



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
EFFECTS OF A SELF – EFFICACY PROMOTION PROGRAM
FOR STROKE CAREGIVERS

จากรุวรรณ ปิยหิรัญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ


ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
EFFECTS OF A SELF - EFFICACY PROMOTION PROGRAM FOR STROKE CAREGIVERS

จารุวรรณ ปิยหิรัญ


บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2560



.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก


.....
รองศาสตราจารย์ออร์พินท์ สีขาว
กรรมการ


.....
อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
กรรมการ


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัังธรรมนิยม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)


.....
รองศาสตราจารย์อียสา จันทรวิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากรุวรรณ ปิยหิรัญ 576004

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทวีศักดิ์ กสิผล, ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

ชฎาภา ประเสริฐทรง, กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปอดอักเสบและแผลกดทับ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้พัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูราเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ในการเยี่ยมบ้านติดต่อกัน 4 วัน ระยะที่ 2 เริ่มดำเนินการ 1 สัปดาห์ ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลด้วยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และใช้วิธีการโทรศัพท์มือถือที่เป็นการสื่อสารผ่านภาพและเสียง (Video calling) ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจากนั้น 28 วัน เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test และใช้แบบประเมินสภาพร่างกายประเมินการเกิดปอดอักเสบและแผลกดทับ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการประเมินสภาพร่างกาย พบว่า ไม่พบอาการของปอดอักเสบและไม่มีแผลกดทับ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

EFFECTS OF A SELF – EFFICACY PROMOTION PROGRAM FOR STROKE CAREGIVERS

CHARUWAN PIYAHIRUN 576004

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TAWEESAK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

CHADAPA PRASERTSONG, RN.Ed.D. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

ABSTRACT

The purposes of this one group quasi-experimental research were to investigate Self-efficacy perceiving of caregivers caring for stroke patients before and after attending Self-efficacy Promotion Program, and at the follow-up stage; and to compare the physical condition, focusing on pneumonia and bed sore, of stroke patients. The Self-efficacy Promotion Program based on Bandura's theory was developed focusing on pneumonia and bed sore prevention. There were 10 caregivers of the stroke patients with the first episode participated in this study. The experiment was separated into 2 stages. The first stage, the Self-efficacy Promotion Program was delivered to the caregivers for 4 times in 4 days of home visit, taking 1 – 2 hours a time. The second stage started on week after the patients were discharged. The caregivers were approached through home visit at the first week and video calling once a week for 3 weeks; then home visit within 28 days afterward was performed for follow-up and the effects of the program measurement. Data were analyzed by using Wilcoxon Signed Ranks test. The incidences for pneumonia and bed sore were assessed by using the physical examination form.

The results revealed that the scores of caregivers' perception on self-efficacy in caring for the stroke patients after attending the program were higher than before attending the program, follow-up scores were higher than before and after attending the program with the significantly different level .01. For physical condition assessment of the stroke patients at those 3 times of measurements, there had no pneumonia symptom and bed sore. The study suggested that the program should be applied in the development plan to enhance self-care ability and efficacy of caregivers in caring for stroke patients.

Keywords: Stroke, Self-efficacy, Caregivers of stroke patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีรกุล ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการแนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข โดยไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย เพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จึงขอกราบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณท่านคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และพี่ ๆ น้อง ๆ ที่หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสามัญชั้น 14 และ 15 โรงพยาบาลหัวเฉียว ที่ให้ความร่วมมือและให้กำลังใจ

ขอขอบคุณบิดา มารดา รวมทั้งครอบครัวที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

คุณค่าอันพึงมีของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับขอมอบแต่บุคคลที่ได้กล่าวถึงในข้างต้นและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ แนะนำ สั่งสอน ตลอดมา ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าต่อไป

จารุวรรณ ปิยศิริณู

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 สมมติฐานการวิจัย	7
1.4 ขอบเขตการวิจัย	7
1.5 คำนียามศัพท์	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคหลอดเลือดสมอง	9
2.2 แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	15
2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory)	17
2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน	21
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
3.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	26
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	28
3.5 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล	29
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย	33
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	ผลการวิจัย	
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	34
4.2	ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกัน ปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	39
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1	สรุปผลการวิจัย	48
5.2	อภิปรายผล	49
5.3	ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม		52
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	58
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	59
	ภาคผนวก ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	64
	ภาคผนวก ง ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา	65
	ภาคผนวก จ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	69
	ภาคผนวก ฉ คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	95
ประวัติผู้เขียน		101

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นญาติ ผู้ดูแลหลัก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10 คน)	34
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10 คน)	36
3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ สมรรถนะของตน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ผลการทดลอง	39
4 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test	40
5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาพร่างกายในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง (n=10)	41

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลเงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและปัจจัยสภาพแวดล้อม	17
2	โครงสร้างทฤษฎีของแบนดูรา	19
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	23
4	รูปแบบการวิจัย	24
5	ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	32



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15-59 ปี ซึ่งมากกว่าคนทั่วโลกที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมมาลาเรียรวมกัน ทั้งนี้ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 2 เท่า (WSO. 2009 : Online) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 750,000 คนต่อปี เป็นสาเหตุของความพิการอันดับหนึ่งของประเทศอเมริกา และเป็นสาเหตุการตายอันดับสาม รองมาจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง และอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศเยอรมันพบในช่วงอายุ 45-64 ปี มากกว่าในช่วงอายุอื่น (Palm F et al. 2010 : Online) และในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมัน อิตาลี ฝรั่งเศส และสเปน อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองและอัตราการเสียชีวิต พบว่า เพิ่มขึ้นตามอายุ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Zhang Y et al. 2003 : 2091-2096)

สำหรับในประเทศไทยพบสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย นอกจากนี้ การศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALY) พ.ศ. 2556 (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย. 2558) มีค่า 10.6 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (6.1 ล้านปี ในเพศชาย และ 4.5 ล้านปี ในเพศหญิง) สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย คือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รองลงมา คือ อุบัติเหตุทางถนน และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 8.8, 8.0 และ 6.9 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.2, 7.8 และ 5.4 ตามลำดับ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางระบบประสาท

