมองซึ่งมีพยาธิสภาพจากการขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวกลับทำงานได้ดีขึ้น สมองได้รับอากาศและอาหารจากเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

2. ผู้ดูแลสามารถจัดการตัวเองได้ จากการศึกษพบว่า เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาแต่ละกิจกรรมน้อยลง ผู้ดูแลจึงมีเวลาสำหรับการดูแลตนเองและสามารถทำงานบ้านที่รับผิดชอบได้ จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลมักดูแลตนเองและทำงานบ้านในช่วงที่ผู้ป่วยนอนหลับหรือช่วงเวลาพักผ่อน เช่น ดูโทรทัศน์ หรือมีหลานมาเล่นรอบข้าง เป็นต้น อย่างไรก็ตามบางครั้งพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติหรือไม่สามารถนอนหลับพักผ่อน ผู้ดูแลยังคงใช้เวลากับการดูแลเช่นเดิม

จากการศึกษายังพบอีกว่า ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยที่บ้านจนกระทั่งผ่านพ้นวิกฤตการณ์หัวเลี้ยวหัวต่อนี้มีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 5 - 10 วัน การพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วยรายแรกๆผู้วิจัยพบปัญหาที่ทำให้ระยะเวลาพัฒนาความสามารถผู้ดูแลล่าช้า ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ

15 - 20 วัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหา นำมาปรับปรุงแผน และทดลองใช้กับผู้ป่วยรายต่อไปทำให้ ผู้วิจัยสามารถพัฒนาความสามารถผู้ดูแลให้ผ่านพ้นวงจรที่ 2 ได้เร็วขึ้น เช่น การปรับวิธีการและ เนื้อหาความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลในวงจรที่ 1 การนำครอบครัวให้เรียนรู้และฝึกทักษะบางอย่าง ร่วมด้วย การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะใช้ระยะเวลาน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย ถึงแม้ว่าผู้ดูแลกลุ่มแรกจะต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพที่ เกิดขึ้นมีความรุนแรงแตกต่างกัน อาการทางระบบประสาท บางอย่างจะกลับทำหน้าที่ได้ปกติใน ระยะเวลาอันสั้น เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและอากาศอย่างเพียงพอ เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลจะเห็นอาการผู้ป่วยดีขึ้น เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ มุมปากตก ปากเบี้ยว และกลืนลำบาก ผู้ป่วยสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ เป็นต้น ผู้ป่วยจะมี สภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น ดังเช่นกรณีของมะลิ แว ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาส่งเสริมเพียง 5 วัน กรณีของหน้อย สมศรี ใช้เวลา 8 - 10 วัน ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อยประมาณ 10 วัน ดังเช่นกรณีของวัฒน์ เกียรติ ศรีนวล ใช้เวลา ประมาณ 10 - 12 วัน กรณีของติ่ม เนาะ ค๊ะ ใช้เวลาประมาณ 15 วัน

วงจรที่ 3 แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่

เริ่มเมื่อทำได้ จัดการได้ มีความหวัง แสวงหาจนพบสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย และปรับใจ เป็นผู้ดูแลได้

ปรากฏการณ์ในวงจรนี้ (ดูแผนภาพที่ 8) เริ่มต้นเมื่อผู้ดูแลผ่านพ้นจุดแห่งความยุ่งยากของ การเป็นผู้ดูแล เมื่อเข้าสู่วงจรที่ 3 ผู้ดูแลจะเกิดกำลังใจและหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น จากการที่ ผู้ดูแลประเมินว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และขณะเดียวกันก็ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะ สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ในวงจรนี้ผู้ดูแลทุกคนแสวงหาวิธีการรักษาแบบอื่นเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยหายหรือดูแลตัวเองได้ ขณะเดียวกันผู้ดูแลจะปรับวิธีการดูแลให้ง่ายและเหมาะสมกับที่บ้าน มากขึ้น ผู้ดูแลส่วนหนึ่งปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในวงจร ดังนี้

ปัจจัยเสริม

- ความสามารถในการคิดแปลง
- ผู้ช่วยเหลือพาไปนวด/ ทำกายภาพบำบัด

อุปสรรค

- ไม่มีเงิน
- ขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์

ผู้ดูแล

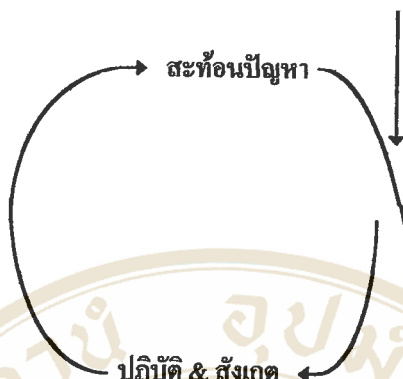
- ทักษะเพิ่มขึ้น

- ปรับตัวปรับใจเป็นผู้ดูแลได้ ถอดสายสวนคาให้ปัสสาวะเอง

ผู้ป่วย

- อยู่ในภาวะปลอดภัย

- ได้รับการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์



- ปฏิบัติ & สังเกต
- ฝึกการเดิน กำลัขา การใช้มือ การจับถ่ายปัสสาวะ
 - ปรับวิธีการดูแล เช่น ปริมาณอาหาร การผสมอาหาร การอาบน้ำ
 - ประสานกับแพทย์ ถอดท่อทางเดินหายใจ
 - เชื่อมบ้าน เดือนละ 2 - 3 ครั้ง

วางแผน

- ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพเพิ่มเติม
- สร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน
- สนับสนุนและชมเชยวิธีการที่ค้นพบ
- สะท้อนคิดพิจารณาอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์
- ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ
- ผสมผสานการดูแลตามความเชื่อ
- สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล

ปรับปรุงแผน

- ปรึกษาแพทย์หรือทีมสุขภาพ

แผนภาพที่ 8 : วงจรที่ 3 : แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่

1. เริ่มรู้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร จากการที่ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทุกวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเริ่มสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงออกที่จะสื่อความหมายของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ซึ่งไม่สามารถสื่อสารหรือบอกเป็นคำพูดได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวมีเพียง 2 รายที่ไม่สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ เกียรติและศรีนวล เนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดแบบลิ้นอกนั้นผู้ดูแลรายอื่นสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น วัฒนสังเกตเห็นป้ากิมมีการขยับแขนข้างซ้ายขยับบริเวณต้นขาหรือขยับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นระยะซึ่งผู้ดูแลสามารถแปลความหมายได้ว่าผู้ป่วยต้องการให้นวดขาหรือถ่ายปัสสาวะไหลออกมารดที่นอน ค่ะสังเกตว่าเมื่อเรียกชื่อหรือคุยกับโต้ะหรือให้น้องมาเล่นใกล้โต้ะจะยิ้มและหันมามอง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่ผู้ดูแลสังเกตได้นี้จะก่อให้เกิดความหวังผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดี

2. **หาวิธีการรักษาอย่างอื่นด้วย** จากการดูแลผู้ป่วยทุกวันด้วยความรักและเอาใจใส่ของผู้ดูแลและด้วยความหวังว่าผู้ป่วยจะหายหรือดูแลตนเองได้หรือเพียงแค่แสดงถึงความต้องการของตนเองได้ เมื่อผู้ดูแลผ่านพ้นภาวะของความยุ่งยากและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลทุกคนเริ่มสนใจหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมและปรับวิธีการให้ดีขึ้น วิธีการหาความรู้ของผู้ดูแลมีหลายวิธี ได้แก่ ชักถามผู้วิจัย ปรึกษาแพทย์ที่รักษา ปรึกษาพยาบาลที่เคยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และคุ้นเคยกับผู้ดูแลหรือพยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล พูดคุยกับผู้ดูแลรายอื่นที่ดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน รวมถึงวิธีการปรับที่เกิดจากการเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยทุกวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังสนใจหาวิธีการฟื้นฟูสภาพเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอันนำไปสู่การมีชีวิตที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ดูแลส่วนหนึ่งดังนั้น เนาะอยากให้ผู้ป่วยหายใจได้เองเช่นคนปกติโดยเอาท่อทางเดินหายใจออกและสามารถรับประทานอาหารทางปากได้โดยไม่ต้องให้อาหารทางสายยาง กรณีของหน่วยต้องการให้ผู้ป่วยปัสสาวะเองโดยไม่ต้องใส่สายสวนคา หรือผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทุกคนต้องการฝึกให้ผู้ป่วยเดินได้เป็นต้น

จากการศึกษายังพบว่า นอกจากการแสวงหาวิธีการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังหาวิธีการทางแผนโบราณมาทดลองรักษาผู้ป่วยด้วย จากความเชื่อของชุมชนมักเชื่อว่าโรคนี้ถ้าได้รับการนวดหรือจับเส้นจากหมอบ้านแล้วมีโอกาสหายหรือเดินได้เหมือนเดิม ยกเว้นในรายที่หมอบ้านบอกว่าเส้นจมนมากแล้วไม่สามารถนวดให้หายได้ ดังนั้นผู้ดูแลทุกคนจึงพาหมอบ้านหรือพาผู้ป่วยไปรับการนวดตามที่บอกต่อกันมา อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักพาผู้ป่วยไปทดลองนวดกับหมอบ้านตั้งแต่วางครั้งที่ 2 จนกระทั่งมาวางครั้งที่ 3 ดังเช่นกรณีของ หน้อย สมศรี แว และมะลิ นอกจากวิธีการนวดแล้วยังมีวิธีการดัดยาสมุนไพรดัดประคบยาสมุนไพร ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะเริ่มทดลองรักษาวิธีการแผนโบราณตั้งแต่วางครั้งที่ 2 แต่ผู้ดูแลยังมิได้สนใจถึงผลการรักษาเท่ากับปัญหาการดูแลที่ผู้ดูแลเผชิญ เมื่อผู้ดูแลผ่านพ้นปัญหาการดูแลในวางครั้งที่ 2 แล้ว ผู้ดูแลเริ่มให้ความสนใจถึงผลการรักษาและหาวิธีการแบบอื่นมารักษาผู้ป่วย

จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดการแสวงหาหรือปรับวิธีการใหม่เพื่อให้การดูแลและการรักษามีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่เป้าหมายที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยคาดหวัง

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแล ในวงจรที่ 3

การพยาบาลในวงจรที่ 3 นี้ เป็นการพัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลในวงจรที่ 3 ได้แก่

1. ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ดูแลและกิจกรรมโดยทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การจับถ่ายได้ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่ผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมวางแผน เป้าหมายสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ คือ การเพิ่มกำลังแขนและขาและการฝึกเดิน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเลือกแหล่งฟื้นฟูสภาพและวิธีการอย่างอิสระ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพในหลายลักษณะ ได้แก่ 1) พาผู้ป่วยไปบริหารและฝึกที่หน่วยกิจกรรมบำบัดและหน่วยกายภาพบำบัดทุกวัน 2) พาไปนวดกับหมอบ้านช่วงเช้าร่วมกับการพาไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลต่อ 3) พาไปนวดกับหมอบ้านอย่างเดียว 4) จ้างหมอบ้านมานวดหรือนักกายภาพบำบัดมาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน และ 5) พาไปนวดกับหมอบ้านช่วงเช้าและกลับมาบริหารให้ผู้ป่วยเองที่บ้าน การเลือกวิธีโดยอ้อมขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อ การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ไม่ว่าผู้ดูแลจะกระทำวิธีใดก็ตาม ผู้วิจัยจะเน้นการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและถูกวิธี ผู้ดูแลที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฝึกกับนักกายภาพบำบัดได้ ผู้วิจัยสอนและฝึกผู้ดูแลให้สามารถฝึกผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เช่น สอนการออกกำลังกายท่าที่ให้กำลังกล้ามเนื้อหรือมีการเคลื่อนไหวของข้อมากขึ้น สอนการฝึกทรงตัว การเดิน เป็นต้น ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมประเมินความสามารถของผู้ป่วยเป็นระยะและร่วมปรับวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย ผู้วิจัยเน้นการฟื้นฟูสภาพเช่นกัน จากการศึกษาพบผู้ดูแลสังเกตเห็นพฤติกรรมแสดงออกที่สามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลฟื้นฟูสภาพโดยเน้นถึงความสำคัญของการบริหารกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวข้อต่ออย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยการสัมผัส พูดคุย อีกทั้งแนะนำบุคคลใกล้ชิดเช่น พี่น้อง ลูกหลาน เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยและสัมผัสผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแลส่วนหนึ่งพาหมอบ้านมานวดผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน

2. **สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล** ในวงจรนี้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหาย ผู้ดูแลจะมองหาวิธีการรักษาและปรับวิธีการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย มีภาวะสุขภาพดังที่หวังไว้ แต่เนื่องจากวิธีการฟื้นฟูสภาพ เช่น การบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง เป็นต้น ต้องใช้เวลาและความพยายามในการฝึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดความเครียด หงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า เนื่องจากผลการฝึกไม่เป็นไปตามเวลาที่คาดหวัง ผู้ป่วย อาจแสดงอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแล จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้นมีผลให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้ดูแลประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่หวัง อีกทั้งจะต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย และปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเกิดการท้อแท้ หดหู่และกำลังใจ เหนื่อยล้า ดังนั้นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยสนับสนุน ด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลโดยการพูดให้กำลังใจร่วมกับการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างจริงใจและ ตั้งใจ ร่วมหาวิธีการหรืออุปกรณ์ฝึกผู้ป่วยในสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น ให้ผู้ดูแลเย็บ ถูทรายหนักครั้งกิโลกกรัมให้ผู้ป่วยบริหารขา เป็นต้น พูดเปรียบเทียบภาวะสุขภาพเมื่อผู้ป่วย กลับบ้านกับภาวะสุขภาพปัจจุบัน เล่าถึงประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยรายอื่นเพื่อให้กำลังใจ อดทนและรอคอยวันที่ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ กล่าวชมเชยในความพยายามและอดทนของผู้ดูแล

3. **ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ** การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ดูแลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยกระทำอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลจะนำไปสู่การ ปรับวิธีการดูแลอีกทั้งทำให้ผู้วิจัยและผู้ดูแลทราบถึงการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งกัน และกัน จากการศึกษาพบว่า การประเมินผลภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย มักเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จากการที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นการตอบสนองของผู้ป่วยราวกับว่า ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น เช่น เมื่อผู้ดูแลเรียกชื่อ ผู้ป่วยจะหันหน้ามองผู้ดูแล หรือเมื่อมีญาติมาเยี่ยม สังเกตสีหน้าผู้ป่วยสดชื่น เป็นต้น สำหรับภาวะสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ในขณะที่มีการ ฟื้นฟูสภาพเพื่อให้กำลังแขนและขาเพิ่มขึ้นและสามารถเดินได้ การพัฒนาความสามารถมักไม่เป็น ไปตามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลคาดหวัง เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพดังกล่าวจะต้องใช้เวลาและความอดทน ในการกระทำ ดังนั้นในการประเมินภาวะสุขภาพจึงมักจะประเมินทั้งที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และไม่ดีสลับกันไป

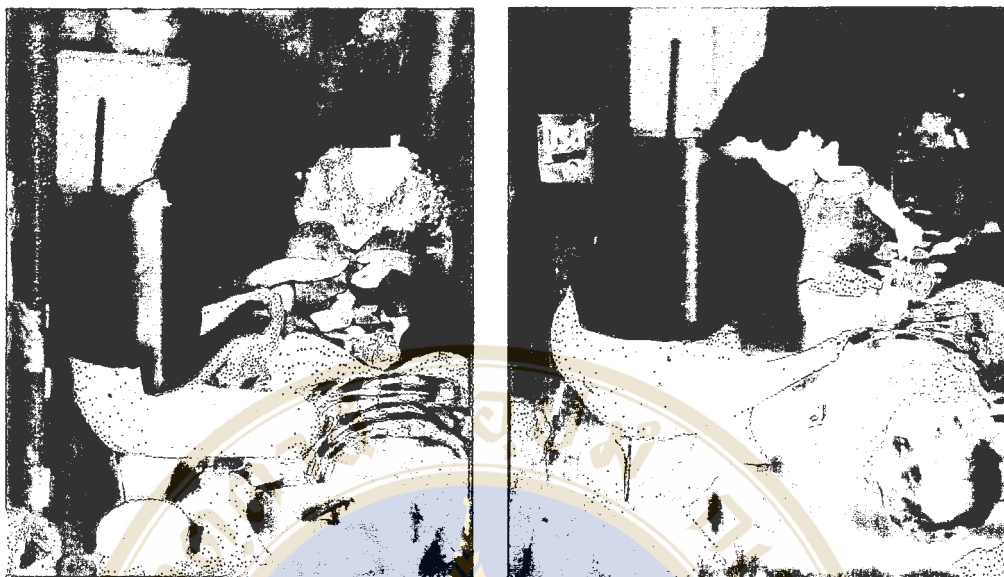
4. **ปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง** จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้อวัยวะที่เสียหายที่จากการเจ็บป่วยกลับมาทำหน้าที่ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ก่อนเกิดการเจ็บป่วยมากที่สุด เช่น สามารถหายใจได้เองโดยถอดเอาท่อทางเดินหายใจออก สามารถปัสสาวะได้เองโดยไม่ต้องใส่สายสวนคา หรือรับประทานอาหารทางปาก เป็นต้น การฟื้นฟูสภาพดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตรวจก่อนเพื่อประเมินการทำงานของอวัยวะที่ต้องการฟื้นฟู ดังเช่นกรณีของมู เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านไประยะหนึ่ง จนกระทั่งสังเกตว่าผู้ป่วยมีเสมหะน้อยลง ผู้ดูแลต้องการให้เอาท่อหายใจออกเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเอง ผู้วิจัยและผู้ดูแลจึงร่วมวางแผนทดลองฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเองโดยผู้วิจัยสอนให้ผู้ดูแลเอาผ้าก๊อชปิดรูท่อทางเดินหายใจเป็นระยะ และเมื่อผู้ดูแลประเมินได้ว่าผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ผู้วิจัยปรึกษาแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยมาตรวจและถอดท่อทางเดินหายใจแพทย์จึงรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อตรวจเช็คท่อหลอดลมตีบหรือไม่ (Tracheal stenosis) ผลการรักษาผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองภายหลังถอดเอาท่อทางเดินหายใจออก หลังจากนั้นผู้ดูแลฝึกให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองแทนการให้อาหารทางสายยาง

ฉัตรเป็นผู้ป่วยอีกรายที่ได้รับการฝึกถ่ายปัสสาวะ ผู้วิจัยกับผู้ดูแลร่วมวางแผนการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะแทนการสวนคา ผู้วิจัยสอนและฝึกการสวนปัสสาวะทั้งตามเวลาแก่ผู้ดูแล โปรแกรมการฝึกการขับถ่ายเริ่มต้นเมื่อผู้วิจัยปรึกษาแพทย์ที่รักษาในการตรวจความผิดปกติระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้รักษาตัวที่โรงพยาบาลเพียง 4 วันและแพทย์ให้สวนคาสายปัสสาวะก่อนกลับบ้านโดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจว่าไม่มีความผิดปกติระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยปรึกษาแพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฝึกการถ่ายปัสสาวะผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสอนและฝึกการสวนปัสสาวะแก่ผู้ดูแลควบคู่กับการรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ ภายหลังการสวนปัสสาวะทั้งเป็นระยะ ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้เองตามปกติ (ดูภาพประกอบ 2)

กลยุทธ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลในวงจรที่ 3 ผู้วิจัยมีกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้

1. **สะท้อนคิดพิจารณา** ดังที่กล่าวมาแล้วว่าผู้วิจัยใช้วิธีการสะท้อนคิดด้วยตนเองในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ พิจารณาและ



ภาพประกอบที่ 2 ผู้วิจัยสอนสวนปัสสาวะซึ่งเป็นระยะแก่ผู้ดูแล

ตัดสินใจแก้ปัญหา สามารถพึ่งตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดพิจารณาแก่ผู้ดูแลในวงจรนี้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นร่วมกับผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่มีความหวังและกำลังใจ ผู้วิจัยพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดพิจารณาโดยการให้ผู้ดูแลวิเคราะห์หาสาเหตุจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้วิธีการซักถามผู้ดูแลถึงวิธีการแก้ปัญหามากกว่าการให้คำตอบวิธีการแก้ปัญหาแก่ผู้ดูแล ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลดูแลตามวิธีการของผู้ดูแลและติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นในวงจรนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงสามารถคิด พิจารณา และแก้ปัญหาคาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลเกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยจากการกระทำทุกวันร่วมกับการได้รับความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม อีกทั้งจากการทดลองกระทำจนกระทั่งสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและสะดวกต่อผู้ดูแล

2. ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ตลอดกระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล การเสริมกำลังใจจะเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการให้พยาบาล การสร้างกำลังใจในวงจรนี้ ผู้วิจัยเน้นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทุกขั้นตอนผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน เป้าหมายการพยาบาลของผู้วิจัยและเป้าหมายการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นเป้าหมายเดียวกัน ดังที่กล่าวแล้วว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกให้สามารถช่วยเหลือตัวเอง เติบโตขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะ

ต้องใช้ความพยายามและอดทนอย่างมาก บางช่วงของการฝึกอาจไม่เป็นตามที่หวังซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลท้อแท้ หดหู่ หงุดหงิด ดังนั้น ในขณะที่ผู้วิจัยช่วยเหลือและให้กำลังใจให้กับผู้ดูแล ผู้วิจัยจะแสดงหรือบอกให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณและผู้ป่วยก็เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเช่นกัน ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยท้อแท้ ไม่ต่อสู้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของผู้ดูแล นั่นก็คือ จะทำให้เป้าหมายการพยาบาลของผู้วิจัยไม่บรรลุความสำเร็จเช่นกัน การสร้างความรู้สึกร่วมกัน “ผู้ให้” จะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกร่วมถึงคุณค่าของตนสร้างความเชื่อมั่นและเกิดพลังในการที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ

3. สนับสนุนและชมเชยในวิธีการของผู้ดูแล วิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมิได้เกิดจากความรู้และการฝึกทักษะจากผู้วิจัยหรือทีมสุขภาพอย่างเดียว แต่เกิดจากการแสวงหาของผู้ดูแลซึ่งอาจมาจากคำบอกเล่าหรือคำแนะนำหรือสังเกตจากผู้ดูแลรายอื่น และอาจได้มาจากการเรียนรู้และคัดแปลงจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเอง ดังนั้น วิธีการดูแลใดซึ่งผู้ดูแลคิดและตัดสินใจเลือกมาดูแลผู้ป่วยเอง ผู้วิจัยจะสนับสนุนและชมเชยผู้ดูแลเพื่อเป็นกำลังใจในการหาวิธีการดูแลของผู้ดูแลเองต่อไป และบอกผู้ดูแลว่าวิธีการของผู้ดูแลทำให้ผู้วิจัยมีความรู้เพิ่มขึ้นในการที่จะแนะนำผู้ดูแลรายอื่นที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

4. ผสมผสานการดูแลตามความเชื่อ เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยกลับมาพักที่บ้าน ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลมากมายจากญาติ เพื่อนบ้าน หรือจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือสุขภาพ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้มาจากความเชื่อที่แตกต่างกัน ความเชื่อของผู้ดูแลซึ่งได้เรียนรู้จากประสบการณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนจะได้รับข้อมูลที่เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน กล่าวคือ มักได้รับการบอกเล่าต่อกันมาว่า “นวดแล้วเดินได้ หลายคนเขาเป็นแบบนี้เขาก็หายเดินได้” ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการบีบนวดกับหมอบ้าน ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่าผู้ดูแลให้หมอบ้านมาทดลองบีบนวดผู้ป่วยทุกคน

การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวิธีการที่ทำให้เกิดความหวังว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค ทำให้ผู้ดูแลมีวิธีการเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจะสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการเลือกหรือปรับวิธีการ ขณะเดียวกันจะสอดแทรกวิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ตามที่ผู้วิจัยได้ศึกษาร่วมกับวิธีการที่เป็นความเชื่อของผู้ดูแล ดังเช่นกรณีของหน้อย ภายหลังที่หน้อยพาผู้ดูแลกลับจากนวดที่บ้านหมอบ้าน หรือภายหลังที่หน้อยนวดและประคบร้อนด้วยยาสมุนไพรแล้ว ผู้ดูแลจะรู้สึกแสบและชาซิกที่อ่อนแรงเบา ผู้วิจัยจะแนะนำ

และสอนให้ลุงฉัตรยกขาซ้าย แนะนำให้หน่อยกระตุ้นลุงฉัตรบริหารกล้ามเนื้อโดยให้เหตุผลว่า ถ้าลุงฉัตรรู้สึกว่าขาเบาจะยกได้ง่าย เมื่อยกบ่อยๆจะทำให้กำลังขามากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยสอนการ ยืนทรงตัวและก้าวเดินอย่างถูกวิธีเพิ่มเติม โดยที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการนวดจากหมอบ้านและดื่มยาสมุนไพรเช่นเดิม (ดูภาพประกอบ 3)



ภาพประกอบที่ 3 ตัวอย่างสมุนไพรรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

การสะท้อนการปฏิบัติ

การสะท้อนการปฏิบัติในวงจรที่ 3 นี้ พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพยาบาล ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริม

1. ความสามารถในการตัดแปลงหรือปรับวิธีการของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านใน 3 ลักษณะ คือ 1) เลียนแบบ 2) ค้นหาวิธีการใหม่ และ 3) ใช้วิธีการเลียนแบบร่วมกับการค้นหาวิธีการใหม่ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเลียนแบบวิธีการดูแลจากโรงพยาบาลตามที่ได้รับการสอนและสังเกตจากพยาบาลรวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น เตียง อุปกรณ์การดูแลแผล เป็นต้น เหมือนกับที่ใช้ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งอาจจะใช้วิธีการเลียนแบบในระยะแรก ต่อมา มีการคิดและปรับวิธีการของตนเอง ความสามารถในการคิดตัดแปลงของผู้ดูแลแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ความสนใจในการแสวงหา เช่น จากการอ่านหนังสือ การซักถาม หรือความช่างสังเกตของผู้ดูแล

2. มีผู้ช่วยเหลือพาไปฟื้นฟูสภาพ ในวงจรรนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่ (4 ราย) มักพาผู้ป่วยไปนวดกับหมอบ้านร่วมกับทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล มีเพียงเพียงที่พาลงมาโนชไปทำกายภาพบำบัดอย่างเดียว ลงมาโนชไม่ชอบให้หมอบ้านนวดเนื่องจากภายหลังการนวดจะรู้สึกเจ็บกล้ามเนื้อ ดังนั้นการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายเป็นสิ่งจำเป็น จากการศึกษาพบว่าบุคคลในเครือข่ายจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เช่น การช่วยเหลือพาผู้ป่วยไปนวดกับหมอบ้าน พาไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล ช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว เช่น กุหลาบ ศรีนวล มักไม่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องที่อาศัยคนละบ้าน และด้วยภาระการดูแลทำให้ผู้ดูแลขาดการติดต่อกับบุคคลเหล่านั้น

อุปสรรค

1. ไม่มีเงิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่ง (5 ราย) มีปัญหาด้านการเงินทำให้ไม่สามารถจัดซื้อหรือพาผู้ป่วยไปรักษาตามที่ผู้ดูแลต้องการ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายประจำวันซึ่งได้แก่ อาหารของผู้ป่วยแล้ว การพาผู้ป่วยไปนวดกับหมอบ้านหรือพาไปหาแพทย์ผู้ดูแลจะต้องจ่ายค่าเช่ารถ ค่าน้ำมัน ค่ายาสมุนไพร ค่านวด ค่ายา หรือค่าบริการอื่นๆ หรือแม้กระทั่งค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาด้านการเงินมีผลทำให้เกิดความเครียด สิ้นหวัง ปัญหาด้านการเงินมักเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลและผู้ป่วย

ไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ สาเหตุจากการหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังขาดการช่วยเหลือหรือได้รับ ไม่เพียงพอจากญาติพี่น้อง

2. ขาดการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอาจเนื่องจากปัญหาด้านการเงิน ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้ดูแลไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยเพียงลำพัง เนื่องจากการบริหารกล้านเนื้อแขนและขาหรือการฝึกให้สามารถกลับมาทำงานเช่นเดิมจะต้องใช้ระยะในการฝึกแต่ละวันอย่างมาก รวมถึงวิธีการที่หลากหลาย ดังนั้น จึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจะต้องส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยฝึกทักษะการฟื้นฟูหรือบริหารกล้านเนื้อให้ผู้ดูแลฝึกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลลัพธ์ ในวงจรที่ 3

การประเมินผลลัพธ์ความสามารถในวงจรที่ 3 สามารถประเมินได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลสามารถดูแลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยครอบคลุม โดยวัดจากเครื่องมือประเมินความสามารถการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกิจกรรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในวงจรนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นและใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมในกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมด้านการสื่อสาร ด้านความคิด อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น ดังเช่นในกลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย ผู้ดูแลจะมีการพูดคุย สัมผัสด้วยมือ ยกผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ล้อเข็นหรือเก้าอี้มานั่งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ผู้ดูแลบางรายจะพาผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวนั่งเก้าอี้ล้อเข็นและเข็น รอบบ้านหรือเงินไปหน้าบ้าน นอกจากนั้นผู้ดูแลยังสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในการพูดคุยกับผู้ป่วย สัมผัสหรือบิบนวด เช่น ในกรณีของเพ็ญ เพ็ญให้หลานชายอายุ 10 ปีและ 8 ปี บิบนวดตามแขนขาผู้ป่วย เมื่อกลับจากโรงเรียนทุกวัน เพ็ญเล่าว่าขณะหลานชายบิบนวดและพูดคุยกับผู้ป่วย เพ็ญสังเกตเห็นสีหน้าของผู้ป่วยสดชื่น ยิ้มแย้ม และอารมณ์ดี

นอกจากนั้นผู้วิจัยประเมินความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยวัดกำลังกล้ามเนื้อแขนขาผู้ป่วยส่วนใหญ่

เกรด 4 ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถยืนหรือเคลื่อนย้ายร่างกายได้ด้วยตนเอง สามารถป้อนข้าวและดื่มน้ำเองได้ จากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนัดจากหมอนวดร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อจากนักกายภาพบำบัดหรือผู้ดูแล มีผู้ป่วย 2 รายได้รับการบริหารกล้ามเนื้อจากนักกายภาพบำบัดอย่างเดียวโดยไม่ได้รับการนัดจากหมอนวด เนื่องจากผู้ป่วยบอกว่าการนวดทำให้ปวดกล้ามเนื้อและรู้สึกเกร็ง สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อยมักได้รับการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อจากหมอนวดระยะหนึ่ง เนื่องจากหมอนวดมักบอกกับผู้ดูแลว่าผู้ป่วยได้รับการนวดซ้ำเกินไป การนวดไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นได้ (เส้นจมมากแล้ว) ประกอบกับผู้ดูแลหาหมอนวดมานัดที่บ้านลำบากและต้องเสียค่านวดในแต่ละครั้ง ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ดูแลมักเป็นผู้บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้วิจัยและผู้ดูแลประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีความคิดเห็นที่ตรงกันว่าผู้ป่วยยังคงมีความสามารถในการพัฒนาต่อไป

2. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง จุดเน้นของการพยาบาลในวงจรที่ 3 นี้ คือ ต้องการให้ผู้ดูแลสามารถคิด พิจารณา และเลือกวิธีการดูแลด้วยตัวเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนสามารถเลือกและปรับวิธีการดูแลด้วยตนเองได้ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บ สงสารผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (4 ราย) มักจะใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอแทนการดูดเสมหะ ผู้ดูแลมักสังเกตว่าการกระทำกิจกรรมใดที่ทำให้ผู้ป่วยไอ ผู้ดูแลจะกระทำกิจกรรมนั้นทุกวันวันละ 2 - 3 ครั้ง ดังเช่น เกียรติมีความคิดเห็นว่าการเอาสายดูดเสมหะเข้าไปในท่อทางเดินหายใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ เกียรติสังเกตว่าเมื่อยกผู้ป่วยนั่งเก้าอี้รถเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ ผู้ป่วยจะไอ ดังนั้นเกียรติจะเคาะปอดด้านหลังให้ผู้ป่วยไอขณะที่ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้รถเข็นก่อนพาไปอาบน้ำ เกียรติสังเกตว่าตลอดวันผู้ป่วยไม่มีเสมหะ หายใจสะดวกดี ในกรณีของอนงค์ซึ่งดูแลผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเช่นกัน อนงค์เล่าว่า ตอนนี้ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยน้อยลง วันละ 1 - 2 ครั้งเท่านั้น ส่วนมากจะใช้วิธีการเคาะปอด กระตุ้นให้ไอ ซึ่งจะกระทำวันละประมาณ 3 - 4 ครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง

จากการศึกษายังพบว่า การปรับวิธีการดูแลในบางกิจกรรม เช่น การให้อาหาร การขับถ่าย เป็นต้น ผู้ดูแลรายหนึ่งปรับตามแบบแผนการดำเนินชีวิตในภาวะสุขภาพดีของคนปกติ ดังกรณีของคิมพบว่าลุงเป่ามีปัญหการย่อยอาหาร มีอาเจียนบ่อยครั้งหรือบางครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง คิมจะดูอาหารพบว่าปริมาณอาหารมากกว่า 50 ซีซี บางครั้งมากกว่า 150 ซีซี คิมใช้

วิธีการเลื่อนเวลาให้อาหารตามคำแนะนำของพยาบาลและผู้วิจัย ต่อมาผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเช่นเดิม ต้มทดลองแก้ปัญหาหลายวิธี เช่น เปลี่ยนอาหาร ลดปริมาณอาหารเหลวแต่ละมื้อให้น้อยลงและเพิ่มเวลาให้อาหารขึ้น เป็นต้น ถึงแม้ผู้ป่วยยังคงมีอาการเช่นเดิมเป็นบางช่วง จนในที่สุดต้มใช้วิธีปรับจำนวนการให้อาหารตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนการเจ็บป่วย กล่าวคือ มื้อเช้าให้อาหารในปริมาณน้อย มื้อเที่ยงเพิ่มจำนวนขึ้นมาและให้ปริมาณที่มากที่สุดที่สุดในมื้อเย็น วิธีการนี้ทำให้ต้มไม่มีปัญหาการย่อยอาหารต่อไป ต้มเล่าว่า “เมื่อก่อน (ก่อนการเจ็บป่วย) อาเจียนทานอาหารตอนเช้าไม่มาก ต้มชากับปาตองโก จะทานมากมือนั้น ก็เลยคิดว่าน่าจะให้อาเจียนเหมือนตอนอาเจียนไม่ป่วยน่าจะดีกว่า”

3. ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยและสามารถปรับบทบาทได้ ผู้ดูแลมีความเข้าใจในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงผลกระทบด้านจิตใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยได้มากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีกลไกการปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ อันเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยมีหลายลักษณะ ดังนี้

1. เอาใจ การแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย อันเป็นผลจากการสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เช่นเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์หงุดหงิด ใจร้อน โมโหและโกรธง่าย ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การเอามือข้าง แข็งแรงยกขาข้างที่อ่อนแรงกระแทกเตียง หรือเรียกผู้ดูแลบ่อยครั้ง ให้นวดขาหรือให้อยู่ใกล้ตลอดเวลา เป็นต้น ผู้ดูแลเริ่มเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยว่าเกิดจากความคับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดความกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวว่าจะเป็นภาระของครอบครัว ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเห็นใจและสงสารผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าว ผู้ดูแลจึงใช้วิธีการเอาใจผู้ป่วยพยายามกระทำตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์หงุดหงิด หรือความเบื่อกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพต่อไป

2. หลบไปทำใจ ในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานร่วมกับการที่ต้องรับภาระอื่นร่วมด้วย เช่น การทำงานบ้าน การดูแลสมาชิกคนอื่น เป็นต้น จากภาระความรับผิดชอบดังกล่าวอาจก่อปัญหาให้กับผู้ดูแล เช่น ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ปัญหาครอบครัว เป็นต้น ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะ

เครียด เหนื่อยล้า หรือท้อแท้กับผู้ป่วย โดยการหลบไปหรือออกห่างผู้ป่วยชั่วคราว เช่น การหลบไปหลังบ้านหรือเดินเล่นรอบบ้าน เพื่อทำใจให้สงบ

3. เอาหูทวนลม บางสถานการณ์ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์แปรปรวนของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรือเอาแต่ใจตัวเองโดยไม่มีเหตุผล หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการให้ผู้ดูแลกระทำตามที่ผู้ป่วยต้องการอย่างทันทีในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลอาจใช้วิธีการคล้ายไม่สนใจกับพฤติกรรมหรือความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะกระทำเสมือนว่าไม่รู้ไม่เข้าใจ แสดงท่าทางเฉยและทำงานต่อไป ดังเช่นกรณีของหน่วยซึ่งดูแลจันทร์ หน้อยเล่าว่า “เมื่อคืนพ่อจะให้ไปตามพี่น้องและหลานมาที่บ้าน พ่อชอบถ้ามีคนมาเยี่ยมเยียนอะไร หน้อยจะไปตามได้อย่างไร ก็เลยทำเฉย พาแกนั่งดูทีวี เปิดละคร หน้อยก็เตรียมจัดที่นอน แกจะพูดอะไรก็เฉยๆ ไม่ตอบ สักพักแกก็เสียบ นิ่งดูทีวี”

4. คิดว่าถ้าเป็นตัวเรา ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพสูญเสียการเคลื่อนไหวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ผลกระทบจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีผลทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีเสมหะมาก ผู้ดูแลจะต้องดูดเสมหะบ่อยหรือผู้ป่วยบางรายอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการดูดเสมหะ ดูดเสมหะออกได้น้อยหรือดูดไม่ออกเนื่องจากเสมหะเหนียว ผู้ป่วยบางรายไอเกือบตลอดเวลา เสมหะมาก เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยเช่นนี้อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด หงุดหงิด แต่เมื่อผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยระยะเวลาหนึ่งผู้ป่วยยังคงมีอาการและความต้องการเช่นเดิม ผู้ดูแลเริ่มหาวิธีการปรับตัวเพื่อให้ยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้น การคิดว่าถ้าเป็นตัวเราเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยมากขึ้น การที่ผู้ดูแลมีความคิดว่า ถ้าการเจ็บป่วยเช่นนี้เกิดกับตัวผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลคงเกิดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยมากขึ้น

5. ทำความเข้าใจร่วมกัน วิธีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสถานการณ์ภายในบ้านและปัญหาของผู้ดูแล การพูดคุยกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาถึงปัญหาที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอาจทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากับผู้ดูแลหรือช่วยเหลือผู้ดูแลเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น การลดความต้องการการดูแลในบางอย่างเป็นต้น เช่น กรณีของสมศรีดูแลหวาน สมศรีเล่าว่า “บางทีสมศรีเดือดร้อนเรื่องเงินมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร

ยืมใครก็ไม่ได้ เงินจะซื้อผ้ารองปีศาจจะให้แม่ก็ไม่มี แกใช้เปลืองมาก ครั้งเดียวให้เปลี่ยนแล้ว สมศรีก็เลยคุยกับแม่ว่าตอนนี้เรามีปัญหาเรื่องเงิน ดูแกช่วยประหยัดขึ้น"

6. ทำจิตให้ว่าง ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้วิธีทำจิตให้ว่างและยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การทำจิตให้ว่าง หมายถึง ผู้ดูแลจะไม่คิดว่าทำไมถึงต้องเป็นเช่นนี้ครั้งแล้วครั้งเล่าแต่จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น เช่นกรณีของตัม ตัมเล่าว่าผู้ป่วยไอบามากเกือบตลอดเวลา เสมหะมาก บางทีไอขณะให้อาหาร ต้องหยุดให้เป็นระยะ ทำอะไรผิดก็ไอ ซึ่งทำให้ตัมหงุดหงิดมากและโกรธ แต่เมื่อผ่านไประยะหนึ่ง ตัมเริ่มยอมรับว่าอาการไอเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องมีอาการไอบ่อยครั้งและทุกวัน เนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่ทำให้สูญเสียกลไกการควบคุมการไอ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไอ ตัมสามารถให้การดูแลได้โดยไม่มีอารมณ์หงุดหงิดหรือโกรธ

จากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลทุกคนสามารถหาวิธีการหรือมีกลไกในการปรับตัวเพื่อมิให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยหรือเกิดขึ้นให้น้อยที่สุดและปรับใจได้เร็ว กลไกการปรับตัวอันได้แก่ เอาใจ หลบไปทำใจ เอาหูทวนลม คิดว่าถ้าเป็นตัวเรา ทำความเข้าใจร่วมกัน และทำจิตให้ว่าง ดังกล่าวแล้วนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักใช้กลวิธีหลายลักษณะทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์และเวลาที่เกิดขึ้น

จากการศึกษายังพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ดูแลเข้าสู่วงจรที่ 3 จนถึงสิ้นสุดมีระยะเวลาที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจจะมีระยะเวลาในวงจรนี้เฉลี่ยประมาณ 3 เดือน (90 วัน) ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/รู้สีกตัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง จะมีระยะเวลาในวงจรนี้เฉลี่ยประมาณ 2 เดือน (60 วัน) ซึ่งเท่ากับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทั้งที่อาจมีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วยหรือมีกล้ามเนื้อแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงอย่างเดียว