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) พบว่า ภาวะพิการจากโรคนี้มีสถิติอันดับ 3 ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองภายใน 1 เดือน ร้อยละ 30 ต้องการผู้ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16

ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมดทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยหากครอบครัวไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และข้อติดแข็ง เป็นต้น (ปิติกานต์ บุรณาภาพ. 2552) ซึ่งในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เดนมาร์ก และไต้หวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย 28-30 วัน มีความแตกต่างกัน ร้อยละ 6.5 ถึง 24.3 (นิชริมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. 2557 : 30-40) สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาและได้รับการดูแลต่อที่บ้านภายหลังที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปี 2552-2554 ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ถึง ร้อยละ 39.5 (งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติ. 2554) ซึ่งสูงกว่าในหลายประเทศ จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหากหน่วยบริการสุขภาพสามารถลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้เช่นกัน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนใน 28 วัน มีหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เช่น อายุ ความรุนแรงของโรค การมีโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมกับการมีโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ระดับการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับบ้าน เช่น สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าการไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ 4.7 เท่า (นิชริมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. 2557 : 30-40) นอกจากนี้ปัจจัยในด้านของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วมีความพิการหลงเหลืออยู่ และไม่สามารถดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ธีรนุช ห่านริตติศัย. 2556 : 634-639) ไม่มีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย (สิริชชา จิรจรรุภัทร. 2551) โดยผู้ดูแลต้องการทราบเรื่องข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 74.2 ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 70.4 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้อยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 70 (อรัญญา ไพรวัลย์. 2550) ซึ่งถ้าผู้ดูแลขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในหลายระบบทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวลดลง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยส่วนใหญ่มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและประเมินผลการวางแผนและส่งต่อให้กลับหน่วยงานในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นเพื่อให้ความรู้ในการดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม เช่น โรงพยาบาลศิริราชได้มีการสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยหลักการสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจำหน่าย ต้องพิจารณาแบบองค์รวม คือ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ป้องกันความเสื่อมทางกายภาพ และดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและญาติมิตร เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน หรือแม้แต่การขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับแผนการจำหน่ายแล้วจะให้เข้าโครงการกายภาพบำบัดและจากนั้นจะมีการติดต่อขอเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากนั้นประเมินผลการเยี่ยมบ้าน (โรงพยาบาลศิริราช. 2556) นอกจากนี้ โรงพยาบาลกบินทร์บุรียังมีการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาที่เจอในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล และมีการติดตามผลหลังจำหน่าย 1 เดือน (สถาบันประสาทวิทยา. 2550) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งสองหน่วยงานมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวดูแลกันและกันได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่นแม้จะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนแต่ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปดูแลที่บ้านยังคงกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับและปอดอักเสบซึ่งปัญหานี้ควรมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นการประหยัดงบประมาณในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลด้วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากภาวะพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องทำทั้งทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ควบคู่กันไป ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้โดยการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน คือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมา เป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม และระบบทางเดินปัสสาวะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ ซึ่งการดูแลในเรื่องเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องได้รับการแนะนำอย่างถูกวิธีจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

และการที่พยาบาลจะส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้านได้นั้น ต้องใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านเข้ามาช่วยในการให้กิจกรรมการพยาบาล

การเยี่ยมบ้านเป็นงานบริการปฐมภูมิที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานให้กับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟูสภาพ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (สภาการพยาบาล. 2551 : ออนไลน์) แต่การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งนั้นใช้เวลาในการเยี่ยมนาน ทำให้แต่ละวันเยี่ยมผู้ป่วยได้ไม่กี่ราย ดังเช่นที่โรงพยาบาลรามาริบัติ มีรูปแบบการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะมีการเยี่ยมผู้ป่วย 4 ครั้ง โดยกำหนดการเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่า ระยะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวที่บ้านนั้นใช้เวลาเฉลี่ย 60 นาที ทำให้ 1 วัน สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้มากที่สุดเพียง 4 ราย (นิชธิมา ศรีจางงค์. 2553)

การให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์ (Telephone nursing) เป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เริ่มตั้งแต่ปี 1997 (American Academy of Ambulatory Care Nursing. 1997) การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์เป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคมหรือเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล. 2549 : 19-27) ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำ การบริการพยาบาลทางโทรศัพท์มาใช้อย่างกว้างขวางและมีงานวิจัยการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลที่ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์ เช่น งานวิจัยของ นิชธิมา ศรีจางงค์ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและการศึกษาของ สวรินทร์ หงษ์สร้อย (2556 : 77-89) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผูดูแลและความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดชนิดขาดเลือดเป็นต้น

กระบวนการเยี่ยมบ้านและการให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือ บุคคล และครอบครัวในชุมชน ในการจัดการสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการรักษาโรคเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง และมีปัญหาซับซ้อนด้วยการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์เพื่อนำมาออกแบบแนวทางการดูแลอย่างเป็นองค์รวมพื้นฐานการตัดสินใจทางคลินิก

และจริยธรรมด้วยการให้ความรู้ การบริหารจัดการ และเป็นທີ່ปรึกษา โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมศักยภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัวให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีชีวิตอย่างปกติสุข (สภากาชาดไทย, 2551 : ออนไลน์) โรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู ที่บ้านเป็นเวลานานต้องอาศัยการดูแลของครอบครัวเป็นหลักดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและเมื่อพิจารณาถึงแนวทางดังกล่าวนี้ สามารถเข้าได้กับแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะของเบนดูราที่เชื่อว่าบุคคลสองคนอาจมีสมรรถนะ ไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะ ในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกันการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีงานวิจัยศึกษาเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีงานวิจัยของ จิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555 : 51-56) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ งานวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ (2552 : 117-129) ที่ศึกษา ผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การศึกษาของ นงนุช เท็ชรรวง และคณะ (2556 : 25-34) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน และการศึกษาของ พนิดา จริตรัมย์ และคณะ (2556 : ออนไลน์) ที่ศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้านและมี งานวิจัยที่เป็นการคิดค้นโปรแกรมการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น งานวิจัยของ สวรรินทร์ หงษ์สร้อย และคณะ (2556 : 77-89) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด นอกจากนี้มีงานวิจัยการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลที่มีการประยุกต์ ใช้ทฤษฎีของเบนดูราม่าเป็นแนวทาง เช่น งานการศึกษาของ นิชิตมา ศรีจำนงค์ (2553) ได้ศึกษาผล ของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่บ้าน การศึกษาของ อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ และคณะ (2556 : 93-105) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้าน การศึกษาของ บุศรินทร์ รัตนาสีธิ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลใน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการศึกษาของ ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแล ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแล ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเบนดูรานั้นถึงแม้จะมีการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลและป้องกันการเกิดแผล