วงจรที่ 4 ชีวิตที่ลงตัว

รู้สึกเบื่อ เหนื่อย ซ้ำซากจำเจ ทั้งไม่ได้ เป็นห่วง จนยอมรับการเป็นผู้ดูแลตลอดไป หรือหมดภาระ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากผลการศึกษาพบว่า ปรากฏการณ์ในวงจรที่ 4 (ดูแผนภาพที่ 9) มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยเสนอปรากฏการณ์ในวงจรนี้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้



แผนภาพที่ 9 :วงจรที่ 4 : ชีวิตที่ลงตัว

กลุ่มผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สีกตัวเล็กน้อย

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เริ่มต้นเมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแล ลักษณะกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำเป็นประจำทุกวัน ไม่มีการแสวงหาวิธีการดูแลหรือการรักษาแบบใหม่ต่อไป ในแต่ละวันผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วย ดูแลตนเองและครอบครัว ขณะเดียวกันสมาชิกคนอื่นในครอบครัวกลับไปมีแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองเช่นเดิม จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มักมอบภาระการดูแลให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง กิจกรรมบางกิจกรรมที่สมาชิก

ในครอบครัวเคยช่วยเหลือผู้ดูแลและค่อยๆกลับไปเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลทั้งหมด มีผู้ดูแลเพียง 2 ราย เท่านั้นที่มีมารดาและพี่สาวคอยช่วยเหลือเช่นเดิม และเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในวงจรมีเป็น กิจกรรมที่ต้องกระทำเหมือนกันทุกวัน การดูแลผู้ป่วยในวงจรมีจึงก่อให้เกิดผลต่อผู้ดูแล ดังนี้

1. เบื่อแต่เป็นห่วง ช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อผู้ดูแลสามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเข้ากับ ตารางชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้ แบบแผนการดำเนินชีวิตแต่ละวันจะซ้ำซาก เหมือนเดิมทุกวัน ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยกิจกรรมแบบเดิม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวและ ทำงานบ้านเป็นเช่นนี้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมงในแต่ละวันผู้ดูแลจะมีชีวิตภายในบ้าน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลทุกคนเกิดความเบื่อ ดังกรณีของคิม เล่าว่า “ยอมรับว่าเบื่อนะ รู้สึกว่าชีวิตเราถูกขัง มันทึ้นออกไปไม่ได้” ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจนกระทั่งเข้าสู่วงจรที่ 4 ซึ่งเป็น เวลานาน ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด จากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลทุกคนยังมีเคຍเจ็บป่วยรุนแรงจนกระทั่งต้องหยุดดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ผู้ดูแลทุกคนดูแลตนเอง เพื่อมิให้เกิดการเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย ความรู้สึกเบื่อกับความรับผิดชอบต่อความเป็นห่วง ดังนั้น ถึงแม้ว่าผู้ดูแลทุกคนจะมีความรู้สึกเบื่อก็ตาม แต่ทุกคนก็มีอาจจะหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยหรือหาผู้อื่นมา ดูแลแทนด้วยเกรงว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีดังเช่นผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย

2. หวาดหวังที่จะหาย ด้วยระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและกลับมาดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติต้องการการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล จนกระทั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน บางช่วงผู้ดูแลเห็นสภาพ ผู้ป่วยคล้ายกับเริ่มรู้สึกตัวแต่บางช่วงกลับมีปัญหา จากการสังเกตเห็นสภาพการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น อาการทรุดลงหรืออาการคงที่ในบางช่วง การดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้บางครั้งผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ แต่บางครั้งผู้ดูแลเกิดความหวังสลบกันไป เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ดูแลเริ่มรับรู้ว่าการของผู้ป่วยคงไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีผลทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ สนใจผู้ป่วยน้อยลงโดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ การสัมผัสหรือ พูดคุยกับผู้ป่วยลดน้อยลง

ปรากฏการณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เริ่มต้นเมื่อผู้ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยวิธีการที่ผู้ดูแล เลือกว่าเหมาะสมกับผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยไม่มีการแสวงหาวิธีการอื่นใดอีกทั้งเป็นวิธีการที่ผู้ป่วย

ยอมรับ ผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนและขามากขึ้น และมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะเกิดความหวังและกำลังใจจากการที่ประเมินภาวะสุขภาพหรือความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพแต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและอดทนเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยในวงจรมีจึงก่อให้เกิดผลกับผู้ดูแล ดังนี้

1. **เหนื่อยแต่มีความหวัง** จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเกิดความรู้สึกเหนื่อยเนื่องจากการฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา รวมถึงการฝึกเดิน ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฝึกเดินกับนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลได้ ผู้ดูแลจะต้องบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารด้วยตัวเอง อีกทั้งจะต้องพาผู้ป่วยพุงเดินและฝึกเดินเอง นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะพาผู้ป่วยไปบริหารกล้ามเนื้อและฝึกเดินที่ใดหรือวิธีใดก็ตาม เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วยเริ่มเดินได้โดยวิธีเกาะราวหรือเกาะกำแพงบ้าน ใช้ไม้เท้า 4 ขา (walker) หรือไม้เท้าก็ตาม ผู้ป่วยมักจะให้ผู้ดูแลพาเดินหรือเดินภายในบ้านและรอบบ้านเอง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องระมัดระวังและต้องละจากงานที่กำลังทำมาดูแลผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดอุบัติเหตุ จากสถานการณ์ดังกล่าว มีผลบางครั้งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยต่อการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยก็ตาม แต่จากการที่ประเมินว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการความสามารถของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยสามารถใช้กำลังกล้ามเนื้อแขนและขาได้มากขึ้น เริ่มเดินได้ เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความหวังว่าผู้ป่วยจะหายตามที่คาดหวังไว้

2. **ขาดทุนด้านการเงิน** การฝึกการใช้กล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงให้กลับสู่สภาวะที่มีกำลังและสามารถเดินได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพไม่ว่าจะพาไปทำกายภาพบำบัด พาไปนวดกับหมอบ้าน หรือจ้างหมอนวดมานวดที่บ้าน การซื้อยาสมุนไพรมาต้มดื่ม หรือนำมาประคบตามแขนและขา ก็ตาม ผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น จากการศึกษาพบว่า มีผู้ดูแล 3 รายมีปัญหาด้านการเงินและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากพี่น้องหรือญาติทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพตามวิธีการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเชื่อและเลือกกระทำ

จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มที่แตกต่างกันดังที่กล่าวข้างต้น แต่การศึกษา ยังพบว่ามีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มี

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ในแต่ละวัน ผู้ดูแลมีชีวิตภายในบ้าน ชีวิตที่ผ่านมาระยะหนึ่งมีแต่การดูแลผู้ป่วยและทำงานภายในบ้านทำให้เกิดความซ้ำซาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เริ่มคิดถึงความมั่นคงและอนาคตในชีวิต การประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดจะวิตกกังวลในเรื่องการประกอบอาชีพดังเช่นกรณีของติม ศรีนวล สมศรี เพ็ญ วัฒน์ หรือเกียรติ แต่สำหรับผู้ดูแลที่เป็นแม่บ้านดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรสาว เช่นกรณีของอนงค์ พบว่าไม่เกิดปัญหานี้เนื่องจากสามีเป็นผู้รับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัวเพียงผู้เดียวตั้งแต่ก่อนบุตรสาวเจ็บป่วย

โดยสรุป ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อและหมดหวังที่จะหายแต่ละขณะเดียวกันมีความรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วย และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองเนื่องจากผู้ดูแลได้ประกอบอาชีพหาเลี้ยงชีพใดๆ

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแล ในวงจรที่ 4

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแลในวงจรที่ 4 นี้ เป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพในระดับสูงสุดตามความสามารถ กิจกรรมการดูแลในวงจรนี้ ได้แก่

1. กำหนดเป้าหมายและสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพระดับสูงสุด การฟื้นฟูสภาพกำลังกล่อมเนื้อแขนขาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสูงสุดที่สามารถกระทำได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และวิธีการเพิ่มเติม ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพระดับสูงสุดตามความสามารถของผู้ป่วย ผู้วิจัยสอนและแนะนำวิธีการฝึกให้กับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยได้ต่อเนื่องอย่างถูกวิธีและปลอดภัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการฝึกและร่วมประเมินความสามารถทุกครั้ง สำหรับผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่สามารถพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลหรือจ้างนักกายภาพบำบัดมาทำที่บ้าน ผู้วิจัยประเมินความสามารถร่วมกับผู้ดูแลและผู้ป่วยเช่นกัน ผู้ดูแลรายใดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนัดจากหมอนวดร่วมกับการดัดยาสมุนไพรต้มหรือประคบ ผู้วิจัยยังคงสนับสนุนให้ผู้ดูแลกระทำตามที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องการ

2. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล ถึงแม้ว่าการพยาบาลในวงจรที่ 3 มีผลทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับการดูแลผู้ป่วยแล้วก็ตาม แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไป ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเริ่มเกิดความเบื่อและหมดหวังในการดูแลผู้ป่วย ยังมีผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งเริ่มมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะมีความหวังว่าภาระการดูแลกำลังจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ยังคงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นและสำคัญเพื่อคงระดับคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลย้อนเวลาถึงจุดเริ่มต้นที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ดูแลบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอะไรกับผู้ป่วยและผู้ดูแลบ้าง การให้ผู้ดูแลคิดถึงภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพปัจจุบันจะทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไป สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ผู้วิจัยสร้างความเข้าใจและการยอมรับสภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลนึกย้อนถึงสาเหตุการมาเป็นผู้ดูแลและความหวังที่ผู้ดูแลเคยหวังไว้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนมาเป็นผู้ดูแลด้วยพื้นฐานความรัก ความห่วงใยและเอื้ออาทรที่มีต่อผู้ป่วย และจากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวทุกคนมีความหวังว่า ผู้ป่วยจะสามารถพูดได้บอกได้ว่าต้องการอะไร ลูกนั่งได้ หรือแสดงกิริยาให้รู้ว่าต้องการอะไร หรือผู้ดูแลรายหนึ่งต้องการให้เกิดปาฏิหาริย์ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดพิจารณาถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ความรู้สึกขณะดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเพื่อกระตุ้นเตือนความทรงจำว่า ในความเป็นจริงผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและห่วงใยทั้งที่รู้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยในสภาพนี้ตลอดไปก็ตาม

3. ประเมินผลร่วมกัน การประเมินผลร่วมกันในวงจรนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดเข้าใจและยอมรับสภาพไม่รู้สีก้าวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยและความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สำหรับกลุ่มผู้ดูแลอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัยจะทำความเข้าใจถึงระดับสูงสุดของการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ดังเช่นกรณีของสมศรีซึ่งดูแลป้าหวานซึ่งมีข้อมือและข้อเท้าติด การพัฒนาความสามารถดูแลตนเองของป้าหวานช้ากว่าผู้ป่วยรายอื่น สมศรีต้องเข้าใจและยอมรับว่าป้าหวานไม่สามารถยืนและเดินได้เนื่องจากมีข้อติด ป้าหวานยังต้องการการดูแลจากสมศรีตลอดไป แต่เป็นการช่วยเหลือเพียงบางส่วน ป้าหวานสามารถป้อนอาหารและดื่มน้ำเองได้ นั่งทรงตัวได้

กลยุทธ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลในวงจรที่ 4 ผู้วิจัยมีกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาล ดังนี้

1. สะท้อนคิดด้วยตนเอง กลยุทธ์นี้ผู้วิจัยยังคงนำมาใช้ตลอดการวิจัย ในวงจรนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจะแตกต่างกับปัญหาที่เกิดขึ้นในวงจรอื่น กล่าวคือ เมื่อเข้ามาสู่วงจรที่ 4 ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลสุขภาพทำให้ไม่เกิดปัญหาการดูแล ปัญหาที่เกิดขึ้นมักเกิดเป็นปัญหาอื่น เช่น ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อ หนื่อย หมดหวัง หรือปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น ผู้วิจัยยังคงให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหาพร้อมให้ข้อเสนอแนะทางเลือกสำหรับผู้ดูแล

2. สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ การส่งเสริมผู้ดูแลที่ต้องกระทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเอาใจใส่และเอื้ออาทรอย่างยั่งยืน โดยปราศจากความหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้นั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้วิจัย การที่ผู้ดูแลจะสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยอย่างยั่งยืนตราบนานวาระสุดท้ายมาถึง ผู้วิจัยสร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจโดยให้ผู้ดูแลย้อนระลึกช่วงเวลาที่คุณดูแลตัดสินใจเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การยอมรับสัจธรรมชีวิตที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลใช้ความพยายามเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลย้อนกลับไปคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ มาได้จนปัจจุบัน สิ่งเหล่านั้น คือ พลังใจที่หล่อเลี้ยงผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลนึกถึงสิ่งเหล่านี้เพื่อเป็นพลังใจในการที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง พลังใจจะเป็นส่วนสำคัญที่หล่อเลี้ยงใจผู้ดูแลให้สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความตั้งใจ ด้วยความเอาใจใส่ และเอื้ออาทร

3. เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถดูแลผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองในการคิดตัดสินใจปัญหาของผู้ป่วย มีผู้ดูแลส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ยังต้องการคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพระดับสูงสุดที่สามารถกระทำได้ ดังนั้นการเยี่ยมเยียนที่บ้านในวงจรนี้จึงเป็นเพียงการติดตามส่งเสริมการปรับแบบแผนชีวิตหรือวิถีชีวิตของผู้ดูแลและการคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลที่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงกระทำเสมือนเป็นเพื่อนผู้ดูแลมิใช่เป็นเพียงพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยหรือเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลสามารถพูดคุยในทุกเรื่องกับผู้ดูแลอยากจะทำ จากการศึกษาพบว่า การเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ซักถามหรือพูดคุยเรื่องทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัญหาการเมือง เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ เป็นต้น การเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแลยังทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สีกว่าถูกทอดทิ้งและพยายามคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ดีถึงแม้ว่าการเยี่ยมเยียนจะมีระยะห่างขึ้นก็ตาม ผู้ดูแลจะได้รับกำลังใจจากผู้วิจัยสม่ำเสมอจากการที่ผู้วิจัยพุดชมเชยในการทำความดีของผู้ดูแล สร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้ดูแล

การสะท้อนการปฏิบัติ

การสะท้อนการปฏิบัติในวงจรที่ 4 นี้ พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการส่งเสริมความสามารถ ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริม

มีกำลังใจจากคนรอบข้าง การดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานจนเป็นภาระหน้าที่ประจำของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวตลอดจนญาติพี่น้องเริ่มเห็นห่างจากการช่วยเหลือและเยี่ยมเยียนผู้ดูแลและผู้ป่วย แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยตามลำพังและสามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้ ในวงจรนี้ผู้ดูแลจึงไม่ต้องการช่วยเหลือหรือข้อมูลจากสมาชิกคนอื่น แต่การที่ผู้ดูแลต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง ผู้ดูแลต้องการความเอาใจใส่ ชักถามถึงผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ต้องการคำชมเชยจากคนรอบข้าง ต้องการให้ญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นระยะ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือโดดเดี่ยว ผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ผู้ดูแลรู้สึกว่าครอบครัวยังให้ความสำคัญในฐานะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ

อุปสรรค

ขาดทุนด้านการเงิน การละทิ้งจากการทำงานมาดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก่อนมาเป็นผู้ดูแลมักประกอบอาชีพหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว เมื่อมาเป็นผู้ดูแลทำให้ต้องหยุดจากการทำงาน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือพี่น้อง ผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งนำเงินสะสมมาใช้จ่าย การดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านการเงินทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลขาดความสนใจและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเช่นเดิม ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอย่างมาก ภาวะเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งซึ่งจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

ประเมินผลลัพธ์ในวงจรที่ 4

การประเมินผลลัพธ์ความสามารถในวงจรที่ 4 ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลปรับวิธีการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งสามารถดูแลตนเอง ผู้ดูแลหมกมุ่นภาระหน้าที่และกลับไปมีการดำเนินชีวิตเช่นเดิม การประเมินผลลัพธ์ผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม สามารถประเมินได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย ผู้ดูแลกลุ่มนี้ยอมรับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลระดับคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ขาดสารอาหาร เป็นต้น จากการติดตามผลการดูแลเป็นระยะ พบว่า ผู้ดูแลสามารถระดับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลสัมผัสหรือพูดคุยกับผู้ป่วยน้อยลง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เริ่มมีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปตลาด ไปธุระนอกบ้าน ไปวัด เป็นต้น โดยช่วงเวลาที่ผู้ดูแลออกนอกบ้านจะมอบให้สมาชิกในครอบครัวดูแลแทนชั่วคราว หรือผู้ดูแลบางรายจะปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังหรือฝากเพื่อนบ้านดูแลแทน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยอมรับระดับความสามารถดูแลฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ปรับความหวังเข้ากับสภาพความเป็นจริง ดังกรณีของคิม เล่าว่า “ยิ่งเห็นยิ่งหาย เหมือนกับนั่งรถ มองไกลๆ แล้วยิ่งหายไป เคยเห็นเป็นรูปใหญ่ตอนนี้เป็นจุดเล็กแล้ว” และยังบอกต่อว่า “เมื่อก่อนนี้มี แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยมีแล้ว ดูแล้วมันยาก คิดว่าที่ผ่านมามาตลอดตัวเองมาตลอด คิดว่าน่าจะมี แต่ถ้ามองตามหลักความจริงแล้ว โอกาสจะกลับมาให้คิดจะเป็นไปยาก” เช่นเดียวกับวันน์ เล่าว่า “ไม่หวังจะให้พ่อหายหรือพูดได้ คงเป็นไปไม่ได้ ยาก” ศรีนวล เป็นผู้ดูแลอีกรายหนึ่งที่เล่าว่า “คงอยู่อย่างนี้ ที่จะพูดได้คงเป็นไปไม่ได้” เกียรติเป็นอีกรายหนึ่งที่ยอมรับสภาพของผู้ป่วย เนื่องจากได้รับข้อมูลจากหมอบ้าน “หมอบ้านบอกว่าถ้าเป็นเกิน 3 เดือนแล้วพามารักษาจะรักษาไม่ได้ เส้นมันจมหมด”

การคงระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ดูแลมีสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ คือ ความรู้สึกสงสารไม่อยากให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมาน ดังเช่นเกียรติ เล่าว่า “จะปล่อยพ่อไม่เอาใจใส่ หรือ ทำไม่ได้หรอก เคยเห็นคนไข้เป็นแผลไวลิก เวลาทำแผลแล้วสงสาร ไม่อยากให้พ่อเป็นอย่างนั้น พ่อทรมาน อยากให้พ่อไปอย่างสบาย” ผู้ดูแลทุกคนยอมรับว่าสักวันหนึ่งวาระสุดท้ายของผู้ป่วยคงมาถึง และเมื่อถึงวันนั้นผู้ป่วยควรจะไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน และด้วยความยึดมั่นคำสอนทางศาสนา ผู้ดูแลส่วนหนึ่งกระทำเพื่อตอบแทนและแสดงความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิดและยังเชื่อว่าเมื่อกระทำความดีต่อผู้ป่วยแล้วคุณความดีจะตอบสนองมายังผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลหวังว่าเมื่อ

ผู้ดูแลเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลเช่นที่ผู้ดูแลกระทำเช่นกัน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งกระทำเพื่อบุคคลที่รักซึ่งเฝ้าดูอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังเช่นกรณีของคิมและศรีนวล ผู้ดูแลดูแลบิดาซึ่งเจ็บป่วยเพราะสงสารมารดา คิมเล่าว่า “แม่มันกะ แม่เคยอมรับไม่ได้ เวลาพ่อเป็นอะไร แม่จะไม่สบายไปด้วย ไม่อยากให้แม่ต้องร้องไห้ สงสารแม่”

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ดูแลสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิมเนื่องจากผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วย 5 ใน 7 รายสามารถดำเนินชีวิตและดูแลตนเองได้อย่างอิสระและปลอดภัย มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย คือ นูและป้าหวาน ที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนเนื่องจากมีข้อจำกัดตั้งแต่ก่อนเข้าโครงการ ได้แก่มือซ้าย มือขวา และข้อศอกติดแข็ง ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้แขนและขาเคลื่อนไหวได้เช่นเดิม ผู้ดูแลยังคงต้องช่วยเหลือผู้ป่วยบางส่วน เช่น การเตรียมอาหารและน้ำ ช่วยเหลือผู้ป่วยอาบน้ำบางส่วน ช่วยเหลือทำความสะอาดผู้ป่วยภายหลังการขับถ่าย เป็นต้น ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นบางส่วน ขณะเดียวกันผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถประกอบอาชีพและมีกิจกรรมกับสังคมได้ตามความพึงพอใจของผู้ดูแล เช่น เนาะออกไปขายไก่ทอด สมศรีขายของหน้าร้าน ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดภายในบ้านและสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปนอกบ้านตามความเหมาะสมและเวลาที่สามารถกระทำได้

จากการศึกษายังพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ดูแลเข้าสู่วงจรที่ 4 จนถึงสิ้นสุดการวิจัย มีระยะเวลาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว / รู้สึกตัวเล็กน้อย สิ้นสุดการวิจัยเมื่อผู้วิจัยประเมินได้ว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้ยั่งยืน ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการการดูแล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ อีกทั้งผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับกับสถานการณ์การเป็นผู้ดูแลตลอดไปทราบจนวาระสุดท้ายมาถึง ผู้ดูแลสามารถปรับแบบแผนชีวิตให้สอดคล้องกับการเป็นผู้ดูแล การประเมินผลความยั่งยืนโดยผู้วิจัยเว้นระยะการติดตามเยี่ยมบ้านห่างเป็น 3 เดือน ต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง (6 เดือน) เพื่อประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังนั้นระยะเวลาตั้งแต่เข้าวงจรนี้จนถึงสิ้นสุดการวิจัยเฉลี่ยประมาณ 9 เดือน

สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระยะเวลาตั้งแต่เข้าสู่วงจรที่ 4 จนถึงสิ้นสุดการวิจัยมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ระดับสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ สามารถเดินและกลับไปดำเนินชีวิตดังเดิมและผู้ดูแลหมดภาระหน้าที่การเป็นผู้ดูแล (ดูภาพประกอบ 4) ระยะเวลา



ภาพประกอบที่ 4 ตัวอย่างการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ของผู้ดูแลกลุ่มนี้เฉลี่ยประมาณ 2 เดือน แต่สำหรับผู้ดูแล 2 รายที่ไม่สามารถพัฒนาความสามารถ
ผู้ป่วยจนกระทั่งดูแลตนเองและเดินได้ เนื่องจากผู้ป่วยเกิดข้อต่อแขนติดตั้งแต่ก่อนเข้าโครงการ

ทำให้ผู้ป่วยยังคงต้องการการดูแลบางส่วน เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ ช่วยอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำตัวเองไม่ได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทั้ง 2 รายสามารถกลับไปประกอบอาชีพและมีกิจกรรมทางสังคมนอกบ้านได้เช่นเดิม ระยะเวลาของผู้ดูแลกลุ่มนี้เฉลี่ยประมาณ 2 เดือน และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความยั่งยืนของการดูแลระยะห่าง 3 เดือน ต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีก้าวร้าวระยะเวลาของกลุ่มนี้จนถึงสิ้นสุดการวิจัย เฉลี่ยประมาณ 8 เดือน

บทสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 15 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลประกอบด้วย ผู้ดูแลหญิง 12 รายและชาย 3 ราย อายุในช่วง 25 - 58 ปี ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ เป็นภรรยา 2 ราย เป็นมารดา 2 ราย เป็นบุตรสาว 8 ราย และบุตรชาย 3 ราย ผู้ดูแลทั้งหมดรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ไม่ประกอบอาชีพอื่นใดขณะให้การดูแล ผู้ดูแล 11 รายต้องรับภาระทำงานบ้านร่วมด้วย อีก 4 รายมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ประกอบด้วยผู้ป่วยหญิง 5 ราย ชาย 10 ราย ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่รู้สีก้าว/รู้สีก้าวเล็กน้อย 8 ราย และอยู่ในสภาพรู้สีก้าวตึงมีอัมพาตครึ่งซีก 7 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง ผู้ป่วยต้องการการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การจับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกาย) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องการการดูแลเรื่องการหายใจเนื่องจากอยู่ในสภาพหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ (เจาะคอ) ผู้ป่วยทุกคนยังต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มอัมพาตครึ่งซีกต้องการพัฒนาความสามารถดูแลตนเองในระดับสูงสุดเพื่อสามารถกลับไปดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ผู้วิจัยพบ กระบวนการปรับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” ระยะ “หัวเลี้ยวหัวต่อ” ระยะ “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” และระยะ “ชีวิตที่สงบตัว”

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพเริ่มจากการที่ผู้ดูแลเผชิญกับการดูแลผู้ป่วย และผู้วิจัยส่งเสริมการดูแลในแต่ละช่วงอย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้ ได้แก่

ระยะที่ 1 : ตั้งตัวไม่ติด / คิดไม่ออก

ระยะที่ 2 : หัวเลี้ยวหัวต่อ

ระยะที่ 3 : แสวงหา / ปรับวิธีการใหม่

ระยะที่ 4 : ชีวิตที่ลงตัว

จากกระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะที่ 1 จนมาถึงระยะที่ 4 สามารถสรุปการส่งเสริมการดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและผู้ป่วยในแต่ละระยะ (ดูตารางที่ 5)

กิจกรรมการส่งเสริมการดูแล

กิจกรรมส่งเสริมการดูแล มีดังต่อไปนี้

1. ให้ข้อมูลและความรู้ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษา และโอกาสหายจากโรค จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลและการจัดการความเครียดและจัดระบบตัวเอง จะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลได้

2. สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยทักษะที่พิเศษจากการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การดูดเสมหะ การทำแผลรอบท่อ การถอดท่อล้างและดื่มน การเตรียมอาหารเหลวและให้อาหารทางสายยาง การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะก่อนรับหน้าที่ผู้ดูแล นอกจากนั้นผู้ดูแลยังจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อ ฝึกการยืนและเดิน เพื่อผู้ดูแลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพระดับสูงสุดตามศักยภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละระยะ

ระยะ	การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้าน		ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	ความสามารถการดูแลที่บ้าน	ผลลัพธ์การดูแล
	กิจกรรมการพยาบาล	กลยุทธ์			
1. “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” - ตกใจ ขุนงง - ไม่เข้าใจทำไมให้กลับบ้าน - จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร	1. ให้ข้อมูลเรื่องโรค วิธีการดูแล 2. สอนและฝึกทักษะการดูแลเรื่องการดูแลการหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยาง การฟื้นฟูสภาพ 3. ประสานงานขอความช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพ	1. สร้างความไว้วางใจ 2. สร้างความเชื่อถือ 3. สะท้อนคิดพิจารณา 4. การมีส่วนร่วมของครอบครัว	1. ประสิทธิภาพการดูแลที่โรงพยาบาล 2. ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม 3. ภาวะเศรษฐกิจ	1. เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยที่บ้าน 2. สามารถฝึกกิจกรรมการดูแลได้หรือมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแล	อยู่ในภาวะปลอดภัยสามารถกลับบ้านได้
2. “หัวเลี้ยวหัวต่อ” - สับสน ขุนวาย - เครียด เหนื่อย - ลืมสนใจตัวเอง - น้อยใจ - ทำไม่ทัน	1. ให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดและจัดการตัวเอง 2. ฝึกทักษะที่เป็นปัญหาเพิ่มเติม 3. หามแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ	1. หากกลุ่มช่วยเหลือ 2. สะท้อนคิดพิจารณา 3. สร้างพลังความสามารถในการดูแล	1. ความหวัง 2. การช่วยเหลือของครอบครัว 3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม 4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	1. สามารถดูแลผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัยได้ 2. จัดการตัวเองได้ สามารถดูแลตนเองและทำงานอื่นที่รับผิดชอบภายในบ้านได้	1. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลตามความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัย

ตารางที่ 5 (ต่อ) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละระยะ

ระยะ	การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้าน		ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	ความสามารถการดูแลที่บ้าน	ผลลัพธ์การดูแล
	กิจกรรมการพยาบาล	กลยุทธ์			
3. “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” - ศีใจว่าดูแลผู้ป่วยได้ - รับรู้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น - มีความหวังและกำลังใจ - ยากให้หาย - มองหาวิธีการอื่น	4. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล 5. ประเมินผลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลสุขภาพร่วมกันเป็นระยะ	1. สะท้อนคิดพิจารณา 2. สร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน 3. สนับสนุนและชมเชยในวิธีการของผู้ดูแล 4. ผสมผสานการดูแลตามความเชื่อ	5. ระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย 1. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 2. สามารถปรับ/ปรับวิธีการ 3. มีผู้ช่วยเหลือพาไปฟื้นฟูสุขภาพ 4. ภาวะเศรษฐกิจ	1. สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2. สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง 3. เข้าใจผู้ป่วยและสามารถปรับตัว มีการปรับสภาพจิตใจ โดยวิธี เอาใจ/ หลบไปทำใจ/เอาหูทวนลม/ คิดว่าจำเป็นตัวเรา/ทำความเข้าใจร่วมกัน/และทำจิตใจให้ว่าง	2. ผู้ป่วยมีอาการจิตใจและอารมณ์ดีขึ้นเป็นบางครั้ง ยังยอมรับกับสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นไม่ได้ 1. ได้รับการดูแลตามความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2. ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม

ตารางที่ 5 (ต่อ) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละระยะ

ระยะ	การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน		ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	ความสามารถการดูแลที่บ้าน	ผลลัพธ์การดูแล
	กิจกรรมการพยาบาล	กลยุทธ์			
4. “ชีวิตที่ลงตัว” - ตารางชีวิตแต่ละวันซ้ำซาก - เมื่อตื่นเป็นห่วงผู้ป่วย - หงุดหงิดที่จะหาเพื่อน - เพื่อนเคยมี - ไม่มีเงิน - คิดถึงอนาคตของตัวเอง	4. ปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อ 1. กำหนดเป้าหมายและสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพระดับสูงสุด 2. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล 3. ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกัน	1. สะท้อนคิดพิจารณา 2. สร้างถึงหล่อเลี้ยงทางใจ 3. เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล	1. กำลังใจจากครอบครัว 2. ภาวะเศรษฐกิจ 1. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อย 1. สามารถดูแลผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. วิเคราะห์และแก้ปัญหาได้ 3. ปรับวิธีชีวิตการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอาการทางจิต 1. ปรับวิธีชีวิตการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต วิเคราะห์และแก้ปัญหาได้ 2. หมดภาระหน้าที่	ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวรู้สึกตัวเล็กน้อย - ได้รับการดูแลด้านร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอาการทางจิต - ได้รับการดูแลบางส่วนจากผู้ดูแลออกไปปรับตัวได้ - สามารถดูแลตนเองและกลับไปมีวิถีชีวิตเดิม	

3. **ประสานงานขอความช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพ** ผู้ดูแลที่มีปัญหาการเงินไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยได้ การประสานงานขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพ เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลได้รับอุปกรณ์ตามความจำเป็น หรือยืมอุปกรณ์จากโรงพยาบาลได้

4. **สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์** การดูแลผู้ป่วยที่มีวิธีการยุ่งยากและซับซ้อน และยังต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

5. **หาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ** เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลและต้องการความช่วยเหลือให้คำปรึกษาคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา การหาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาการดูแล

6. **ปรึกษาทิมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง** การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายสามารถทำงานเช่นเดิม เช่น หายใจได้เอง รับประทานอาหารทางปาก ปัสสาวะได้เอง การฟื้นฟูสภาพดังกล่าวต้องการคำปรึกษาจากแพทย์หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการตรวจดูความผิดปกติและประเมินความสามารถในการฟื้นฟู รวมถึงหาวิธีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพของผู้ป่วย

7. **ประเมินผลร่วมกัน** การประเมินผลร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการวิเคราะห์การแก้ปัญหา อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแล

ความสำเร็จของการส่งเสริมขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ที่ใช้ กลยุทธ์การส่งเสริม มีดังนี้

1. **สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ** ความสำเร็จการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ความไว้วางใจและเชื่อถือของผู้ดูแลและครอบครัวต่อพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นระยะเวลานาน

2. **สะท้อนคิดพิจารณา** การสะท้อนคิดพิจารณาจะเป็นการฝึกทักษะการวิเคราะห์ คิดตัดสินใจ อันนำไปสู่การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างอิสระ

3. **การมีส่วนร่วม** การนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแลจะทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแล ซึ่งจะนำมาซึ่งการช่วยเหลือผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

4. **หากกลุ่มช่วยเหลือ** การนำครอบครัว ญาติพี่น้อง ผู้ดูแลรายอื่นที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จของการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

5. **สร้างพลังความสามารถการดูแล** การสร้างพลังความสามารถจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล เกิดความภาคภูมิใจและเกิดพลังที่จะใช้ความสามารถอย่างเต็มที่

6. **ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน** การสร้างความรู้สึกว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นกำลังใจแก่พยาบาลในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปจะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน ทำให้เกิดแรงใจในอันที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมาย

7. **สนับสนุนและชมเชยวิธีการของผู้ดูแล** การสนับสนุนให้ผู้ดูแลคิดและ/หรือปรับวิธีการอย่างอิสระพร้อมทั้งชมเชยวิธีการของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในความสามารถการดูแล

8. **ผสมผสานความเชื่อการดูแล** ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะแวดล้อมด้วยความเชื่อของวัฒนธรรม สังคม และครอบครัว อีกทั้งยังมีความเชื่อที่เป็นของผู้ดูแลเอง การผสมผสานความเชื่อการดูแลกับความรู้จากศาสตร์ทางการแพทย์ จะทำให้เกิดวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพเป็นจริงของสังคม

9. **สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ** การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถทำคนเดียวได้ว่าภาระนี้จะสิ้นสุดเมื่อไร การสร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เอาใจใส่ トラบจนวาระสุดท้ายมาถึง

10. **เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล** การส่งเสริมการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลานาน ทำให้พยาบาลกับผู้ดูแลและครอบครัวมีความสนิทและคุ้นเคยกัน พยาบาลจะเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การมาเยี่ยมเยียนเป็นระยะเปรียบเสมือนเพื่อนผู้ดูแลมาเยี่ยม มิใช่เป็นพยาบาลมาทำหน้าที่ จะช่วยเป็นกำลังใจแก่ผู้ดูแลที่ต้องทำภาระหน้าที่ตลอดไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

1. **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล** การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การดูแลจากการสังเกต พยาบาลสอน ถามพยาบาลหรือญาติผู้ป่วยข้างเตียง หรือหมอบอก

ดังนั้นเมื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลที่โรงพยาบาลจะเรียนรู้วิธีการดูแลได้เร็วกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้ดูแลหรือเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

2. **ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล** การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ถึงการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแล จะทำให้ครอบครัวมีความรู้การดูแล เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน ครอบครัวจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือและร่วมแก้ปัญหากับผู้ดูแล

3. **ความหวัง** ความหวังจะทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการที่จะเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยถึงแม้ว่าการดูแลจะยุ่งยากและซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยหายตามที่ผู้ดูแลคาดหวัง

4. **ความสามารถในการดัดแปลง** ผู้ดูแลแต่ละรายจะมีความสามารถในการคิดและดัดแปลงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสนใจในการแสวงหา

5. **ความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนรอบข้าง** ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจจะทำให้มีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

6. **แหล่งสนับสนุนทางสังคม** การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น เช่น สถานบริการสุขภาพ หรือสถานที่รับนวดของหมอบ้าน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วย

7. **ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

8. **ระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย** ผู้ป่วยแต่ละรายมีระดับการเจ็บป่วยรุนแรงแตกต่างกันย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยแตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยที่เกิดผลกระทบรุนแรงและมีระดับความต้องการการดูแลมาก จะมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยที่เกิดผลกระทบไม่รุนแรง

9. **ภาวะเศรษฐกิจ** ภาวะเศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการส่งเสริมการดูแล ผู้ดูแลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแล เช่น ไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

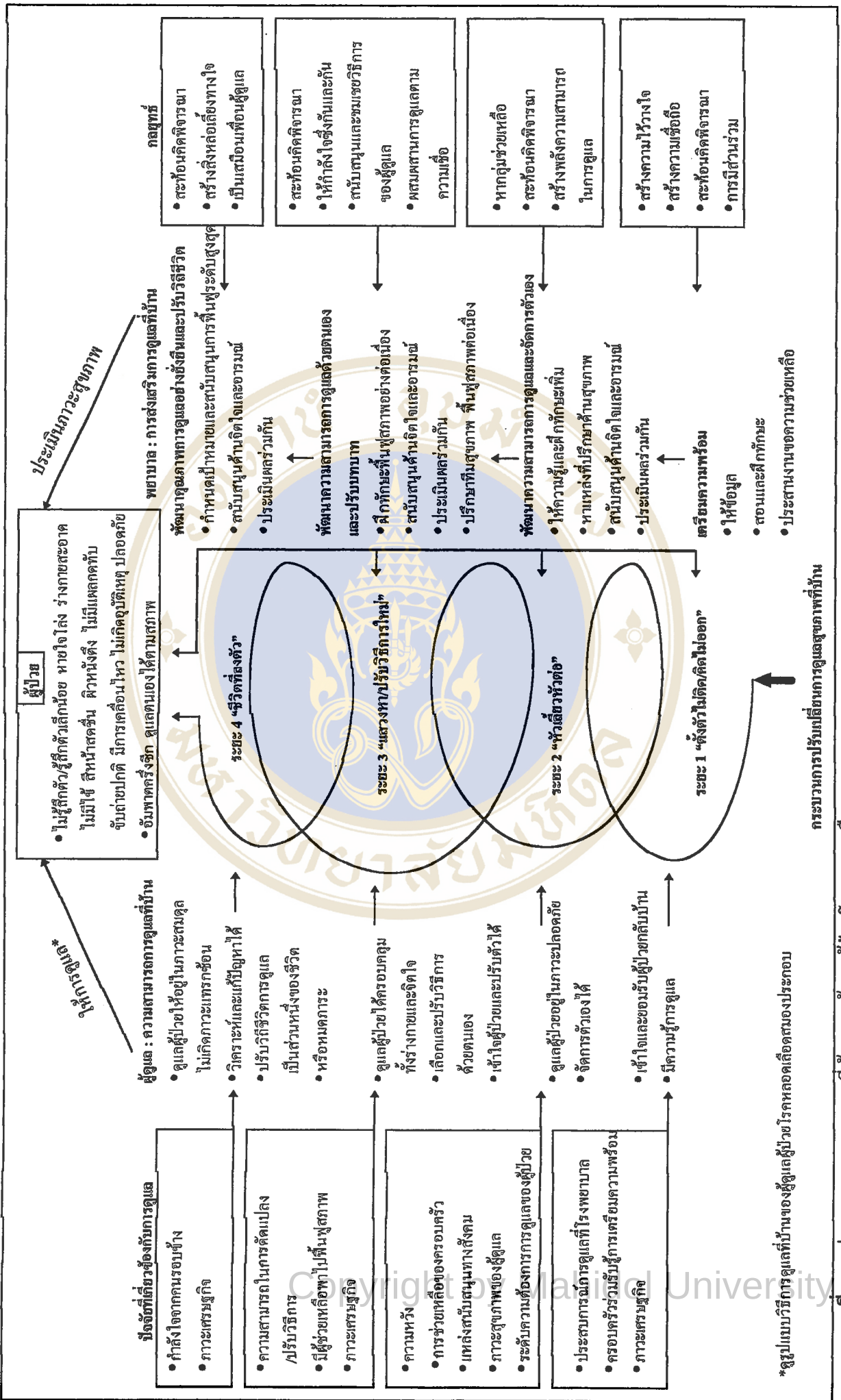
ผลลัพธ์การดูแล

ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการดูแลก่อนให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ดังนี้

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตามระดับความสามารถสูงสุดที่สามารถกระทำได้ ภายใต้ข้อจำกัดที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกส่วนหนึ่งสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถดูแลตนเอง เดินได้ และกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิมอย่างอิสระ ในขณะที่ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ช่วยตลอดไป

ความสามารถดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการการดูแล สามารถปรับวิถีชีวิตให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต ผู้ดูแลส่วนหนึ่งหมดภาระหน้าที่และกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม

ผู้วิจัยได้เสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ดูแผนภาพที่ 10) ซึ่งประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลที่บ้าน และ 5) ผลลัพธ์การดูแล ทั้งนี้ผู้วิจัยยังได้เสนอรูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ดูตารางที่ 6) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