กดทับและปอดอักเสบแล้วก็ตามแต่ไม่มีการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไรซึ่งการประเมินสภาพร่างกายสามารถบ่งบอกได้ว่าถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากเดิมได้

โรงพยาบาลหัวเฉียวเป็นโรงพยาบาลเอกชนในสังกัดมูลนิธิป่อเต็กตึ๊งรับการดูแลผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาแบบประกันสังคมเป็นส่วนใหญ่ โดยสิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิที่ครอบคลุมการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีข้อจำกัดของวงเงินการรักษาพยาบาล ผู้เข้ารับการรักษาเป็นวัยทำงาน และเป็นหัวหน้าครอบครัว ในโรงพยาบาลหัวเฉียวมีผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 761 คน อยู่ในช่วงอายุ 61-70 จำนวน 211 คน ช่วงอายุ 51-60 จำนวน 195 คน ช่วงอายุ 41-50 จำนวน 124 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ ร้อยละ 20 และแผลกดทับ ร้อยละ 30 (งานเวชระเบียนและสถิติ. 2558) จากประสบการณ์ในการทำงานและการสอบถามถึงสาเหตุส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลหรือมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร การบริหารจัดการยา การดูแลเรื่องขับถ่าย การปรับเปลี่ยนท่านอน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งที่ผู้ดูแลได้รับการวางแผนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าจำไม่ได้ บางครั้งเมื่อเจอสถานการณ์ที่แตกต่างจากที่พยาบาลสอนไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้และปัญหาบางอย่างที่เกิดกับผู้ป่วยหรือปัญหาครอบครัวไม่รู้ปรึกษาใครเมื่อมาตรวจตามนัดจะสอบถามเรื่องที่สงสัยกับแพทย์พยาบาลมีความจำกัดในด้านเวลาเนื่องจากแพทย์พยาบาลมีภาระงานหนักและผู้ป่วยที่มารักษามีจำนวนมาก เมื่อทบทวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลหัวเฉียวได้มีการวางแผนการจำหน่ายโดยการประเมินความรู้และทักษะก่อนกลับในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลอุปกรณ์ติดตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอาการที่ต้องมาทันที โดยไม่เกิน 1 ชั่วโมง แต่ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามผลหลังการจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นนี้ทำให้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีส่วนช่วยผู้ป่วยในการฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้นมีความสนใจในการทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ เบนดูรา (Bandura. 1986) ในแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยเน้นการสร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการดูแลป้องกันการเกิดปอดอักเสบและแผลกดทับโดยมีการสอนก่อนการจำหน่าย (Discharge Planning) มีการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่ายและให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์โดยการสื่อสารผ่านภาพและเสียง (Video calling) ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4

หากเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขทางโทรศัพท์ได้ผู้วิจัยจะเยี่ยมบ้านอีกครั้งเพื่อปรับปรุงแนวทางการให้บริการพยาบาลกับญาติผู้ดูแลให้เหมาะสมในแต่ละรายและมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมหลังจากนั้นจะประเมินติดตามผลการทดลองอีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลองใน 28 วัน โดยทำวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยจะได้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วางแผนการจำหน่ายและการให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับปอดอักเสบและแผลกดทับระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรม

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะของตนหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีสภาพร่างกายในเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง (One group pretest-posttest and follow up design) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียการทํากิจวัตรประจำวันบางส่วน และมีคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ขณะที่มารักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียวโดยใช้สิทธิ์ประกันสังคม

1.5 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นครั้งแรกและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของแผลกดทับ และปอดอักเสบ มีคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย และสามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ความมั่นใจในสมรรถนะของตน ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการทำงานที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบ ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย แบบประเมินรายด้านในเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบ

4. โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) มาเป็นแนวทางในสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยมีการสอนก่อนการจำหน่าย (Discharge planning) จำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่ายและให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์ โดยการสื่อสารผ่านภาพ และเสียง (Video calling) ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หากเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขทางโทรศัพท์ได้ ผู้วิจัยจะเยี่ยมบ้านอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแนวทางในการให้บริการพยาบาลกับญาติผู้ดูแลให้เหมาะสมในแต่ละรายและมีการประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม หลังจากนั้นประเมินติดตามผลการทดลองอีกครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง 28 วัน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1.1 คำจำกัดความ
 - 2.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1.5 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory)
- 2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง

2.1.1 คำจำกัดความ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ สโตรค (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ (Hickey. 2003) องค์การอนามัยโรคได้ให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็น ภาวะที่ผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งจะคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต (WHO. 2009 : Online)

2.1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) สมองขาดเลือด Ischemic stroke

สมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจากลิ่มเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอทำให้เซลล์สมองตาย สาเหตุของการอุดตันของหลอดเลือดมีสองชนิด คือ สมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เกิดจากหลอดเลือดแดงตีบและมีคราบไปอุดตันหลอดเลือดแดง (Thrombotic) และสมองขาดเลือดเนื่องจากมีลิ่มเลือดลอยมาอุดตันหลอดเลือดสมอง (Embolic)

2) โรคหลอดเลือดสมองแตก Cerebral hemorrhage

โรคหลอดเลือดสมองแตกเกิดจากการที่หลอดเลือดสมองแตกและมีเลือดออกในสมอง ทำให้ความดันในสมองเพิ่มมากขึ้นเนื้อสมองขาดเลือด สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.1) เลือดออกในเนื้อสมอง Intracerebral hemorrhage เกิดเนื่องจากหลอดเลือดในเนื้อสมองแตกเลือดจึงคั่งในเนื้อสมอง