แผนภาพที่ 10 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบ

ตารางที่ 6 รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมการดูแล	รูปแบบวิธีการดูแล	
	ผู้ป่วยไม่รู้ตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อย	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
• การหายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ	• ดูค塞姆พะวันละ 1 ครั้ง หรือดูค塞เมื่อมี塞姆พะ • เคาะปอดแทนการดูค塞姆พะ • ทำความสะอาดรอบท่อ ใช้น้ำสะอาด/น้ำยาเช็ด วันละ 1 ครั้ง • ถอดท่อภายในล้งวันละ 1 ครั้ง	• หายใจได้เอง
• การรับประทานอาหารและคิมน้ำ	• เตรียมอาหารเหลว (ปั่นอาหารตามสูตรโรงพยาบาลหรือปั่นข้าวสุกกับแกงจืดต้มผักหรือซงอาหารสำเร็จรูปไอโซแคล) • เตรียมอาหารว่างให้ระหว่างมือ (น้ำผลไม้ปั่น น้ำเต้าหู้ โอวัลติน) • ให้อาหารทางสายยาง	• เตรียมอาหาร • ดูแลให้ผู้ป่วยป้อนข้าวและคิมน้ำเอง • ช่วยตักข้าวใส่ช้อนและให้ป้อนเอง • เตรียมแก้วน้ำและหลอดดูด • ให้คิมน้ำจากแก้วน้ำเอง
• การขับถ่ายปัสสาวะ	• ผู้ป่วยชายเอาถุงพลาสติกพันรอบอวัยวะสืบพันธุ์ • ผู้ป่วยหญิงให้ถ่ายปัสสาวะรดหรือใส่ผ้ากันปัสสาวะ • ทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง	• ให้ถ่ายปัสสาวะในกระบอกปัสสาวะ • พาไปถ่ายปัสสาวะในห้องน้ำ • ให้เดินไปห้องน้ำเอง
• การขับถ่ายอุจจาระ	• ให้อนถ่ายอุจจาระรดที่นอน • ทำความสะอาดภายหลังถ่ายทุกครั้ง	• พาไปถ่ายอุจจาระในห้องน้ำหรือให้เดินไปเอง
• ทำความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้า	• เช็ดตัวที่เตียง หรือ • อุ้มนั่งเก้าอี้เข็นหรือม้านั่ง เอนน้ำสายยางรดตัว หรือใช้ขันตักอาบ • เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เตียง	• ให้เดินไปอาบน้ำที่ห้องน้ำเอง • พาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ • นั่งเก้าอี้หรือยืนจับราว มีผู้ดูแลช่วยอาบและเช็ดตัว • ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือให้ผู้ป่วยสวมเอง

ตารางที่ 6 (ต่อ) รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมการดูแล	รูปแบบวิธีการดูแล	
	ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างตัว/รู้สึกตัวเล็กน้อย	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
• การเคลื่อนไหวของร่างกาย	• พลิกตะแคงตัวทุก 1 - 2 ชั่วโมง - จัดให้อยู่ท่านั่งวันละ 1 - 2 ครั้ง - พาน้ำเกลือหรือเก้าอี้รถเข็นวันละ 1 - 2 ครั้ง - บริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อวันละ 1 ครั้ง	• ช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายร่างกาย - จับพาน้ำเกลือขึ้น หรือพุงเดิน - ดูแลความปลอดภัย • ให้เปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายเอง • ให้เดินเอง
• การพักผ่อนนอนหลับ	• ดูแลให้นอนหลับหลังทำความสะอาดเปลี่ยนผ้าปูเตียงและให้อาหาร • จัดบรรยากาศโดยรวมให้สะอาด สงบ	• จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสงบ • จัดให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์/วิทยุ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ • พาน้ำหรือเดินรอบบ้าน
• การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ปรับอารมณ์	• พูดคุยและสัมผัสขณะให้การดูแล • ให้ครอบครัวและญาติพูดคุยและสัมผัส • ให้ลูกหลานเล่นบริเวณใกล้กับผู้ป่วย • พาน้ำเกลือหรือรถเข็นรอบบ้าน	• พูดให้ช้าและชัด ให้ความสนใจกับผู้ป่วยคิดและพูด • พูดให้กำลังใจ ให้ความสำคัญปรึกษาเมื่อมีปัญหาในครอบครัว • พาไปพบเพื่อน หรือสถานที่ตามผู้ป่วยบอก • ให้เดินไปบริเวณใกล้เตียง • ให้เดินไปพบเพื่อนหรือไปธุระเอง

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลในประเด็น ดังนี้ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 4) ผลการวิจัยกับการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล และ 5) มุมสะท้อนของผู้วิจัย ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 15 ราย

ผู้ดูแลทั้งหมด 15 ราย เป็นเพศหญิง 12 ราย เพศชาย 3 ราย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) มีอายุระหว่าง 36 - 45 ปี และพบว่าส่วนใหญ่ (8 ราย) มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวผู้ป่วย ผู้ดูแลทั้งหมดหยุดทำงานนอกบ้านขณะดูแลผู้ป่วย และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (11 ราย) ทำงานบ้านร่วมกับผู้ดูแลที่เหลือ (4 ราย) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเหมือนกับที่พบจากรายงานจำนวนมาก (Reinhard, 1994 ; Musoff, 1991 ; Mastian, 1996) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมักเป็นเพศหญิง อย่างไรก็ตาม จากรายงานเหล่านี้รวมถึงการศึกษาของสายพิณ (2536) และจินตนา (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาและมีอายุช่วง 40 - 60 ปี แต่การศึกษครั้งนี้พบว่า บุตรสาวจะเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากวัฒนธรรมไทยเมื่อบิดาหรือมารดาเจ็บป่วย จะเป็นหน้าที่ของบุตรเป็นผู้ดูแล บุตรสาวจะถูกเลือกเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุตรชาย เนื่องจากสังคมคาดหวังว่า เพศหญิงจะทำหน้าที่ดูแลได้ดีกว่าเพศชาย โกลด์สไตน์ (Goldstein, 1981) กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลหรือพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดจากผู้ดูแล ผู้ดูแลเพศหญิงเป็นบุคคลที่เหมาะสม และในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก บุตรสาวหรือผู้ดูแลที่อายุน้อยเหมาะสมเป็นผู้ดูแลเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีภาวะสุขภาพดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

จากการศึกษาพบประเด็นพิจารณาการเข้ามารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีเหตุผลในการตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแล ดังนี้ 1) เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล ผู้ดูแลพิจารณาแล้วถึงความเหมาะสม เช่น เป็นบุตรสาวคนเดียวภายในบ้าน หรืออาจเป็นผู้ที่ไม่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบนอกบ้าน เป็นแม่บ้าน เป็นต้น 2) เพราะสนิทกับผู้ป่วยจึงอาสาเป็นผู้ดูแล 3) ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วย / เพราะผู้ป่วยเป็นคนดี 4) เป็นเวรเป็นกรรม 5) สามารถหยุดทำงานมาเป็นผู้ดูแลได้ และ 6) ผู้ชายควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกดหัว ผู้หญิงไม่เหมาะ ไม่ว่าผู้ดูแลจะตัดสินใจด้วยเหตุผลใดก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนต่างเต็มใจและสมัครใจมาดูแลผู้ป่วย ไม่มีครอบครัวใดพิจารณาการจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยก่อน ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากความรักและห่วงใยที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย มูซออฟ (Musoff, 1991) กล่าวว่า ด้วยความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและสายใยที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย และด้วยพื้นฐานแห่งความรักและห่วงใยต่อกัน จึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญทำให้บุคคลหนึ่งตัดสินใจมาเป็นผู้ดูแล จากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลทุกคนยอมรับทั้งการประกอบอาชีพเพื่อมาเป็นผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 15 ราย เป็นเพศชาย 10 รายและเพศหญิง 5 ราย ส่วนใหญ่จะพบอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งตรงกับอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่มักพบในผู้ป่วยชายและอยู่ในวัยสูงอายุ (Stineman, et al., 1997) อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (21 - 25 ปี) มีโอกาสเกิดโรคเช่นกัน เมื่อพิจารณาลักษณะผู้ป่วยซึ่งมักเป็นเพศชายและอายุ 60 ปีขึ้นไปกับลักษณะผู้ดูแลพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมักมีผู้ดูแลเป็นบุตรมากกว่าภรรยา และเป็นบุตรสาวมากกว่าบุตรชายซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นมักพบว่า ผู้ดูแลมักมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส และคู่สมรสส่วนใหญ่ที่รับหน้าที่ในการดูแลจะเป็นภรรยา (Given, et al., 1988 ; Robinson, 1990 ; Kuhlman, et al., 1991) ความแตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากลักษณะสังคมไทยปลูกฝังให้บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดาตามแก่ชราหรือเจ็บป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะรับผู้ป่วยมาดูแลที่บ้านของผู้ดูแล หรืออาสาเป็นผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยังมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยไม่รู้สีกดหัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ (5 ราย) ผู้ป่วยไม่รู้สีกดหัวหรือรู้สีกดหัวเล็กน้อยและหายใจได้เอง (3 ราย) และผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (7 ราย) ผู้ป่วยเหล่านี้ต่างมีความพร้อมและความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการเคลื่อนไหวหรือควบคุมร่างกาย ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง (8 ราย) ยังสูญเสียด้านความคิดและระดับความรู้สีกดหัวร่วมด้วย ดังนั้นจึงเป็นภาระหน้าที่

ของผู้ดูแลที่จะต้องดูแลและฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปและดูแลด้านการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วย เช่น ดูแลการหายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ ดูแลเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง หรือพาผู้ป่วยไปนวดหรือทำกายภาพบำบัด

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการดูแลที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแล คือ การดูแลการหายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ การดูแลเสมหะ ซึ่งตรงกับการศึกษาของจินตนา (2541) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า การดูแลที่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลมากที่สุด คือ การดูแลท่อน้ำหายใจและการดูแลเสมหะ ทั้งนี้เพราะการดูแลท่อน้ำหายใจและการดูแลเสมหะเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการดูแล สำหรับการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การดูแลการฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงให้สามารถทำงานเช่นเดิมและการเข้าใจถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นการดูแลที่ก่อปัญหากับผู้ดูแลมากที่สุด

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ บทบาทของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ คือ บทบาทการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ รูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการร่วมกันสะท้อนคิด (reflective practice) ซึ่งเป็นกระบวนการของประชาธิปไตย ไม่มีการควบคุม และเน้นการให้อำนาจ (empowerment) กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988) พยาบาลและผู้รับบริการถือเป็นผู้ร่วมงานที่มีความเท่าเทียมกัน (mutual participation) ในการรับผิดชอบพัฒนาตนเองจนกระทั่งสามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่บ้านจำเป็นต้องเน้นถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Professional autonomy) กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในฐานะของผู้รับบริการ (Coffman, 1997)

บริบทการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นกลวิธีที่ผู้วิจัยเน้นโดยมุ่งหวังว่า การพัฒนาความสามารถผู้ดูแลจะสอดคล้องกับสภาพเป็นจริงที่บ้าน สังคม และชุมชนของผู้ดูแลและครอบครัว ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจในสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันการเริ่มการศึกษาที่โรงพยาบาลจะทำ

ให้เกิดความเข้าใจถึงปรากฏการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลรวมถึงการเรียนรู้ที่ได้จากการเฝ้าไข้ การส่งเสริมการดูแล โดยเริ่มจากโรงพยาบาลจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาความสามารถ เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนและยุ่งยากกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

การติดตามในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการติดตามเป็นรายบุคคล วิธีการส่งเสริมเป็นไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยของแต่ละราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการเตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาล เริ่มจากเมื่อรับทราบว่าเป็นผู้ป่วยวางแผนให้กลับบ้านและเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านจะได้รับการเยี่ยมติดตามที่บ้านเป็นระยะ โดยติดตามระยะถี่ในช่วงสัปดาห์แรกเฉลี่ย 2 - 3 ครั้ง ต่อมา ระยะเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้ป่วยได้ การเยี่ยมจะห่างเฉลี่ย เดือนละ 1 - 2 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งผู้ดูแลจะต้องกระทำหน้าที่ดูแล เป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถทำนายได้ว่าภาระนี้จะสิ้นสุดเมื่อไร ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลจึงต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน ดังนั้นการประเมินผลจึงมีการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 เดือนต่อ 1 วัน รวม 2 ครั้ง

จากการส่งเสริมความสามารถการดูแลสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย การศึกษาผู้ดูแล ส่วนหนึ่ง (7 ราย) ใช้ระยะเวลาการศึกษาผู้ดูแลแต่ละรายไม่น้อยกว่า 3 เดือน และมีการศึกษากับผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่ง (8 ราย) ที่ใช้ระยะเวลาการศึกษาแต่ละรายไม่น้อยกว่า 9 เดือน ผู้วิจัยค้นพบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยเรียกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอกระบวนการปรับเปลี่ยนนี้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ ระยะแสวงหา/ปรับวิธีการใหม่ และระยะชีวิตที่ลงตัว กลยุทธ์ในการส่งเสริมการดูแลและประกอบด้วยกลยุทธ์เดียวกันที่ใช้อย่างต่อเนื่องและกลยุทธ์ที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละช่วง จากการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลในอันที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ตลอดวัน และเป็นระยะเวลานานทราบเท่าวาระสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง นั่นก็คือ การสะท้อนคิดพิจารณา (self - reflective) ซึ่งจะให้ผู้ดูแลสามารถฟังตนเอง ในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ดูแลสามารถหาทางแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลสามารถพิจารณาได้ว่า ปัญหาการเจ็บป่วยระดับใดที่ผู้ดูแลแก้ปัญหาด้วยตนเอง ปัญหาระดับใดผู้ดูแลจะต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพอื่น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางการศึกษา ซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นที่มีแนวทางการศึกษาเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ กล่าวคือ การศึกษาที่ผ่านมามักเป็นการพัฒนาหรือหารูปแบบการดูแลตนเองหรือพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตภายใต้การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (self - care agency) (จริยา ตันติธรรม, 2536 ; ภาวนา กิริติยวงศ์, 2537 ; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; วิลาวัลย์ ผลพลอย, 2539 ; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540 ; อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ, 2540 ; วัลลา ตันตโยทัย, 2540 ; สิริลักษณ์ จันทะระ, 2541 ; โจมพัทธ์ มณีวัต, 2541) แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) นั่นก็คือ ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ นั่นก็คือ ผู้ป่วย รูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาความสามารถดูแลสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการจัดการตัวเอง กล่าวคือ ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและจัดการกับภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบได้ในขณะที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เน้นถึงการพัฒนาความยั่งยืนของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลมีอาจทำนายได้ว่าเมื่อไรภาระนี้จะสิ้นสุด การศึกษาการส่งเสริมความสามารถการดูแลครั้งนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลที่บ้าน คอฟแมน (Coffman, 1997) กล่าวว่า พยาบาลที่เข้ามาสู่สิ่งแวดล้อมที่บ้านมักไม่คุ้นเคย ไม่สามารถทำนายและควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยวิธีการพยาบาลที่ได้รับผลสำเร็จในโรงพยาบาล อาจนำมาซึ่งความล้มเหลวเมื่อนำมาใช้ในการพยาบาลที่บ้าน ดังนั้นการศึกษาทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงการประยุกต์และผสมผสานระหว่างความรู้ทางการพยาบาลกับความเชื่อการดูแลและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลตนเองทั้งหลายถือได้ว่าเป็นความรู้ระดับปฏิบัติสำหรับพยาบาลที่ค่อนข้างมีความเฉพาะเจาะจงและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ (caring discipline) ลักษณะความรู้จากการศึกษาซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันนี้ จะสนับสนุนว่าศาสตร์ทางการพยาบาลควรมีความหลากหลายเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านชั่วคราวก่อนการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณคดี และสร้างรูปแบบชั่วคราวจากการศึกษานำร่อง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ได้จากการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกับกรอบแนวคิดและรูปแบบชั่วคราว แต่เมื่อพิจารณาถึงความละเอียด ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง พบว่า รูปแบบที่ได้จากการศึกษามีความละเอียด ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง

สำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่ได้จากการศึกษาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือที่มีเป้าหมาย ซึ่งมีการวางแผน ปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอตลอดกระบวนการ รูปแบบที่ได้ยังเป็นผลจากการร่วมมือระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้ได้รูปแบบมีความเฉพาะเจาะจงมาก

การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน

การศึกษานี้ พบว่า การส่งเสริมการดูแลที่บ้านจะเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะ ตั้งแต่ระยะที่ผู้ดูแลขาดความรู้และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จนกระทั่งพัฒนาความสามารถคุณภาพอย่างยั่งยืน ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลที่บ้านประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล 2) พัฒนาศาสมารถ การดูแลและการจัดการตัวเอง 3) พัฒนาศาสมารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท และ 4) พัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล จากการศึกษาปรากฏการณ์ตั้งแต่ก่อนเข้าโครงการ เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและผู้ดูแลต้องเฝ้าไข้หรือดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ดูแลรับทราบว่าแพทย์มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นในระยะ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” จึงพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาไม่รู้และไม่เข้าใจ ต้องหยุดทำงานและไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร การส่งเสริมการดูแลระยะแรก คือ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจในสถานการณ์ และยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน การเตรียมความพร้อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพ แผนการรักษา และโอกาสหายของโรค มีความรู้วิธีการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลด้านรักษาพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ผู้ดูแล จะได้รับการฝึกทักษะควบคู่กัน การเตรียมความพร้อมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลไม่พยายามต่อรองขอเลื่อนเวลากลับบ้านหรือขอรักษาที่โรงพยาบาลต่อ

จากการศึกษาพบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมกับผู้ดูแล จะช่วยให้การส่งเสริมการดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากครอบครัวจะมีความรู้ และได้รับการฝึกวิธีการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน รวมถึงรู้ถึงปัญหาของผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและผู้ดูแลมีปัญหาการดูแล ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเหลือ

และร่วมแก้ปัญหากับผู้ดูแล กิจกรรมการพยาบาลและกลยุทธ์ในการเตรียมความพร้อม คือ ให้ข้อมูล สอนและฝึกทักษะ ประสานงานขอความช่วยเหลือ สร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือ สะท้อนคิดพิจารณา และการมีส่วนร่วม จากการศึกษพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่ง (2 ราย) มีปัญหาการเตรียมสถานที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงร่วมวางแผนการเตรียมสถานที่ที่บ้านกับครอบครัวผู้ดูแลก่อนที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยกลับบ้าน

2. พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเอง จากการศึกษพบว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านในระยะ “หัวเลี้ยวหัวต่อ” จะเป็นระยะที่ผู้ดูแลเกิดความสับสน วุ่นวาย งุนงง กับการดูแลผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่า เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแล้ว ยังทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาการดูแลตนเองเช่นกัน การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลที่บ้านจึงเป็นการพัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตัวเอง

วิธีการสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้วิจัยใช้แนวทางจากที่โอเร็มเสนอวิธีการช่วยเหลือไว้อย่างกว้างๆในทฤษฎีเช่นกัน แต่จากการศึกษา ผู้วิจัยได้นำวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) มาใช้ เนื่องจากผู้วิจัยมีเป้าหมายส่งเสริมการดูแลที่ผู้ดูแลกระทำกับผู้ป่วยโดยตรง ผู้วิจัยจึงส่งเสริมโดยการสอนสาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกตาม เช่น สอนการสวนปัสสาวะทิ้ง สอนการใส่สายยางทางกระเพาะอาหาร เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลการส่งเสริมความสามารถการดูแล ได้แก่ สอนและฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ในการพัฒนาความสามารถ ดังนี้ สะท้อนคิด หากกลุ่มช่วยเหลือ และสร้างพลังความสามารถในการดูแล จากการศึกษายังพบว่า การพัฒนาความสามารถการดูแลโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอ เนื่องจากจากการศึกษายังพบปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การจัดระบบพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องพิจารณาด้วยว่าผู้ดูแลหรือญาติจะต้องมีความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องคำนึงถึงบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวและสังคมด้วย ในช่วงระยะที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการตัวเองได้ สาเหตุสำคัญเนื่องจากผู้ดูแลพบปัญหาการดูแลอย่างมากจนกระทั่งทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมดในแต่ละวันหมดกับการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นในระยะ “หัวเลี้ยวหัวต่อ” การพัฒนาการจัดการตัวเองอันดับแรก คือ การพัฒนาความสามารถการดูแลให้กับผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลแต่ละกิจกรรม ผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมวิเคราะห์ถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาและใช้เวลานาน รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล โฟลเดน (Folden, 1993) กล่าวว่า การพัฒนาความสามารถดูแลตนเองนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาระหน้าที่อื่น ความเข้าใจดังกล่าวจะทำให้พยาบาลสามารถร่วมวางแผนเป้าหมายกับผู้ดูแล การจัดการตัวเองได้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถดูแลของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาการจัดการตัวเองของผู้ดูแล ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาและช่วยเหลือหรือแบ่งเบาภาระงานอื่นที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการตัวเองได้ดีขึ้น

3. พัฒนาศาสนาการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท เมื่อพัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตัวเองได้ การส่งเสริมการดูแลขั้นต่อไปนี้ คือ การพัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและผู้ดูแลปรับบทบาทได้ การพัฒนาการดูแลด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งรวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย การพัฒนาความสามารถในการคิดพิจารณาและแก้ปัญหาการดูแลเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในขั้นตอนนี้จึงเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลความสามารถการดูแลของผู้ดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล การสะท้อนคิดพิจารณา วิธีการส่งเสริมการดูแลดังกล่าวจะช่วยให้เพิ่มความสามารถการดูแลของผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลประเมินผลตนเอง (self - evaluation) จะเป็นวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Hawks & Hromek, 1992)

จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและจัดการตัวเองได้ ผู้ดูแลทุกคนต่างมีความหวังต่อการหายของผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะมีระดับความหวังแตกต่างกันก็ตาม ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการรักษาอื่นเพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายตามที่หวังไว้ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา มักพบกับผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญการเจ็บป่วยโรคที่รักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง เอดส์ เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของพิกุล (2539) ศึกษาแบบแผนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองภายหลังการรับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอดส์ กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยของตนเอง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีการใช้

หลายวิธีร่วมกัน ระหว่างการรักษาแบบใหม่ การรักษาพื้นบ้าน โดยการใช้สมุนไพรหรือประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย มักได้รับการบอกต่อกันว่า ถ้าให้หมอบ้านนวดหรือจับเส้นแล้วผู้ป่วยจะหายกลับเป็นปกติ ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวหรืออัมพาตครึ่งซีกก็ตาม ผู้ดูแลทุกคนทดลองวิธีการนวดจากหมอบ้าน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังดื่มยาสมุนไพรให้ผู้ป่วยดื่มหรือประคบร้อน ควบคู่กับการพาไปนวดกับหมอบ้าน นอกจากนั้นผู้ดูแลส่วนหนึ่งปรับวิธีการดูแลจากการสังเกตและการกระทำกิจกรรมเป็นประจำ ผู้ดูแลอาจมีวิธีการปรับจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย เช่น การให้ปริมาณและประเภทอาหารแต่ละมื้อ การเลือกประเภทของอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทุกวัน เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองด้วยวิธีผสมผสานการดูแลตามความเชื่อ สนับสนุนและชมเชยวิธีการของผู้ดูแล การสะท้อนคิดพิจารณา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลด้วยตนเอง การพัฒนาความสามารถในขั้นตอนนี้ยังรวมถึงการปรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจถึงปฏิกิริยาของผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะมีกลไกการปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ ดังนี้ เอาใจ หลบไปทำใจ เอาหูทวนลม คิดว่าถ้าเป็นตัวเรา ทำความเข้าใจร่วมกัน และทำจิตใจว่าง

4. พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต ประเด็นสำคัญของการส่งเสริมการดูแล คือ การคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนมีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างมาก เนื่องจากผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระหน้าที่ยาวนาน ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องรับภาระการดูแลตราบนานวาระสุดท้ายมาถึงซึ่งมีอาจทำนายได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร การได้รับการดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนาน ผู้ดูแลต้องตระหนักเป็นส่วนตัวให้กับการดูแลผู้ป่วย โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การพัฒนาการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่นจำเป็นต้องพัฒนาจนกระทั่งเกิดความยั่งยืน ไม่เกิดการถดถอย การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดกำลังใจและแรงจูงใจที่จะใช้ความพยายามและอดทนต่อการเผชิญปัญหาที่ยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่พึ่งพา อย่างไรก็ตาม โอเร็มมิได้กล่าววิธีการสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน ตั้งแต่ระยะแรกของกระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ

เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยากจากการดูแลผู้ป่วยและอาจทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ ท้อแท้ เกิดความรู้สึกลึกว่าการดูแลเป็นภาระอย่างมาก ผู้ดูแลอาจละทิ้งการเป็นผู้ดูแลได้ตลอดเวลา (burn out) ผู้วิจัยจึงสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์แต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง วิธีการระยะแรกเริ่มจากการให้ข้อมูล สร้างความเข้าใจและยอมรับการพาผู้ป่วยกลับบ้าน สอนและฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ดูแลกลับบ้านพบกับสถานการณ์วุ่นวาย สับสน ระยะนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกต่อการดูแลให้เวลากับผู้ดูแลในการพูดคุยและซักถาม พูดเป็นกำลังใจและชมเชยในความสามารถ เล่าถึงปัญหาผู้ดูแลรายอื่นที่ผู้ดูแลรู้จัก และชวนผู้ดูแลรายอื่นมาเยี่ยมเยียนที่บ้านผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเยี่ยมบ้านระยะนี้ของผู้วิจัยเป็นวิธีการหนึ่งในการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้ดูแลเข้าสู่ระยะของการแสวงหา/ปรับวิธีการใหม่ ความท้อแท้หรือหมดกำลังใจมักจะเกิดจากการฟื้นฟูสภาพไม่เป็นไปตามที่ผู้ดูแลคาดหวัง วิธีการสนับสนุนในช่วงนี้จึงเป็นการพูดให้กำลังใจร่วมกับการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างจริงใจและตั้งใจในการให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพที่ผ่านมากับปัจจุบัน เล่าถึงการฟื้นฟูในผู้ป่วยรายอื่นเพื่อให้กำลังใจ อดทนและรอคอย กล่าวชมเชยในความพยายามและอดทนของผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนในขั้นตอนนี้ซึ่งเป็นระยะ “ชีวิตที่ลงตัว” ผู้วิจัยใช้วิธีการ สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล กล่าวชมเชยในคุณความดีของผู้ดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยด้วยความห่วงใยและเอื้ออาทร วิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจและภาคภูมิใจ มีความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนั้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ยั่งยืนจนผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้พึ่งตนเองในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจได้ว่าปัญหาการเจ็บป่วยระดับใดผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง ปัญหาระดับใดต้องพึ่งการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น เช่น ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น รวมถึงการปรับวิถีชีวิตของผู้ดูแลให้การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตได้นั้น การพัฒนาความสามารถด้วยวิธีการกำหนดเป้าหมายและสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพสูงสุด การประเมินผลร่วมกัน และการสะท้อนคิดพิจารณา จะทำให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิตได้ ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสามารถรับจ้างเลี้ยงเด็กเล็ก รับจ้างเย็บผ้า ขายของชำ หรือขายไก่ทอดได้ขณะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแล

การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยซึ่งเกิดภาวะเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อน ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลมากที่สุด คือ ครอบครัว และ แหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดของปัจจัยทั้งสอง ดังนี้

1. ครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตั้งแต่ระยะแรกจนถึงสิ้นสุดการวิจัย มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมอง (Robinson, 1990 ; Musoff, 1991 ; Meneses & Perry, 1993 ; Ihlefeld, 1993 ; Irvin & Acton, 1997 ; Mower, 1997 ; Rose, 1997) ความสำเร็จสูงสุดของการดูแล คือ การร่วมรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางธรรมชาติ (a natural source of support) สำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถด้านร่างกาย

ผู้ดูแลต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวในแต่ละระยะแตกต่างกัน ผู้ดูแลต้องการการช่วยเหลือแบ่งเบานภาระ ต้องการที่ปรึกษา ต้องการผู้ช่วยพาผู้ป่วยไปนวดหรือไปทำกายภาพบำบัด อาจต้องการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือบางครั้งผู้ดูแลต้องการกำลังใจหรือคำชมเชยจากครอบครัว แต่จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีผลกระทบการดูแลให้กับผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพังหรือได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย ครอบครัวอีกส่วนหนึ่งให้ความช่วยเหลือและกำลังใจแก่ผู้ดูแลในระยะแรก แต่เมื่อผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวกลับไปดำเนินชีวิตของตนเองและผลกระทบการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง เพาว์เวอร์ (Power, 1989) กล่าวว่า ระบบการสนับสนุนของครอบครัวจะมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดผลสำเร็จของการดูแลฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ในแต่ละช่วงของการฟื้นฟูต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาของเพาว์เวอร์ ยังพบว่า ครอบครัวมักให้ความสนใจและช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ (acute phase) แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวมักจะให้การช่วยเหลือและเอาใจใส่น้อยลง

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การเปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลเช่นเดียวกับการเตรียม

ความพร้อมให้กับผู้ดูแลจะทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการช่วยเหลือ ตลอดจนเข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ดูแล ผู้วิจัยประสานความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและครอบครัวโดยมุ่งหวังว่า แรงสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ที่มั่นคงและเกิดพลังแห่งการต่อสู้ เพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การมีสมาชิกคนหนึ่งเจ็บป่วยที่บ้านและต้องการผู้ดูแลเลเวลเกือบตลอดเวลา ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบ้านเช่นกัน ครอบครัวต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับผู้ดูแล นอกจากนั้นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวมีอาจให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนต่างมีภาระรับผิดชอบอย่างอื่นต้องรับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ประเทศไทยประสบวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวต่างมุ่งการแก้ปัญหาเศรษฐกิจจนดูเหมือนว่าจะผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแล ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องเป็นผู้ประสานความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้เกิดแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด

2. แหล่งที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพ ด้วยนโยบายของรัฐที่สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลสุขภาพของตนเองและดูแลสมาชิกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและด้วยแนวการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตแล้ว แพทย์มักให้ครอบครัวพาผู้ป่วยกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน ช่วงเวลาที่เป็นการปรับเปลี่ยนจากโรงพยาบาล - บ้าน หรือระยะของหัวเลี้ยวหัวต่อของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องการคำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของโรส (Rose, 1997) พบว่า เมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลรับรู้ถึงการขาดความช่วยเหลือในการให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ (professional support) แมคลีน และคณะ (McLean, et al., 1991) พบว่า เมื่อผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็น เช่น การดูแลแผล การดูแลสายสวนคาปัสสาวะ การทำแผล ผู้ดูแลต้องการคำปรึกษาตอบข้อสงสัย ต้องการข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข อีกทั้งยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ จินตนา (2541) และจินตนา (2541) ยังเสนอการอภิปรายผลเพิ่มเติมว่า ผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมว่า บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือประชาชนได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

นอกจากปัจจัยที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมการดูแลที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแล ได้แก่

1. **ความหวังและกำลังใจ** การส่งเสริมความสามารถการดูแลผู้ป่วยซึ่งช่วยเหลือและดูแลตนเองไม่ได้ ความหวังและกำลังใจเป็นแรงจูงใจที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดพลังใจและแรงกระตุ้นในอันที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และตั้งใจ การขาดความหวังและกำลังใจจะมีผลให้ผู้ดูแลเละเลຍหรือละทิ้งการดูแล ขาดความสนใจ อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีความหวังและกำลังใจ ความหวังของผู้ดูแล ได้แก่ พุดได้ บอกได้ว่าต้องการอะไร ถูกรับได้ แสดงกิริยาให้รู้ว่าต้องการอะไร อยากให้เกิดปาฏิหาริย์ ช่วยเหลือตัวเองและเดินได้ ความหวังดังกล่าวนี้ เป็นความหวังที่ผู้ดูแลหวังจะให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังเกิดการเจ็บป่วย และเมื่อเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใดๆ ดังเช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลเปลี่ยนความหวังเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

2. **ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล** ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะเป็นเครื่องชี้วัดถึงความต้องการการดูแล ระดับการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยย่อมบ่งบอกถึงความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเพิ่มมากขึ้นเพื่อดูแล สามารถคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเป็นการดูแลที่ยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อซึ่งเป็นช่วงปรับเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมายังบ้าน ในช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ผู้ดูแลเฝ้าดูแลตนเองตลอด 24 ชั่วโมงจะเป็นเวลาของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีผลทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า หงุดหงิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย

3. **ภาวะเศรษฐกิจ** ภาวะเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงินจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงินจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลหรือพาไปนวดกับหมอบ้านได้ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบเองไม่สามารถเบิกหรือได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลได้ นอกจากนั้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะยาวส่งผลกระทบต่อหารายได้ ผู้ดูแลไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพเป็นระยะ

เวลานานและอีกทั้งไม่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และก่อให้เกิดการขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล

ผลการวิจัยกับการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล

รูปแบบการส่งเสริมความสามารถดูแลสุขภาพที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ถือว่าเป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีแนวคิดจากความรู้ในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การศึกษาค้นคว้านี้เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาความสามารถในสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน ซึ่งถือว่าการพัฒนาความรู้ระยะสุดท้ายตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งถือว่าศาสตร์ของการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ ความรู้ที่ก่อเกิดขึ้นใหม่จะต้องเฉพาะเจาะจงเข้ากับกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

รูปแบบที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้แสดงถึงความเกี่ยวข้องของการดูแลชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ (caring discipline) ซึ่งบุคคลหนึ่งจะมีให้กับอีกบุคคลหนึ่งซึ่งเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การศึกษาค้นคว้านี้ได้มุ่งจัดการให้ผู้รับบริการสามารถกระทำหน้าที่ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและขณะเดียวกันก็มุ่งจัดการให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองและมีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยมุ่งเน้นการปฏิบัติให้เกิดการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้รับบริการ โดยศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ กระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนผู้วิจัยให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ผู้รับบริการในอันที่จะเลือกวิธีการอย่างอิสระ จุดเด่นของรูปแบบที่ได้จากการศึกษา คือ รูปแบบที่ได้มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นการใช้ภาษาจากการศึกษาจะเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อความหมายในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทยที่มีลักษณะกึ่งสังคมชนบทและสังคมเมืองดังเช่นสถานที่ศึกษาที่ผู้วิจัยเลือก ภาษาที่ผู้วิจัยใช้จากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นภาษาที่ได้จากผู้รับบริการ เป็นภาษาซึ่งแสดงถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการที่บอกกับผู้วิจัย ภาษาที่ใช้จึงเป็นภาษาที่ง่ายและสื่อความหมายได้ชัดเจน ซึ่งต่างกับภาษาที่ใช้ในทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991) การศึกษาค้นคว้านี้ผู้วิจัยพยายามสื่อความหมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้ง่ายที่สุดและเมื่อผู้หนึ่งผู้ใดต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้จะเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการอย่างชัดเจน อีกทั้งบุคคลอื่นที่ศึกษารูปแบบนี้จะเข้าใจถึงผู้รับบริการเช่นกัน

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสนับสนุนการพัฒนาความรู้ในศาสตร์สาขาการพยาบาลได้ระดับหนึ่ง เป็นการพัฒนาความรู้ในระดับปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวความคิดจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาที่ได้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น

มุมมองของผู้วิจัย

มุมมองของผู้วิจัยจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงสิ้นสุดการวิจัย ผู้ดูแลขอเสนอมุมมองในประเด็นดังต่อไปนี้

1. มุมมองของผู้วิจัยต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มตั้งแต่การศึกษาให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอย่างถ่องแท้และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น การเรียนรู้ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเริ่มศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ดูแลที่มีระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลแตกต่างกัน จากการศึกษาทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลมีวิธีการปรับตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและสภาพที่บ้าน ผู้วิจัยยังได้เรียนรู้ถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการดูแลที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ขั้นตอนของการเข้าใจถึงสถานการณ์อย่างถ่องแท้นี้ ผู้วิจัยยังศึกษาถึงสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล การศึกษาขั้นตอนนี้ทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้ว่า บทบาทของพยาบาลมีต่อผู้ดูแลและครอบครัวน้อยมาก จึงทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่าทำไมผู้ดูแลจึงเกิดปัญหาการดูแลมากมายเมื่อนำผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน

ด้วยความเชื่อของผู้วิจัยถึงศักยภาพหรือความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวว่า สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพใดก็ตาม และด้วยความเชื่อของผู้วิจัยอีกด้วยว่า สิ่งแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อเริ่มดำเนินการตามโครงการตามกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงเน้นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การศึกษาผู้ดูแลรายแรกเป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ เมื่อผู้ดูแลกับผู้ป่วยกลับบ้านและผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยมีความวิตกกังวลมากกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตรายจากปัญหาการหายใจและถ้าหากเกิดอะไรกับผู้ป่วย ผู้วิจัยมีความรู้สึกผิดและอาจต้องล้มเลิกการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักเสมอว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย แต่ด้วยกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการสะท้อน

การปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแผนร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย และความช่วยเหลือของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยสามารถส่งเสริมการดูแลผู้ดูแลรายแรกเป็นไป ด้วยดี

เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้วิจัยมีประสบการณ์ศึกษาผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวนมากขึ้น ผู้วิจัย เรียนรู้ถึงคุณค่าของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สิ่งหนึ่งที่ประจักษ์ชัดเจน คือ ผู้วิจัยสามารถช่วยให้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระยะเวลาที่ผู้ป่วย ต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นจากแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ว่า การแก้ ปัญหาจะต้องอาศัยความร่วมมือของกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงการร่วมมือกัน ระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติพี่น้อง ผู้ดูแลรายอื่นที่มีประสบการณ์และบุคลากรทาง การแพทย์ ถึงแม้ว่าความร่วมมือที่ผู้วิจัยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ มิได้อาศัยอยู่ภายใต้ระบบหรือนโยบายของ โรงพยาบาลก็ตาม ความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลจากบุคคลหลายฝ่าย ทำให้ การศึกษาครั้งนี้ได้รับผลสำเร็จด้วยดี

จากการเรียนรู้การศึกษาวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและยอมรับว่า ด้วย กระบวนการการวิจัยจะทำให้เกิดความรู้หรือวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ก่อนที่ผู้วิจัยเลือกวิธีการ ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยมักได้ยินว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ทำให้เกิดอะไรใหม่ขึ้นมา ไม่มีอะไรแปลกใหม่ จะเขียนอย่างไรก็ได้ บางคนเกิดข้อสงสัยว่าผลการศึกษาที่ว่าเป็น Action research นั้นเป็นอย่างไร เมื่อผู้วิจัยเรียนรู้ถึงการศึกษาวิธีนี้ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงคำพูดเหล่านั้น เกิดจากความไม่เข้าใจในการวิจัยวิธีนี้ ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิธีการนี้ต้องประกอบด้วย ส่วนสำคัญที่ผู้ศึกษาต้องคำนึงถึง 2 ประการ คือ 1) ศึกษาให้เข้าใจถึงสถานการณ์อย่างถ่องแท้ให้ได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง มิใช่เป็นการศึกษาเพียงผิวเผิน และ 2) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลจะต้องกระทำอย่างละเอียด รอบคอบ และกระทำวันต่อวัน ดังนั้นถ้าผู้ศึกษามีได้ ความรู้หรือวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ศึกษาควรย้อนกลับไปดูว่า ผู้ศึกษากระทำข้อหนึ่งข้อใด หรือทั้งสองข้อผิดพลาด

2. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อการพัฒนาตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วย ระยะเวลาเกือบ 4 ปีของการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้วิจัยพัฒนาตนเองเป็น อย่างมาก จุดเริ่มที่ทำให้ผู้วิจัยเลือกวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ โดยปกติผู้วิจัยจะสนใจการศึกษา

ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหากลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสนใจ นั่นก็คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง ในการศึกษาในระดับปริญญาโท ผู้วิจัยเลือกวิธีการวิจัยกึ่งทดลองในการปรับเปลี่ยนทัศนคติคนไข้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง แต่เนื่องจากการศึกษาวิธีการวิจัยกึ่งทดลองมีจุดด้อยหลายประการ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งกำลังเป็นที่แพร่หลายในวงการพยาบาลมาศึกษา

ด้วยข้อจำกัดทางความสามารถด้านวิชาการและด้านการสื่อสารภาษาเขียนทำให้ผู้วิจัยพบปัญหามากมายตลอดการศึกษา ตลอดชีวิตที่ผ่านมาผู้วิจัยไม่เคยรู้จักพิษสงของความเครียดจนกระทั่งเมื่อผู้วิจัยศึกษาใน 2 - 3 ปีแรก ความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้วิจัยเกิดภาวะขาดสารอาหาร มีระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้วิจัยคิดย้อนกลับไปที่ทำให้ผู้วิจัยสรุปได้ว่า นั่นคือ กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัย ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้วิจัยพัฒนาตัวเองในหลายด้าน ณ วันนี้ ผู้วิจัยรู้สึกภูมิใจและเห็นคุณค่าของงานที่ศึกษาเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาทำให้ผู้วิจัยประจักษ์ว่า ความสำเร็จของงานจะต้องอาศัยความร่วมมือทุกฝ่าย ผู้วิจัยไม่สามารถกระทำเพียงคนเดียว จากการที่ผู้วิจัยได้สัมผัสผู้คนมากมายตลอดกระบวนการทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจคนมากขึ้น พัฒนาความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับคน ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น รู้จักการรอคอยและความอดทน จากการที่ผู้วิจัยผ่านความเครียดซึ่งผู้วิจัยถือว่ามากที่สุดเท่าที่เคยประสบมา ทำให้ผู้วิจัยมีความแข็งแกร่งในการที่จะเผชิญปัญหาข้างหน้า สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยไม่เคยกระทำมาก่อนการศึกษา คือ อ่านหนังสือธรรมะ เพื่อหาทางออกให้กับผู้วิจัยเมื่อเกิดความเครียด (ความทุกข์) หนังสือ “คู่มือมนุษย์” ของท่านพุทธทาส เป็นหนังสือธรรมะเล่มแรกและเล่มเดียวที่ผู้วิจัยมักหยิบมาอ่านเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

3. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อกระบวนการเรียนรู้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งถือว่าเป็นท่านแรกที่น่าวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยเป็นอย่างมาก การเริ่มเรียนรู้กระบวนการวิจัยในระยะแรกคงเหมือนกับการเริ่มศึกษาเรื่องใดก็ตาม กล่าวคือ ผู้ศึกษายังมีความเข้าใจและกระจำในเรื่องที่ศึกษา ทุกครั้งที่ผู้วิจัยพบอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยไม่เข้าใจว่าสิ่งที่อาจารย์ที่ปรึกษานั้นคืออะไร เมื่อเวลาผ่านไปผู้วิจัยเรียนรู้ว่า การสะท้อนคิดพิจารณา เป็นกลยุทธ์ที่อาจารย์ที่ปรึกษานำมาสอนผู้วิจัยตลอดเวลา นอกจากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษายังให้ผู้วิจัยเรียนรู้ว่า กระบวนการเรียนรู้วิธีการวิจัยนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น การจัดเวลานัดพบระหว่างนักศึกษา

หลักสูตรปริญญาโทและปริญญาเอกทุกคนที่อยู่ในความดูแลของอาจารย์กับอาจารย์ที่ปรึกษาทุก 2 สัปดาห์ในบ่ายวันศุกร์ ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ว่ามีนักศึกษาคนอื่นที่มีปัญหาลักษณะเดียวกันกับผู้วิจัย การให้นักศึกษาปริญญาโทช่วยอ่านและให้ข้อเสนอแนะงานวิจัยทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้ถึงกระบวนการคิดและวิธีการเขียนมากขึ้น

จากการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้วิจัยประจักษ์แล้วว่า การศึกษาหาข้อสรุป และองค์ความรู้เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป บนเส้นทางของความเป็นผู้ไม่รู้จะต้องอาศัยการเดินทางไปด้วยกันระหว่างเพื่อนร่วมทาง ซึ่งก็คือ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัย และเพื่อน ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางโดยปราศจากการสะท้อนคิดพิจารณาด้วยกันหลายฝ่าย ด้วยบรรยากาศของการเรียนรู้ ส่งเสริมการพัฒนาด้วยตนเอง (critical reflection) เกิดบรรยากาศของความเข้าใจอันดีต่อกัน เข้าใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดสุนทรียศาสตร์และความงามของงาน

4. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ได้รับจากการศึกษารั้งนี้ ด้วยปรัชญาและแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเน้นการแก้ปัญหาแบบองค์รวมและการแก้ปัญหาของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหา องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ได้จากการศึกษาถือว่าเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ และแบบแผนการดำเนินชีวิต จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองและดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเป็นอย่างมาก ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้ทำให้พยาบาลจะต้องเน้นการหาวิธีการพยาบาลที่เหมาะสม พยาบาลจะต้องคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม พยาบาลจะต้องตระหนักเสมอว่า พยาบาลมิใช่เจ้าของชีวิตของผู้รับบริการ พยาบาลต้องให้อำนาจและสิทธิแก่ผู้รับบริการในการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขอเสนอบทสรุปและข้อเสนอแนะจากการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

1. บทสรุป
2. แนวทางการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้าน
4. แนวทางการวิจัยทางการพยาบาล

บทสรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับของความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกันของผู้วิจัยกับผู้ดูแล ครอบครัว เครือญาติ และทีมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และพึ่งตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 15 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทที่ศึกษาอย่างถ่องแท้ ผู้วิจัยศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพระบบประสาทโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ติดตามดูงานการพยาบาลที่บ้านของพยาบาลที่บ้าน ศึกษาปรากฏการณ์ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยศึกษารายกรณี (case study) จำนวน 2 ราย นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามากำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านชั่วคราว หลังจากนั้นนำรูปแบบชั่วคราวไปทดลองปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก บันทึกเทป บันทึกภาคสนาม สังเกตแบบมีส่วนร่วม ถ่ายภาพ สัมมนากลุ่ม และดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สร้างข้อสรุปหรือองค์ประกอบย่อย นำองค์ประกอบย่อยแต่ละระยะมาสรุปเป็นรูปแบบโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์แต่ละองค์ประกอบเป็นแผนผังในการสื่อให้เห็นภาพรวมของรูปแบบ การตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยการจัดสัมมนาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล พยาบาลที่บ้าน แพทย์ พยาบาลผู้ชำนาญการ และอาจารย์ที่ปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแล และ 4) ผลลัพธ์การดูแล

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นที่ผู้ป่วยมีลักษณะต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้าน เช่นเดียวกัน ด้วยเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกภายในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สามารถพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งบริการสุขภาพของรัฐ พยาบาลจำเป็นต้องปรับระบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และสภาพเป็นจริงในสังคมเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้วิจัยข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลเป็น 2 ส่วน คือการพยาบาลบนคลินิก และการพยาบาลที่บ้าน ดังนี้

1. การพยาบาลบนคลินิก ปัจจุบันการพยาบาลบนคลินิกให้ความสำคัญต่อครอบครัวมากขึ้น พยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย แต่การมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่ามักเป็นไปในลักษณะเป็นผู้ช่วยเหลือพยาบาล เช่น ช่วยเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย หรือเช็ดตัวเมื่อมีไข้ คอยระวังมิให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือ หรือหากน้ำเกลือไม่ไหล น้ำเกลือในขวดเกือบหมดให้ผู้ดูแลไปบอกพยาบาล เป็นต้น การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมิได้หวังว่าครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า พยาบาลมิได้มีระบบการเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ดังนี้

1.1 การให้ความรู้ เป็นที่ทราบแล้วว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการรักษาผ่านพ้นภาวะวิกฤติ แพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและนัดหมายให้มาฟื้นฟูสภาพกับนักกายภาพบำบัดทุกวัน พยาบาลควรจัดระบบการพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื้อหาความรู้ควรเริ่มจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจนถึงความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลและฝึกทักษะ เนื้อหาที่ให้แต่ละครั้งควรพิจารณาตามสภาพจิตใจและอารมณ์ และความต้องการของครอบครัวเป็นหลัก ผู้วิจัยขอเสนอตัวอย่างโปรแกรมการสอนดังนี้

ครั้งที่	หัวข้อ
1.	ความรู้เรื่องโรค : ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างไร แพทย์จะช่วยเหลือผู้ป่วยขณะนี้อย่างไร (แผนการรักษาระยะสั้น) ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือไม่
2.	ความรู้เรื่องโรค (ต่อ) : การเจ็บป่วยจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร (แผนระยะยาว) ผู้ป่วยจะมีโอกาสหายจากโรคหรือไม่ อย่างไร
3.	ความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล : ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลอะไรบ้าง ผู้ดูแลจะช่วยดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอย่างไรบ้าง
4.	ความรู้เรื่องการฟื้นฟู : ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด ผู้ดูแลจะช่วยฟื้นฟูสภาพขณะนี้อย่างไร (กรณี que ผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลนาน)
5.	ความรู้เรื่องการดูแลที่บ้าน : ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยที่บ้านอะไรบ้าง และดูแลอย่างไร

1.2 การฝึกทักษะ การเตรียมความพร้อมโดยการฝึกทักษะในกิจกรรมที่ต้องการความรู้ และทักษะพิเศษให้แก่ผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลควรมีหลักการการฝึกทักษะ ดังนี้

1.2.1 ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งหมด และประเมินความพร้อมหรือปัญหาการดูแลของผู้ดูแลก่อนทุกราย

1.2.2 การฝึกทักษะการสอนเป็นกระบวนการตามขั้นตอนแต่ละกิจกรรม มิใช่สอนหรือฝึกบางขั้นตอน พยาบาลควรอธิบายให้เข้าใจถึงเหตุผลของการกระทำแต่ละขั้นตอน และควรย้ำเน้นในขั้นตอนที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยหากเกิดความผิดพลาด

1.2.3 พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลฝึกทักษะทันทีภายหลังพยาบาลสอนสาธิต โดยให้เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ จนกระทั่งล้างอุปกรณ์

1.2.4 พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้อื้ออามวยต่อผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการฝึกทักษะมาแล้วทุกขั้นตอนหลายครั้งเท่าที่เป็นไปได้

1.2.5 กิจกรรมบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้รับการฝึกจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น พยาบาลควรประเมินผลโดยให้ผู้ดูแลกระทำซ้ำกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2.6 พยาบาลควรเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวร่วมรับการสอนและฝึกพร้อมกับผู้ดูแลทุกครั้ง

การพยาบาลบนคลินิกที่ผู้วิจัยเสนอแนะเป็นเพียงตัวอย่างหรือแนวทางที่สามารถทำได้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง จากการที่ผู้วิจัยศึกษาครั้งนี้เป็นเวลานานถึง 4 ปี ผู้วิจัยขออภัยว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวจะต้องพาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติพ้นจิตอันตราย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพใดก็ตาม พยาบาลจะต้องตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและครอบครัวอย่างเป็นระบบ พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญและจัดสรรเวลาสำหรับการเตรียมความพร้อมนี้ให้กับผู้ดูแลและครอบครัว

2. การพยาบาลที่บ้าน ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการพยาบาลที่บ้านในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 พยาบาลที่บ้าน (home healthcare nurse) ต้องมีการประสานงานกับพยาบาลบนคลินิกอย่างมีระบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ของการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้ชัดเจน พยาบาลบนคลินิกควรทำหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลที่บ้านควรกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีระบบ

2.2 พยาบาลที่บ้านควรให้ความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เนื้อหาความรู้ควรมีความลึกซึ้งมากขึ้นตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ดูแล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน พยาบาลที่บ้านจะต้องไม่คิดว่าความรู้แค่เนี้ยเพียงพอแล้วสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแลและครอบครัวมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ นอกจากนั้น

พยาบาลที่บ้านควรฝึกทักษะการสะท้อนคิดพิจารณาแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะการวิเคราะห์ปัญหา คิด และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่บ้านพึงระลึกเสมอว่าในระยะเวลาที่ผู้ดูแลเกิดความเครียด สืบเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่บ้านควรให้คำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาทันทีมากกว่าการให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดพิจารณา

2.3 พยาบาลที่บ้านจะต้องให้อิสระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการเลือกหรือปรับวิธีการดูแลตามความเชื่อที่แตกต่างจากศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลที่บ้านผสมผสานความเชื่อการดูแลเพื่อให้วิธีการดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2.4 พยาบาลที่บ้านควรแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพพร้อมเบอร์โทรศัพท์ เมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาเกิดขึ้นจะสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ ซึ่งจะลดปัญหาผู้ดูแลต้องร้องขอเลื่อนระยะเวลากลับบ้าน

2.5 พยาบาลที่บ้านควรแจกรุ่นมือเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้จากการวิจัยครั้งนี้แก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นคู่มือการดูแลของผู้ดูแล

2.6 พยาบาลที่บ้านควรพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลที่บ้านควรมีความรู้และมีความสามารถในการประยุกต์การพยาบาลให้เหมาะกับสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลและครอบครัวแต่ละราย มีความยืดหยุ่นและใจกว้าง

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้าน

ด้วยนโยบายของรัฐที่สนับสนุนให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยตนเองและสมาชิกภายในครอบครัว เมื่อครอบครัวมีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ลดภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล รัฐจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือให้ความรู้แก่ครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่บ้านโดยผ่านระบบบริการสุขภาพที่บ้านจำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษา การรักษาผู้ป่วยมิได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพียงเท่านั้น

ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพที่บ้านจะประกอบด้วยทีมสุขภาพตามแนวคิดของการพยาบาลที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งควรออกเยี่ยมเป็นทีม กล่าวคือ การเยี่ยมบ้านต้องประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า สถานการณ์ที่เป็นจริง

ไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอที่จะสามารถกระทำเช่นนั้น พยาบาลที่บ้านคงต้องทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมบ้าน และประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การบริหารงานต้องเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลที่บ้านอย่างเต็มที่

2. ระบบบริการสุขภาพที่บ้าน จะต้องกำหนดเป้าหมายของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกลุ่มให้ชัดเจน ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าระบบบริการสุขภาพที่บ้านมีแนวโน้มจะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยและครอบครัวจำนวนเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลไม่สามารถจัดบุคลากรได้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่บ้านจะต้องกำหนดเป้าหมายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลของครอบครัวระดับใดที่สิ้นสุดการติดตามเยี่ยมบ้านให้ชัดเจน นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพที่บ้านต้องพัฒนาวิธีการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่บ้านของครอบครัวจนครอบครัวสามารถพึ่งตนเองได้

3. รัฐควรกำหนดนโยบายให้ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลทั้งที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือทบวงมหาวิทยาลัยมีโอกาสได้รับการดูแลที่บ้านเท่าเทียมกัน

4. โรงพยาบาลควรมีระบบเครือข่ายพื้นที่เดียวกัน เพื่อเป็นแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพแก่ครอบครัว มีการส่งต่อและประสานงานอย่างมีระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านอาจกระทำโดยทีมงานของระบบเครือข่าย และหากมีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาล ระบบบริการสุขภาพที่บ้านควรจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ในกรณีที่สามารถจัดเครือข่ายเยี่ยมบ้านร่วมด้วย โรงพยาบาลควรกำหนดลักษณะภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ทีมงานระบบเครือข่ายเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการวิจัยทางการแพทย์

จากการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลที่บ้าน โดยมีจุดเริ่มการวิจัยเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยขอเสนอแนะเกี่ยวกับการทำวิจัยเรื่องนี้ในครั้งต่อไป ดังนี้

1. การศึกษาควรเริ่มต้นศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน จะทำให้รูปแบบการส่งเสริมเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์แบบไม่เป็นทางการ ดังนั้นรูปแบบที่ได้จึงมิได้กำหนดบทบาทของทีมงานสหภาพที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีบุคลากรทีมสหภาพเข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน

3. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดของเวลาที่ศึกษาในหลักสูตร ผู้วิจัยจำเป็นต้องกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกตามหลักกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับปฏิบัติซึ่งกระทำต่อผู้รับบริการในฐานะของผู้ดูแล การศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผ่านมามักเป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ในอนาคตมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาที่มุ่งพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลควรกระทำในระดับที่กว้างขึ้น ให้ครอบคลุมปัญหาและพื้นที่ทุกภาคของประเทศเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปองค์ความรู้ในภาพรวมที่ชัดเจน

บรรณานุกรม

- โหมพักตร์ มณีวัต. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
2541.
- จินตนา สมนึก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล
ที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2540.
- จริยา ดันดิธรรม. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความ
สามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ฤกษ์ชัย ตูลยากรณ์โชติ. RECENT ADVANCE IN STROKE (ตอนที่ 1). คลินิก. 2537 ;
12 (2) กุมภาพันธ์ : 73 - 79.
- นฤต ตะบูนพงศ์ และคณะ. ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์. 2537 ; 14 (4) ตุลาคม - ธันวาคม : 1 - 13.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- พินทุสร โชตนาการ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ภาวนา กิริติยุตวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลจังหวัด.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามารับดีพยาบาลสาร.
2539 ; 2 (1) มกราคม - เมษายน : 84 - 94.

- วิลาวัลย์ พลพลอย. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2539.
- วัลลา ดันตโยทัย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 2540 ; 1 (2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 258 - 280.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สิริลักษณ์ จันทะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2541.
- สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โครงการตำราคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กันยายน, 2536.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย. 2534 ; 5 (ฉบับที่ 1 - 2) : 3 - 10.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ. การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาที่พักรักษาในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยทางการแพทย์. 2540 ; 1 (2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 231 - 256.
- Alexander, MF., Fawcett, JN. and Runciman, PJ. Nursing Practice : Hospital and Home - The Adult Edinburgh : Churchill Livingstone, 1994.

Anderson, JM. Home care management in chronic illness and the self - care movement :

An analysis of ideologies and economic process influencing policy decisions.

Advances in Nursing Science. 1991 ; January : 71 - 83.

Armitage, P., Champney - Smith, J. and Andrews, K. Primary nursing and the role of the

nurse preceptor in changing long - term mental health care : an evaluation. Journal of Advanced Nursing. 1991 ; 16 : 413 - 422.

Atkinson, I. Experiences of informal cares providing nursing support for disabled dependants.

Journal of Advanced Nursing. 1992 ; 17 : 835-840.

Bandura, A. Self - efficacy mechanism in physiological activation and health - promotion

behavior. In J. Madden, S. Matthyse, J. Barchas (Eds.). Adaptation, Learning and Affect. New York : Raven Press, 1986.

Barker, E. Neuroscience Nursing. St. Louis : Mosby, 1994.

Benson, ER. & McDevitt, JG. Home care and the older adults : Illness care versus wellness care. Holistic Nursing Practice. 1989 ; 3(2) : 30 - 38.

Black, JM. & Matassarin.- Jacobs, E. Luckman and Sorenson's Medical - Surgical Nursing :A Psychophysiologic Approach. 4 th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1993.

Bowers, B.J. Intergenerational Caregiving : adult caregivers and their aging parents. Advances in Nursing Science. 1987 ; 9 : 20-31.

Bronstein, KS. Psychosocial Components in Stroke : Implication for Adaptation. Nursing Clinics of North America. 1991 ; 26 (4) December : 1007 - 1017.

Brown, PL. The Burden of Caring for a Husband with Alzheimer's Disease. Home Heathcare Nurse. 1996 ; 9 (3) : 33 - 38.

Bull, MJ. Factors Influencing Family Caregiver Burden and Health. Western Journal of Nursing Research. 1990 ; 12 (6) : 758 - 776.

Bunting, S.M. Stress on Caregivers of the elderly. Advances in Nursing Science. 1989 ; 11 : 63-73.

Cardona, V.D., Hum, P.D., Scanlon, A.M. and Veise - Berry, S.W. Trauma Nursing :

From Resuscitation Through Rehabilitation 2 nd ed. Philadelphia :

W.B. Saunders Company, 1994.

- Carey, P.J. et al. Appraisal and caregiven burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. Oncology Nurse Forum. 1991 ; 18 : 1341 - 1347.
- Chang, B.L., Hirsch, M., Brazal-Villanueva, E. and Ray Iverson, D.W. Self - Care Deficit with Etiologies : Reliability of Measurement. Nursing Diagnosis. 1990 ; 1(1) January/March : 31-36.
- Chavasse, J.M. New dimension of empowerment in nursing and challenges. Journal of Advanced Nursing. 1992 ; 17 : 1- 2.
- Chuaprapaisilp, A. Improving Learning from Experience through the Conduct of Pre - and - Post - Clinical Conference : Action Research in Nursing Education in Thailand. Unpublished Ph.D. thesis. The University of New South Wales, 1989.
- Cloonan, P.A. & Belyea, M.J. Limits of Using Patient Characteristics in Predicting Home Health Care Coordination. Western Journal of Nursing Research. 1993 ; 15 (6) : 742 - 751.
- Coffman, S. Home - Care Nurses as Strangers in the Family. Western Journal of Nursing Research. 1997 ; 19 (1) : 82 - 96.
- Coyne, J.C. & Delongis A. Going beyond social support : The role of social relationship in adaptation. Journal Continue Clinic Psychology. 1986 ; 54 : 452 - 460.
- Davidhizar, R. Powerlessness of caregivers in home care. Journal of Clinical Nursing. 1994 ; 3 : 155 - 158.
- Davis, A.J. Disability, home care and the care - taking role in family life. Journal of Advanced Nursing. 1980 ; 5 : 475 - 484.
- Dring, R. The formal caregiver responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. Journal of Neuroscience Nursing. 1989 ; 21(1) : 42-45.
- Dudas, S. Nursing Diagnosis and Interventions for the Rehabilitation of the Stroke Patient. Nursing Clinics of North America. 1986 ; 21 (2) June : 345 - 357.
- Ekberg, J.Y. Spouse Burnout Syndrome. Journal of Advanced Nursing. 1986 ; 11 : 161 - 165.
- Ellis, J.R. & Nowlis, E.A. Nursing : A Human Needs Approach. 5 th ed : Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1994.