2.2) เลือดออกในช่องสมอง Subarachnoid hemorrhage เกิดเนื่องจากหลอดเลือดที่อยู่บนผิวสมองแตกทำให้เลือดอยู่บริเวณผิวสมอง

ภาวะเลือดออกทั้งสองชนิดจะทำให้สมองบวม ความดันในสมองเพิ่มขึ้น เนื้อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงทำให้เซลล์สมองตาย

3) โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว Transient Ischemic Attack (TIA)

เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้ขาดเลือดจึงเกิดอาการระยะหนึ่ง โดยมากมักจะเป็นไม่กี่นาทีแต่อาจนานถึง 24 ชั่วโมง ผู้ที่เป็นโรค TIA 1 ใน 3 จะมีโอกาสเป็นโรคอัมพฤกษ์ การรักษาจะต้องดูแลเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการให้ยาป้องกัน

2.1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2554) พบว่า ภาวะพิการจากโรคนี้มีสถิติอันดับ 3 ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองภายใน 1 เดือน ร้อยละ 30 ต้องการผู้ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20 ต้องการช่วยเหลือในการเดิน และร้อยละ 16 ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมด ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยหากครอบครัวไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ (ปิติกานต์ บุรณภาพ. 2552)

1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการหลงเหลือ มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยตรง ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาโดยเฉพาะปัญหาเรื่องการกลืน ถ้ามีการสำลักก็จะทำให้เกิดปอดบวม หรืออาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมาและการเคลื่อนไหวไม่ได้เช่นเดิม ทำให้เกิดแผลกดทับตามมาได้

2) ด้านจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และมีความบกพร่องหรือสูญเสียการทำงาน หดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าวิตกกังวล และซึมเศร้า

3) ด้านครอบครัว จากการศึกษาของ วิลเลียม (Williams. 1994 : 155-161) พบว่า สาเหตุความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ กระสับกระส่าย พฤติกรรมที่สมวัยของผู้ป่วย และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจนไปไหนมาไหนไม่ได้ แต่บางครั้งจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน และไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ ท้ายที่สุดอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (Farzan. 1991 : 1037-1047) และเมื่อครอบครัวต้อง รับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากรายได้ของ ครอบครัวกลับคงที่หรือลดลง จากการที่สมาชิกของครอบครัวที่หารายได้มีจำนวนลดน้อยลงเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ. 2550)

2.1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายต่อสมอง และความผิดปกตินั้นจะมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว (รังสรรค์ ชัยเสวกุล. 2547) โดย สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การพยาบาล ในระยะเฉียบพลัน และการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

1.1) การดูแลระบบทางเดินหายใจ การขาดเลือดในสมองของผู้ป่วยมีผลให้ผู้ผู้ป่วย มีระดับความรู้สึกตัวลดลงทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจและยังทำให้รีเฟล็กซ์ที่ป้องกันการสำลัก ลดลง ภาวะขาดออกซิเจน จะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) ดังนั้นต้องคอยดูแลและประเมินการหายใจของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ผู้ป่วย ได้รับ O₂ ตามแผนการรักษา โดยถ้าค่าระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 92-95 ควรดูแลให้ O₂ canular 3-5 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) (Hickey. 2009 ; Smeltzer et al. 2009)

1.2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมินสัญญาณชีพอย่าง ใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก (Smeltzer et al. 2009) เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดสามารถทำให้เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติและความดันที่สูงหรือต่ำเกินไปมีผลทำให้ ภาวะสมองขาดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550)

1.3) การดูแลด้านสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา โดยให้ในรูปแบบ Isotonic solution ใน 24 ชั่วโมงแรก (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดน้ำได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการ

กลืนลำบาก และไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคสเนื่องจากพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอาจมีผลทำให้ภาวะสมอขาดเลือดเฉลวง (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. 2547) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อยหรืออยู่ในระหว่างการงดน้ำและอาหาร และในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมหรือมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นควรจำกัดสารน้ำไม่ให้มีปริมาณมากเกินไป เพราะอาจทำให้สมองบวมมากขึ้น

1.4) การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อพบว่าถ้าผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การดูแล เพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง ซึ่งพบว่าการใช้สารน้ำสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น (Hickey. 2009)

1.5) การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายความผิดปกติในสมองอาจทำให้มีปัญหาด้านการกลืนโดยเฉพาะการกลืนของเหลวอันจะนำมาซึ่งการสำลักและติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมีการดูแลและประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรก (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้จำเป็นต้องงดอาหารและน้ำทางปากในช่วงแรก จนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต

2) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะฟื้นฟูสภาพ

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจะสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวร่างกาย (สุมาลี ชื่อธนาพรกุล. 2552 : 139-149) ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพจึงมีประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เองให้มากที่สุดตามศักยภาพและฟื้นฟูสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย (ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. 2550) การดูแลในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

2.1) การป้องกันข้อยึดติดโดยการทำให้ Passive range of motion ในส่วนแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต (พาริตา อิบราฮิม 2539) โดยให้ผู้ดูแลขยับข้อต่อจนสุดพิสัยของข้อทุกข้อ 3-5 ครั้ง ในแต่ละทิศทางของการเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ 2 รอบ และให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ดีช่วยบริหารข้างที่เป็นอัมพาตด้วย (ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. 2550)

2.2) การจัดท่านอนให้ถูกต้องเหมาะสมและทำการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Smeltzer et al. 2009)

2.3) การป้องกันความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) โดยจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อย ๆ ครั้งละ 15-30 นาที วันละ 3-4 รอบ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยได้อีกด้วย (ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. 2550)

2.4) การป้องกันการสำลักและติดเชื้อในปอด ดังนั้นจึงควรมีการดูแลในเรื่องของการรับประทานอาหารอย่างใกล้ชิด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). 2550) ซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการศึกษาพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแล ดังเช่นงานวิจัยของ จิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555 : 51-56) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการส่งต่อการดูแลสู่ชุมชนร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล ผลการดำเนินงานสามารถลดอัตราตายจากร้อยละ 5.87 เหลือร้อยละ 2.49 วันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 5.63 วัน เหลือ 2.08 วัน อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น และงานวิจัยของ อูมา จันทวิเศษ (2552 : 117-129) ที่ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรุ่ง และคณะ (2556 : 25-34) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน และการศึกษาของ พนิดา จริตรัมย์ และคณะ (2556 : ออนไลน์) ที่ศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะพักรักษาตัวที่บ้านและมีงานวิจัยที่เป็นการคิดค้นโปรแกรมการจำหน่ายผู้ป่วย เช่นงานวิจัยของ สวรรินทร์ หงษ์สร้อย และคณะ (2556 : 77-89) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซึ่งผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์พิเศษและดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอดใส่ อุปกรณ์พิเศษมีคะแนนความสามารถในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.5 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแล้วจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยก็ลดลงด้วยเช่นกันซึ่งได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

วิลเลียม คอปนิริตส์คัล (2553 : 103-108) ให้ความหมายความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรม เช่น แบบแผนชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่เป็นพื้นฐานของชีวิต การเดิน การทรงตัว การเปลี่ยนแปลงอิริยาบถได้ด้วยตนเองโดยการลดการพึ่งพาผู้อื่น

สวรินทร์ หงษ์สร้อย (2556 : 77-89) ให้ความหมายความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องครอบคลุมในเรื่องของกิจวัตรประจำวันความสามารถในการเคลื่อนไหวความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การเข้าสังคมรวมถึงการประกอบอาชีพ

โอเร็ม (Orem. 1995) ให้ความหมายความสามารถในการทำกิจกรรมว่าเป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตในการดำรงส่งเสริมให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของมนุษย์เพื่อให้ไปถึงจุดสูงสุดของแต่ละบุคคลความสามารถของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ในชีวิต การศึกษาและแหล่งประโยชน์ในชีวิต

กล่าวโดยสรุปว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งประกอบด้วย การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การติดต่อสื่อสาร การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ ซึ่งความสามารถจะเปลี่ยนแปลงไปขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและพัฒนาการของชีวิต

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่พร่องความสามารถผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองบางเรื่องจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยมีเครื่องมือที่ประเมินดังต่อไปนี้

1) The katz index of ADL พัฒนาขึ้นโดย เคท ในปี 1963 เพื่อใช้ประเมินในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูกและสะโพกหักซึ่งจะประเมินความเปลี่ยนแปลงจากภาวะโรคในผู้สูงอายุและความเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแบบประเมิน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบประเมินนี้ให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และในการทำกิจกรรมที่มีผู้ช่วยเหลือ

2) ดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) ดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิว้ม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ

การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Wade and Langton. 1987) โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน

3) Mix scales FIM score ที่พัฒนาขึ้นโดย เวด และแลงตัน (Wade and Langton. 1987 : 177-182) เพื่อใช้ประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการแปลและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทยเป็นแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อวัดระดับความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หมวด 2 ด้าน ดังนี้ หมวดการดูแลช่วยเหลือตนเอง หมวดการควบคุมระบบขับถ่าย หมวดการเปลี่ยนอิริยาบถ หมวดการเคลื่อนไหว หมวดการสื่อความหมาย และหมวดการกำหนดรู้ด้านสังคม

2.2 แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้นผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ดังนี้

เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2540) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพา โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล ซึ่งบุคคลนั้นอาจเป็น ญาติ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539 : 84-84) ; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) โดย Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือกิจกรรมให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือเป็นผู้คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ประกอบพร ทิมทอง. 2550)

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนก็ได้

โดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็น ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว (วิลลาร์ตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2552) ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งการดูแลออกได้เป็น 4 ด้าน (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548) ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมดต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลดังนั้นผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ (จินตนา สมนึก. 2540) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ และการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

2. การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า โดยส่วนมากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจเป็นส่วนใหญ่เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ความพิการของร่างกาย มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารู้สึกไร้คุณค่า และขาดความมั่นใจในตนเอง (Bakas Austin et al. 2002 : 254-251) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้กำลังใจ และมีความเข้าใจในภาวะคับข้องใจที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. 2548)

3. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น (รจัน เฟิงแก้ว. 2551) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี การเคลื่อนไหวข้อต่อ และออกกำลังกายกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

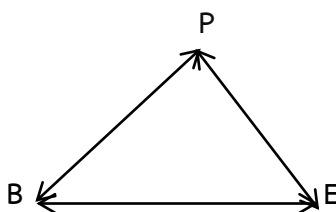
4. การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน คือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมา เป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม และระบบทางเดินปัสสาวะ (รัญญาภรณ์ ดาวน์พแก้ว. 2547) ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลทางเดินหายใจ และการป้องกันภาวะข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ โดยการฟื้นฟูสภาพกำลังของกล้ามเนื้อและการดูแลเพื่อป้องกันการกลับ

เป็นข้าของโรค จะเห็นว่า จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดสติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก จึงต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลจากผู้ดูแลทดแทนในบางส่วนหรือเกือบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหรือระดับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพจึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่า ผู้ดูแลโดยส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งจากการที่ต้องเข้ารับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลและจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและยังอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งเพื่อที่จะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้วิจัยจึงทำวิจัยในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นโดยได้นำทฤษฎีของ แบนดูรา มาประยุกต์ใช้

2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura. 1997) พัฒนาขึ้นในระยะแรกแบนดูราได้เสนอกรอบแนวคิดไว้ว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental condition = E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (Interlock system) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (Bandura. 1997) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลเงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและปัจจัยสภาพแวดล้อม



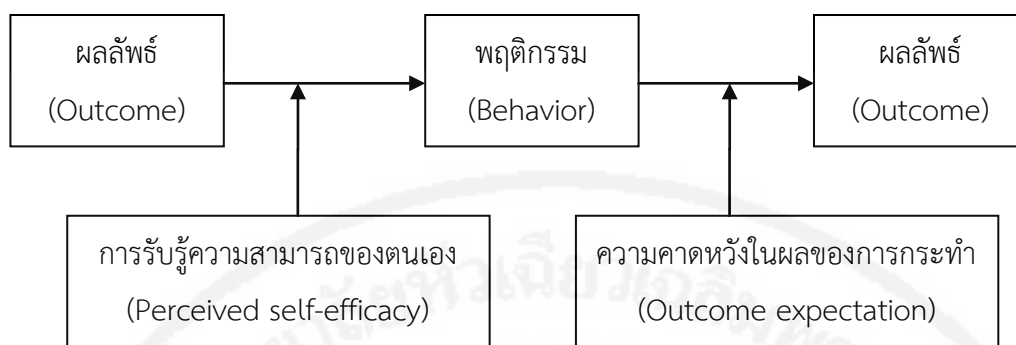
แบนดูรา ได้ให้ความสนใจแตกต่างของการเรียนรู้ (Learning) และการกระทำ (Performance) ถือว่าความแตกต่างนี้สำคัญมาก เพราะคนอาจจะเรียนรู้อะไรหลายอย่างแต่ไม่กระทำ เป็นต้นว่า นักศึกษาทุกคนที่กำลังอ่านเอกสารประกอบการสอนนี้คงจะทราบว่า การโง่งในการสอบนั้นมีพฤติกรรมอย่างไร แต่นักศึกษาเพียงน้อยคนที่จะทำการโง่งจริง ๆ แบนดูราได้สรุปว่า พฤติกรรมของมนุษย์อาจจะแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท

1. พฤติกรรมสนองตอบที่เกิดจากการเรียนรู้ ผู้ซึ่งแสดงออกหรือกระทำสม่ำเสมอ
2. พฤติกรรมที่เรียนรู้แต่ไม่เคยแสดงออกหรือกระทำ
3. พฤติกรรมที่ไม่เคยแสดงออกทางการกระทำ เพราะไม่เคยเรียนรู้จริง ๆ

แบนดูรา ไม่เชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะคงตัวอยู่เสมอ ทั้งนี้เพราะสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และทั้งสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก็คาดหวังว่าผู้อื่นจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนด้วย ความหวังนี้ก็ส่งเสริมให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผลพวงก็คือว่าเด็กอื่น (แม้ว่าจะไม่ก้าวร้าว) ก็แสดงพฤติกรรมตอบสนองแบบก้าวร้าวด้วย และเป็นเหตุให้เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวยิ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการย้ำความคาดหวังของตน แบนดูรา สรุปว่า “เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจะสร้างบรรยากาศก้าวร้าวรอบตัว จึงทำให้เด็กอื่นที่มีพฤติกรรมอ่อนโยนไม่ก้าวร้าวแสดงพฤติกรรมตอบสนองก้าวร้าว เพราะเป็นการแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อมที่ก้าวร้าว”

ในระยะแรกแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง ความสามารถของตนเอง ว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาภายหลังใช้คำว่า “การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy)” แทนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินภารกิจกรรม โดยแบนดูรา เชื่อว่า บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ จากแนวคิดเบื้องต้น แบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีสมมุติฐานว่า ถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองโดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม โดยมีโครงสร้างของทฤษฎี ดังแผนภูมิที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura. 1997)

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างทฤษฎีของแบนดูรา



จากโครงสร้างทฤษฎีของ แบนดูรา แสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีนี้ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้อย่างแน่นอน บุคคลที่ตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำได้หรือไม่ และความคาดหวังในผลที่จะเกิดการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรารู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใดแต่ความสามารถมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลของการกระทำ

นอกจากนี้ แบนดูรา ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกันบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น และแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่าอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ

1. มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกัน จะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือความสามารถจำกัดทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยาก ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถอาจพบความล้มเหลวได้

2. มิติการแผ่ขยายความหวัง (Generality) หมายถึง ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่นในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่าง ไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

3. มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อย คือ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความคาดหวังมาก หรือมีความมั่นใจ บุคคลจะมีความพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

แบนดูรา ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี ดังนี้ (Bandura. 1997 : 330-332)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) แบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขาเรียนรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกัน ถ้าเขามีความตั้งใจ และพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) คือ การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy theory) จะเห็นว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตาม การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การพยาบาลชุมชน เป็นสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่แสดงออกถึงความสามารถในการบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศ รวมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบการจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ ซึ่งในการทำวิจัยในครั้งนี้ได้นำสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงการพยาบาลชุมชนมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเยี่ยมบ้านและการให้บริการพยาบาลทางโทรศัพท์ที่สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวในชุมชนในการจัดการสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรักษาโรคเบื้องต้นให้แก่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและมีปัญหาซับซ้อนด้วยการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์เพื่อนำมาออกแบบแนวทางการดูแลอย่างเป็นองค์รวม พื้นฐานการตัดสินใจทางคลินิกและจริยธรรมด้วยการให้ความรู้ การบริหารจัดการและเป็นที่ปรึกษาโดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัวให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีชีวิตอย่างปกติสุข (สภาการพยาบาล. 2551 : ออนไลน์)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ซับซ้อนต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูที่บ้านเป็นเวลานาน ต้องอาศัยการดูแลของครอบครัวเป็นหลักดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านซึ่งการเยี่ยมบ้านและการให้บริการทางโทรศัพท์ทำให้พยาบาลชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยได้ตรงตามสาเหตุและความต้องการของครอบครัวและผู้ป่วย เนื่องจากได้พบเห็นสภาพที่แท้จริง ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ พฤติกรรมอนามัย ขนบธรรมเนียมความเชื่อ ค่านิยมต่าง ๆ และวิธีการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติสามารถได้เรียนรู้วิธีการดูแลรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพได้ในเวลาเดียวกัน อีกทั้งได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นร่วมวางแผนดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยตลอดจนได้รับการฝึกหัดให้ดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ดังนั้นการเยี่ยมบ้านจึงมีความจำเป็นและสำคัญต่อพยาบาลชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัวตลอดจนหน่วยงานให้บริการสุขภาพอนามัยทั้งของภาครัฐและของเอกชนและยังเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับนโยบายเชิงรุกของเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ (จารึก ธานีรัตน์. 2545)

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ แบนดูรา (Bandura. 1986) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลผู้ป่วย โดยระยะที่หนึ่งก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยค้นหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมติดต่อกันทุกวันโดยใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาของผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) ตามแบบบันทึกที่สร้างไว้ผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) ภายใน 28 วัน โดยผ่านกระบวนการดังนี้