- Falvo, DR. Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability. Maryland : An Aspen Publication, 1991.
- Farzan, DT. Reintegration for Stroke Survivors : Home and Community Consideration. Nursing Clinics of North America. 1991 ; 26 (4) December : 1037 - 1047.
- Fawcett, J., Ellis, V., Underwood, P., Naqri, A. and Wilson, D. The effect of Orem's Self - Care model on nursing care in a nursing home setting. Journal of Advanced Nursing. 1990 ; 15 : 59 - 66.
- Fink, SV. The influence of family resources and family demands an the strain and well - being of caregiving families. Nursing Research. 1995 ; 44 : 139 - 144.
- Folden, SL. Effect of a Supportive - Educative Nursing Intervention on Older Adults' Perceptions of Self - Care After a Stroke. Rehabilitation Nursing. 1993 ; 18 (3) May/Jun : 162 - 166.
- Friedman, M.M. Family Nursing : Theory & Assessment. New York ; Appleton - Century - Crofts, 1986.
- Gaynor, S.E. The Long Haul : The Effect of Home Care on Caregivers. Image : Journal of Nursing Scholarship. 1990; 22 (4) Winter : 208 - 212.
- Gibbon, B. & Little, V. Improving stroke care through action research. Journal of Clinical Nursing. 1995 ; 4 : 93 - 100.
- Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;16 : 354-361.
- Given, C.W., Collins, C.E. and Given, B.A. Sources of Stress among families caring for relatives with alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America. 1988 ; 23 : 69 - 83.
- Goldstein, V., Regnery, G and Wellin, E. Caretaker Role Fatigue. Nursing Outlook. 1981 ; January : 24-30.
- Grant, JS. Home Care Problems Experienced by Stroke Survivors and Their Family Caregivers. Home Healthcare Nurse. 1996 ; 14 (11) : 893 - 902.
- Greenwood, J. Action research : a few details, a caution and something new. Journal of Advanced Nursing. 1994 ; 20 : 13 - 18.

Hawks, JH & Hromek, C. Nursing Practicum : Empowering Strategies. Nursing Outlook.

1992 ; 40 (5) September/October : 231 - 234.

Hayn, MA. & Fisher. TR. Stroke : rehabilitation. Nursing 97. 1997 ; March : 40 - 46.

Hinchliff, SM., Norman, SE. and Schober, JE. Nursing Practice & Health Care 2 nd ed.

London ; Edward Arnold, 1993.

Holter, IM. & Schwartz - Barcott, D. Action research : what is it ? How has it been used and

how can it be used in nursing. Journal of Advanced Nursing. 1993 ; 18 : 298 - 304.

Ignatavicius, DD. Workman, ML. and Mishler, MA. Medical - Surgical Nursing :

A Nursing Process Approach. vol 2. Philadelphia : W.B. Saunders. Company. 1995.

Ihlenfeld, JT. Social Support in Home Health Nurses. Home Healthcare Nurse. 1993 ; 11 (5) :

45 - 48.

Irvin, BL & Action, GJ. Stress, Hope and Well - Being of Women Caring for Family

Members with Alzheimer' s Disease. 1997. Holistic Nurse Practice. 1997 ; 11 (2) :

69 - 79.

Kemmis, S. & McTaggart, R. The Action Research Planners. Victoria : Deakin University

Press, 1988.

Lauri, S. Development of the nursing process through action research. Journal of Advanced

Nursing. 1982 ; 7 : 301 - 307.

Lincata - Gehr, EE. Etiology of Stroke Subtypes. Nursing Clinics of North America. 1991 ;

26 (4) December : 943 - 956.

Lindgren, CL. The Caregiver Carer. Image : Journal of Nursing Scholarship. 1993 ; 25 (3)

Fall : 214-219.

May, BL. Home Health Care and Rehabilitation. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1993.

Mastian, KG. Predictors of Caregiver Health Strain. Home Healthcare Nurse. 1996 ;

14 (3) December :209 - 217.

McLean, J. et al. Service needs of stroke survivors and their informal carers : pilot study.

Journal of Advanced Nursing. 1991 ; 16 : 559 - 564.

McTaggart, R. Principles for participatoty action research. Adult Education Quarterly. 1991 ;

41 : 168 - 187.

- Meneses, MR. & Perry, GR. The Plight of Caregivers. Home Healthcare Nurse. 1993 ; 11 (4) : 10 - 14.
- Miller, J.F. Patient power resource. In J.F. Miller (Ed.). Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.
- Montgomery, R.I.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985 ; 34 : 19 - 26.
- Mowat, J. & Laschinger, HK. Self - efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people : a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 1994 ; 19 : 1105 - 1113.
- Mower, DM. Brain attack : Treating acute ischemic CVA. Nursing 97. 1997 ; March : 34 - 39.
- Musoff, J.M. Easing the impact of the family caregiver's role. Rehabilitation Nursing. 1991 ; 16 : 82-84.
- Nolan, M. & Grant, G. Action research and quality of care : a mechanism of agreeing basic values as a precursor to change. Journal of Advanced Nursing. 1993 ; 18 : 305 - 311.
- Nursing Development Conference Group. Concept Formalization in Nursing : Process and Product. 2nd . ed. Boston : Little Brown, 1979.
- Oberst, M.T. et al. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing. 1989 ; 12 : 209-215.
- O' Brien, MT. Multiple Sclerosis : Health Promoting Behaviors of Spousal Caregivers. Journal of Neuroscience Nursing. 1993 ; 25 (2) April : 105 - 112.
- Orem, DE. Nursing : Concept of practice. New York : McGraw - Hill Book Comp, 1985.
- . Nursing : Concept of Practice. St. Louis : Mosby Year book, 1991.
- . Nursing : Concept of Practice. St. Louis : Mosby Year book, 1995.
- Orem, DE. & Taylor, S. Orem's general theory of nursing. In P. Winstead - Fry (Ed.). Case studies in Nursing Theory. National League for Nursing, 1986.
- Pallet, PJ. A Conceptual Framework for Studying Family Caregiver Burden in Alzheimer's - Type Dementia. Image : Journal of Nursing Scholarship. 1990 ; 22 (1) Spring : 52-58.
- Pasquali, EA, Humor : Preventive Therapy for Family Caregiver. Home Healthcare Nurse. 1991 ; 9 (3) : 13 - 17.

- Periard, ME & Ames, BD. Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. Public Health Nursing. 1993 ; 10 (4) : 252 - 256.
- Phipps, WJ., Long, BC. and Woods, NF. Medical-Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.
- Phipps, MA. Assessment of Neurological Deficits in Stroke. Nursing Clinics of North America. 1991 ; 26 (4) December : 956 - 969.
- Prencipe, M. et al. Stroke, Disability and Dementia : Results of a Population Survey . Stroke. 1997 ; 28 (3) March : 531 - 536.
- Price, K. Empowering preadolescent and adolescent leukemia patients. Social Work. 1988 ; 33 (3) : 275 - 276.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S. and Casher, AT. Using Social Support Theory to Care for CVA Patients. Rehabilitation Nursing. 1993 ; 18 (3) Mar/June : 154 - 161.
- Reinhard, SC. Perspective on the Family's Caregiving Experience in Mental Illness. Image : Journal of Nursing Scholarship. 1994 ; 26 (1) Spring : 70 - 74.
- Robert, SL. Behavioral concept and the critically ill patients. New Jersey : Prentice - Hall Inc., 1978.
- Robinson, KM. A social skills training program for adult caregivers. Advances Nursing Science. 1988 ; 10 (2) : 59 - 72.
- Robison, R. The relationships between social skills, social support, self - esteem and burden in adult caregivers. Journal of Advanced Nursing. 1991 ; 15 : 788 - 795.
- Robinson, RG. & Price, TR. Post stroke depressive disorder : A follow up 103 patients. Stroke. 1982 ; 13 : 635.
- Rose, LE. Caring for Caregivers : Perceptions of Social Support. Journal of Psychosocial Nursing. 1997 ; 35 (2) : 17 - 24.
- Santas, et al. Social and Family Integration of Hemiplegia Elderly Patients 1 Year After Stroke. Stroke. 1990 ; 20 : 1019 - 1022.
- Scherer, JC. Introductory Medical - Surgical Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1991.
- Sheehan, J. Investigating change in nursing context. Journal of Advanced Nursing. 1990 ; 15 : 819 - 824.

- Sheehan, NW. & Nuttall, P. Conflict, Emotional and Personal Strain Among Family Caregivers. Family Relations. 1988 ; 37 January : 92 - 98.
- Snyder, M. et al. Complex Health Problems : Clinically Assessing Self - Management Abilities. Journal of Gerontological Nursing. 1991 ; 17 (4) : 23 - 27.
- Spruhan, B. Beyond Traditional Nursing Care : Cultural Awareness and successful Home Healthcare Nursing. Home Healthcare Nurse. 1996 ; 14 (6) : 445 - 449.
- Stineman, MG. et al. A Prediction Model for Functional Recovery in Stroke. Stroke. 1997 ; 28 (3) November : 550 - 556.
- Stommel, M. Y Kingry, M. Support patterns for spouse caregivers of cancer patients : The effect of the presence of minor children. Cancer Nursing. 1991 ; 14 : 200 - 205.
- Stroker, R. Impact of Disability on Families of Stroke Clients. Journal of Neurosurgical Nursing. 1983 ; 15 (6) December : 360 - 366.
- Taylor, SG. An Interpretation of Family Within Orem's General Theory of Nursing. Nursing Science Quarterly. 1989 ; 2 (3) : 131-137.
- Taylor, SG. The Structure of Nursing Diagnosis from Orem's Theory. Nursing Science Quarterly. 1991 ; 4 : 1 Spring : 24 - 32.
- Taylor, SG. & McLaughlin, K. Orem's General Theory of Nursing and Community Nursing. Nursing Science Quarterly. 1991 ; 4 (4) Winter : 153 - 160.
- Townsend, CH. Humor and Elderly Caregivers. Home Healthcare Nurses. 1994 ; 12 (6) : 35 - 41.
- Wallhagen, MI. Caregiving Demands : Their Difficulty and Effects on the Well - Being of Elderly Caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal. 1992 ; 6 (2) : 111 - 127.
- Webb, C. Action Research : philosophy, method and personal experience. Journal of Advanced Nursing. 1989 ; 14 : 403 - 410.
- Williams, S. Motivating Self Care : A nursing approach. Holistic Nursing Practice. 1990 ; 4 (2) : 13 - 21.
- Wood, FG. The Meaning of Caregiving. Rehabilitation Nursing. 1991 ; 16 (4) : 195 - 198.
- Woods, NF., Yates, BC. and Primomo, J. Supporting Families During Chronic Illness. Image : Journal of Nursing Scholarship. 1989 ; 21 (1) Spring : 46 - 50.



ภาคผนวก ก.
ตัวอย่าง
แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

เลขที่.....

วันที่.....

ครั้งที่.....เวลา.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

☐ คนเดียว

☐ มีผู้ช่วยเหลือ ระบุ.....

ท่านจะต้องรับผิดชอบงานอะไรบ้างนอกเหนือดูแลผู้ป่วย

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ.....

ท่านรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยช่วงเวลาใดบ้าง

☐ ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ข.
ตัวอย่าง
แบบประเมิน
ภาวะสุขภาพและความพร้อมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล รหัส..... วันที่ เวลา..... ครั้งที่.....	
ข้อมูลส่วนตัว เพศ.....อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....ศาสนา..... ระดับการศึกษา.....อาชีพ..... รายได้ (ก่อนเจ็บป่วย) รายได้ (ขณะเจ็บป่วย)	
ประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุ การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารักษา วันที่จำหน่าย	

ภาคผนวก ก.
ตัวอย่าง
แบบประเมินความสามารถ
การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

คำอธิบาย

แบบประเมินความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยตามต้องการการดูแลของผู้ป่วย แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินกิจกรรมที่ต้องกระทำ โดยประเมินจากการสังเกตการกระทำกิจกรรมขณะให้การดูแล การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะบันทึกการกระทำกิจกรรมอย่างละเอียด

ความสามารถในการกระทำกิจกรรม	ลักษณะการกระทำกิจกรรม
1. คงไว้ซึ่งอากาศอย่างเพียงพอ และไม่เกิดการติดเชื่อบริเวณทางเดินหายใจ	
2. คงไว้ซึ่งอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	
3. คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ	
4. คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล (ความสะอาดร่างกาย/ปาก-ฟัน/อวัยวะสืบพันธุ์/ผิวหนัง)	
5. คงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ	

ภาคผนวก ง.

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

ดิฉันชื่อ นางสาวสุดศิริ หิรัญชุนหะ เป็นนักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ ดิฉันพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ ดิฉันขออนุญาตสอบถามหรือสัมภาษณ์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของท่านซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล อีกทั้งขออนุญาตบันทึกด้วยการจดบันทึกและด้วยเทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากท่านดิฉันจะถือเป็นความลับ ท่านมีสิทธิจะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

สุดศิริ หิรัญชุนหะ

ภาคผนวก จ.

รายนามกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.ฟาริดา อิบราฮัม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คุณสุจินต์ สุรภาคย์พงศ์
ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

ภาคผนวก ฉ.

ตัวอย่าง
สภาพผู้ป่วยก่อนการวิจัย

อันดับ	รหัส	อายุ/ปี	วันที่จำหน่าย	วันที่รับแจ้งวิจัย	ภาวะสุขภาพ	ความพร้อม	ความต้องการการดูแล
1	โต๊ะ	24	11 มค. 39	7 มค. 39	- รู้สึกตัว สดชื่น ได้ทำตามสิ่งที่ไม่ได้ - แขน-ขาเคลื่อนไหวไม่ได้ - หายใจผ่านท่ออากาศ - ให้อาหารทางสายยาง - สื่อสารไม่ได้ - ถ้าขับถ่ายและอุจจาระได้เอง ควบคุมไม่ได้	- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - การคิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง	- ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - ดูแลการหายใจผ่านท่ออากาศ - ดูแลการให้อาหารทางสายยาง - ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย
2	ดาว	21	3 เม.ย. 39	28 มีค. 39	เหมือนข้อ 1 - แขน-ขาเกร็ง	เหมือนข้อ 1.	เหมือนข้อ 1.
3	หุ่น	65	31 มีค. 39	28 มีค. 39	- ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองของความรู้สึก เจ็บปวดเล็กน้อย - หายใจผ่านท่ออากาศ - ให้อาหารทางสายยาง - สื่อสารไม่ได้ - ควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	เหมือนข้อ 1.	ต้องการการดูแลทั้งหมด

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่าง
สภาพผู้ดูแลก่อนการวิจัย

อันดับ	รหัส	เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	อายุ	กิจกรรมดูแลผู้ป่วย	ความพร้อม/ปัญหาการดูแลผู้ป่วย	ผู้ช่วยเหลือ	กิจกรรมของผู้ช่วยเหลือ
1	ดี	มารดา	45	1. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทดแทน 2. เตรียมอาหารและให้อาหาร ทางสายยาง 3. จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความ สะอาดภายในบ้าน 4. ออกกำลังกายให้สอดคล้อง ไหว	1. ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หัวไปที่บ้าน 2. กลัวผู้ป่วยหายใจไม่ออก กลัวชัก 3. ไม่มีจะเตรียมอาหารอย่างไร 4. ไม่มีเงินซื้อเครื่องดูแลสมหะ เครื่องปั่นอาหาร	สามีของผู้ดูแล (46 ปี)	1. ดูแลสมหะ 2. ล้างท่อเหล็กและทำ ความสะอาดขวดดูด สมหะ ทำแผล 3. อุ้มผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ 4. ช่วยออกกำลังเคลื่อนไหวข้อต่อ 5. เคาะปอด
2	อนงค์	มารดา	45	1. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทดแทน 2. จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความ สะอาดภายในบ้าน 3. ให้อาหารทางสายยาง	1. กลัวการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดย เฉพาะในเรื่องการหายใจ 2. ขาดความรู้และทักษะดูแลผู้ป่วย เจาะคอ 3. อยากให้อยู่โรงพยาบาลจนกว่า อาการจะดีขึ้น ไม่ต้องหายใจผ่าน ท่ออากาศ 4. ไม่มีเงินว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดี	บุตรชาย (18 ปี)	1. ดูแลสมหะ 2. ล้างท่อเหล็ก และทำ ความสะอาดครอบคอ 3. เคาะปอด 4. ช่วยออกกำลังกาย เคลื่อนไหวข้อต่อ เตรียมอาหารสูตรโรง พยาบาล

ภาคผนวกข.
ตัวอย่างสรุปการบันทึกเยี่ยมบ้าน “อนงค์”

ก่อนการวิจัย	กิจกรรม	ผลการติดตาม	กิจกรรม
สภาพผู้ป่วย - รู้สึกตัว สัมผัสได้ ทำตามคำสั่งไม่ได้ - ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยทางสีหน้า - เขน-ขาเกร็ง เคลื่อนไหวไม่ได้ - หายใจผ่านท่ออากาศ - สื่อสารไม่ได้ - ให้อาหารทางสายยาง - ความสามารถในการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ สภาพผู้ดูแล - กลัวการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะในเรื่องการหายใจใน - ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย เจาะคอ - อยากให้อยู่โรงพยาบาลดีกว่า - อาการจะดีขึ้น ไม่ต้องหายใจผ่านท่ออากาศ - ไม่มีเงินใจจะดูแลผู้ป่วยได้	1. วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยร่วมกันและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 2. วิเคราะห์หาสาเหตุความกลัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแล และครอบครัว 3. ทำให้เห็นข้อดีของการกลับไปอยู่บ้าน 4. ให้ความรู้และเปิดโอกาสซักถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 5. ฝึกทักษะการดูแลเรื่องการหายใจ และการให้อาหาร 6. ประสานงานกับโรงพยาบาลในการขอยืมเครื่องดูดเสมหะ 7. สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจ	1. มีปัญหาการดูแลเรื่องการหายใจ ผู้ดูแลถอดท่ออากาศในสัปดาห์แล้วไม่นำมาใส่ “เห็นว่าเมื่อถอดออกแล้วกลัวว่ามากจนน้องยุ่นจะได้หายใจสะดวก” มีผลทำให้มีเสมหะเกาะท่ออากาศ ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก ดูดเสมหะไม่ออก ผู้วิจัยเยี่ยมและช่วยผู้ดูแลมีปัญหาการหายใจและให้ช่วยเหลือโดยการดูดเสมหะ สลับการใช้ Ambu bag 2. เสมหะเหนียวดูดเสมหะไม่ค่อยออก มีปัญหาเครื่องดูดเสมหะไม่มี รอขี้นจากโรงพยาบาล การดูแลใช้ลูกยางแดงต่อสายดูดเสมหะ ใช้ลูกยางแดงใหญ่ ไม่เหมาะสม ทำให้มีแรงดูดน้อย ดูดเสมหะยาก ดูดเสมหะแต่ละครั้งใช้สายดูดประมาณ 8 - 10 เส้น 3. มีปัญหาขณะให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยมักไอ ทำให้ต้องหยุดให้อาหาร 4. ผู้ดูแลและครอบครัวพึงพอใจที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย บุตรคนที่ 2 (บุตรชาย) ช่วยเรื่องการดูดเสมหะ เคาะปอด บุตรคนที่ 3 (บุตรสาว) ช่วยเตรียมอาหาร ปั่นอาหารเก็บไว้ในตู้เย็นสามีของผู้ดูแลจะรับผิดชอบการไปเอายาหรือนำสายดูดเสมหะไปส่งที่โรงพยาบาล	1. สะท้อนคิด ปัญหาและความกลัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 2. วิเคราะห์ปัญหาการหายใจของผู้ป่วยร่วมกัน 3. ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลที่เป็นปัญหา 4. แนะนำประสานงานกับโรงพยาบาล ขอยืมเครื่องดูดเสมหะ 5. สะท้อนการปฏิบัติร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาการหายใจ การให้อาหาร และการออกกำลังกาย 6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเกร็งของผู้ป่วยและแนะนำวิธีการออกกำลังกาย 7. ให้กำลังใจและชมเชยในสิ่งที่ดูแลได้ดี 8. ให้กำลังใจครอบครัว

ภาคผนวก ณ.

1. แผ่นพับการดูคเสมอออกจากทอทางเดินหายใจ
การทำความสะอาดทอทางเดินหายใจ
การทำแผลบริเวณรอบทอทางเดินหายใจ
2. แผ่นพับการให้อาหารทางสายยาง
3. คู่มือการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อต่อ



ภาคผนวก ฉ.
ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุดศิริ หิรัญบุญหะ
วัน เดือน ปี เกิด	17 มิถุนายน 2499
สถานที่เกิด	จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2517 - 2521 อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2523 - 2524 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2527 - 2529 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2535 - 2541 พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ทุนอุดหนุนการศึกษา	โครงการร่วมผลิตระดับปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่การทำงาน	พ.ศ. 2521- 2525 : หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 ตามัญ โรงพยาบาลศิริราช ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ พ.ศ. 2525- ปัจจุบัน : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำแหน่ง : อาจารย์