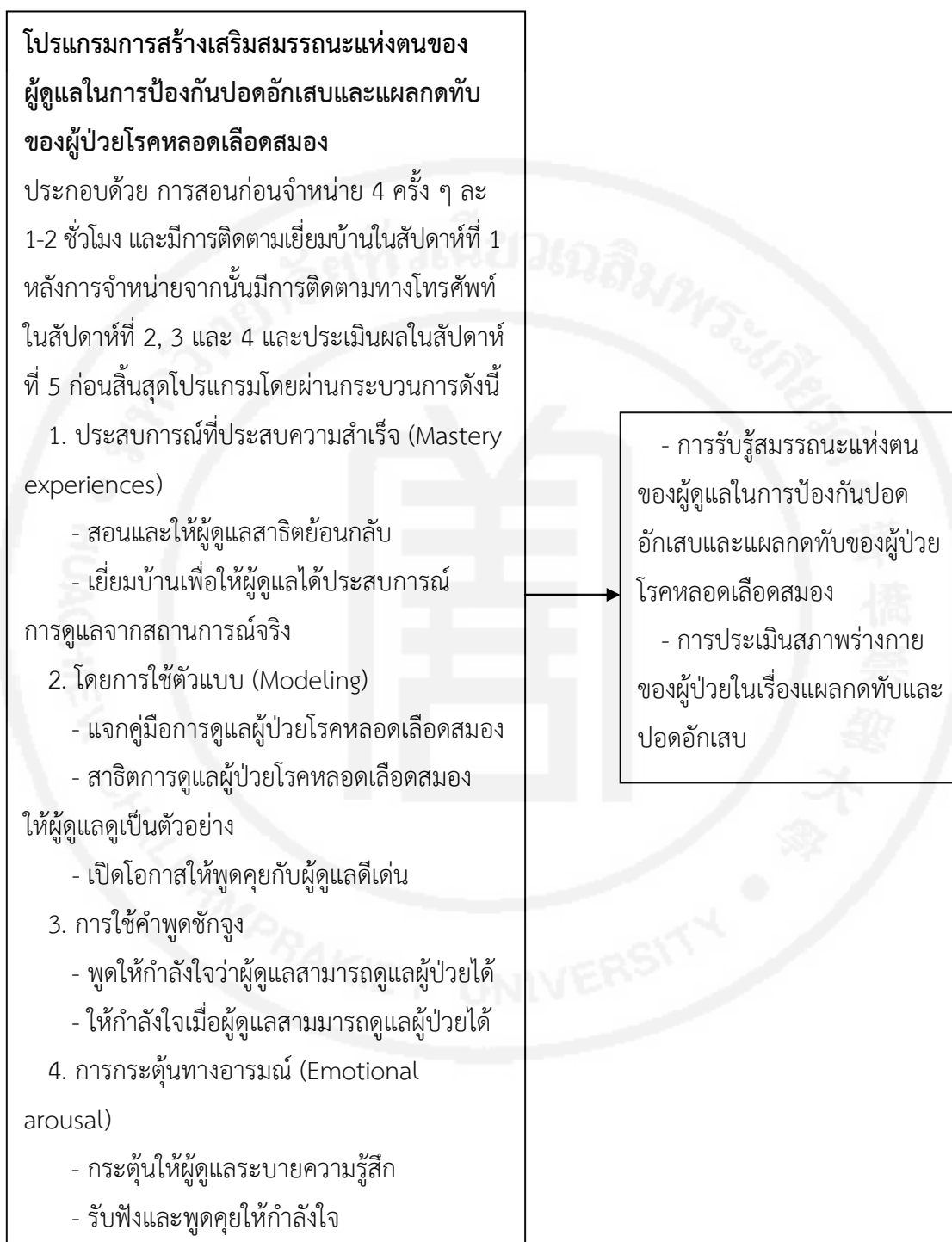
1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนและสาธิตโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติจริงและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และมีการทบทวนให้ผู้ดูแลปฏิบัติซ้ำจนเกิดความมั่นใจนอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงและทบทวนปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจมากขึ้น

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) ผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตให้ผู้ดูแลดูเป็นตัวอย่างหลังจากนั้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติ และนอกจากนี้ผู้ดูแลได้คัดเลือกผู้ดูแลดีเด่นที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีมาช่วยในการเป็นตัวแบบโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลที่เหลือผ่านการสื่อสารผ่านภาพและเสียง (Video calling) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้กลับไปทบทวนที่บ้านได้เองส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูงเป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งแบนดูราได้กล่าวไว้ว่า การใช้คำพูดชักจูงไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ถ้าจะให้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลได้ถูกต้อง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจึงได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลและพูดคุยเพื่อให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลดีที่ได้รับ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวของ แบนดูรา สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง (One group pretest-posttest and Follow up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีระเบียบวิจัยดังนี้

แผนภูมิที่ 4 รูปแบบการวิจัย

กลุ่มการทดลอง

O_1 — X — O_2 — O_3

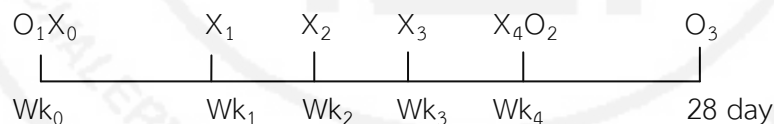
O_1 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O_2 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

O_3 การเก็บข้อมูลระยะติดตามหลังการทดลอง

X โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนการทดลอง



X_0 หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

X_1 หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

X_2 หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling)

X_3 หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์ที่ 3 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling)

X₄ หมายถึง การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling)

O₁ หมายถึง การประเมินก่อนการทดลองโดยการใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ แบบประเมินสภาพร่างกาย

O₂ หมายถึง การประเมินหลังการทดลองโดยการใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ แบบประเมินสภาพร่างกาย

O₃ หมายถึง การประเมินระยะติดตามผลการทดลองโดยการใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ แบบประเมินสภาพร่างกาย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยใช้สิทธิ์ประกันสังคม

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) ผู้ดูแล

1.1) เกณฑ์การคัดเลือก

(1) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

(2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

(3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

(4) มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่สามารถเดินทางไปเยี่ยมบ้านได้

(5) สามารถสื่อสารด้วยโทรศัพท์ผ่านภาพและเสียงได้ (Video calling)

(6) ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.2) เกณฑ์การคัดออก

- (1) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ผ่านภาพและเสียงได้ (Video calling)
- (2) เสียชีวิต
- (3) เปลี่ยนผู้ดูแล
- (4) ผู้ดูแลไม่ยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1) เกณฑ์การคัดเข้า

- (1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยงและโรคหลอดเลือดสมองแตกครั้งแรก
- (2) มีคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามดัชนีบาร์เทิล (The barthel ADL index) เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- (3) ผู้ป่วยมีแขนขาด้านใดด้านหนึ่งอ่อนแรงมีระดับ Motor power grade 1-2
- (4) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้
- (5) ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่างๆของร่างกาย
- (6) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ

2.2) เกณฑ์การคัดออก

- (1) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการเจ็บป่วยอื่น ๆ
- (2) มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้

3.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการคำนวณ POWER ANALYSIS (Cohen. 1988) โดยมีสูตรคำนวณค่า Effect size ดังนี้

$$d = \frac{m_A - m_B}{\bar{O}}$$

d = Effect size

m_A = คะแนนเฉลี่ยของหลังการทดลอง

m_B = คะแนนเฉลี่ยของการทดลอง

\bar{O} = ค่ากลางของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน 1 เรื่อง ได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (นิชธิมาศรีจํานงค์. 2553) จึงนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาคำนวณหาค่า Effect size ได้ดังนี้

$$\text{Effect size} = \frac{81.08 - 69.87}{9.59} = 1.16$$

Effect size 1.16 กำหนดค่า $\alpha = .05$ Power = .80 และทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 7 คน การเลือกกลุ่มโดยคัดเลือกตามคุณสมบัติผู้ดูแล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแลซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากแนวความคิดของแบนดูรา ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการส่งเสริมความสามารถก่อนการจำหน่ายและหลังการจำหน่าย

2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลเป็นเอกสารประกอบสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ดูแลมีภาพประกอบบรรยายด้วยตัวอักษร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายในเอกสารประกอบไปด้วย เนื้อหา ความหมายของโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค ผลกระทบของโรค และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย การทำกิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร การบริหารจัดการยา การดูแลเรื่องขับถ่าย การปรับเปลี่ยนท่านอนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3) แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านภาพและเสียง (Video calling) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โดยรวมของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและโรคประจำตัว และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคและการใช้อุปกรณ์การแพทย์

2) แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำรา วิชาการ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้วิจัยประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย จำแนกเป็นข้อที่ 1 เป็นการประเมินแผลกดทับ และข้อที่ 2 ถึงข้อที่ 6 เป็นการประเมินปอดอักเสบ

3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การรับรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องแผลกดทับและปอดติดเชื้อ ซึ่งระบุความมั่นใจในการทำกิจกรรมในขณะนั้น จาก 1 = ไม่มั่นใจจนถึง 5 = มั่นใจมากที่สุด ถ้าผู้รับบริการได้คะแนนสูง แสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสูงมีจำนวนคำถาม 9 ข้อคำถาม โดยผู้วิจัยแบ่งระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น 3 ระดับ มีความกว้างของระดับการรับรู้ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

$$\text{ความกว้างของชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการรับรู้}}$$

$$= \frac{5-1}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประกอบด้วย ชุดเครื่องมือ 4 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ Braden's Score และแบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถามดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้คะแนนมาให้ผู้วิจัยนับจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนมาหาค่า IOC โดยมีเกณฑ์

1 ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

2 ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ใช้ไม่ได้ต้องปรับปรุง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3.4.2 การตรวจสอบการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลหลังจากนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแล้วหาค่าความเที่ยง จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.984

3.5 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ไปยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวเฉียว ผู้วิจัยขอพบหัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2560
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ 10 ราย

ขั้นตอนดำเนินการ

เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ตามคุณสมบัติและความสมัครใจเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

ระยะที่หนึ่งก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยค้นหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ ติดตามส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมติดต่อกันทุกวัน โดยใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมง

การเยี่ยมครั้งที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - 1.1 แนะนำตนเองโดยการบอกชื่อ นามสกุล หน้าที่ปัจจุบัน
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและลงนามการเข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและพินัยสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 - 1.3 ขอเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลและให้เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัยติดต่อแก่ผู้ดูแลโดยแจ้งให้ ทราบว่าเมื่อกลับบ้านผู้วิจัยจะโทรไปติดตามเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หากผู้ดูแลมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือสามารถติดต่อสอบถามได้ในช่วงเวลา 8-17 น. ของทุกวัน

2. ประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแล

- 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- 2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- 2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
- 2.4 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score
- 2.5 แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

การเยี่ยมครั้งที่ 2

ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยการใช้ตัวแบบ คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการดูแลและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการเช็ดตัว การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การจัดทำผู้ป่วย และการพลิกตะแคงตัว

การเยี่ยมครั้งที่ 3

ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร การให้อาหารทางสายยาง และการดูดเสมหะ และให้การพยาบาลตามความต้องการ

การเยี่ยมครั้งที่ 4

สร้างประสบการณ์ที่สำเร็จและให้กำลังใจ

- ให้ผู้ดูแลพิจารณาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยการซักถามผู้ดูแลว่าจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 และ 3 มีการดูแลส่วนใดที่ไม่สามารถทำได้หลังจากนั้นสาธิตให้ผู้ดูแลดูอีกครั้ง

- สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลดูเป็นตัวอย่าง
- กล่าวชื่นชมให้กำลังใจว่าผู้ดูแลสามารถทำได้
- ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเพื่อฝึกประสบการณ์ที่สำเร็จ
- ชื่นชมผู้ดูแลในกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้

- ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสคุยโทรศัพท์และ/หรือพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจริงที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีพร้อมทั้งชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวกแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้โทรมาปรึกษาเรื่องการดูแล รวมถึงปัญหาต่าง ๆ

ระยะที่สองภายหลังการจำหน่าย 1 สัปดาห์

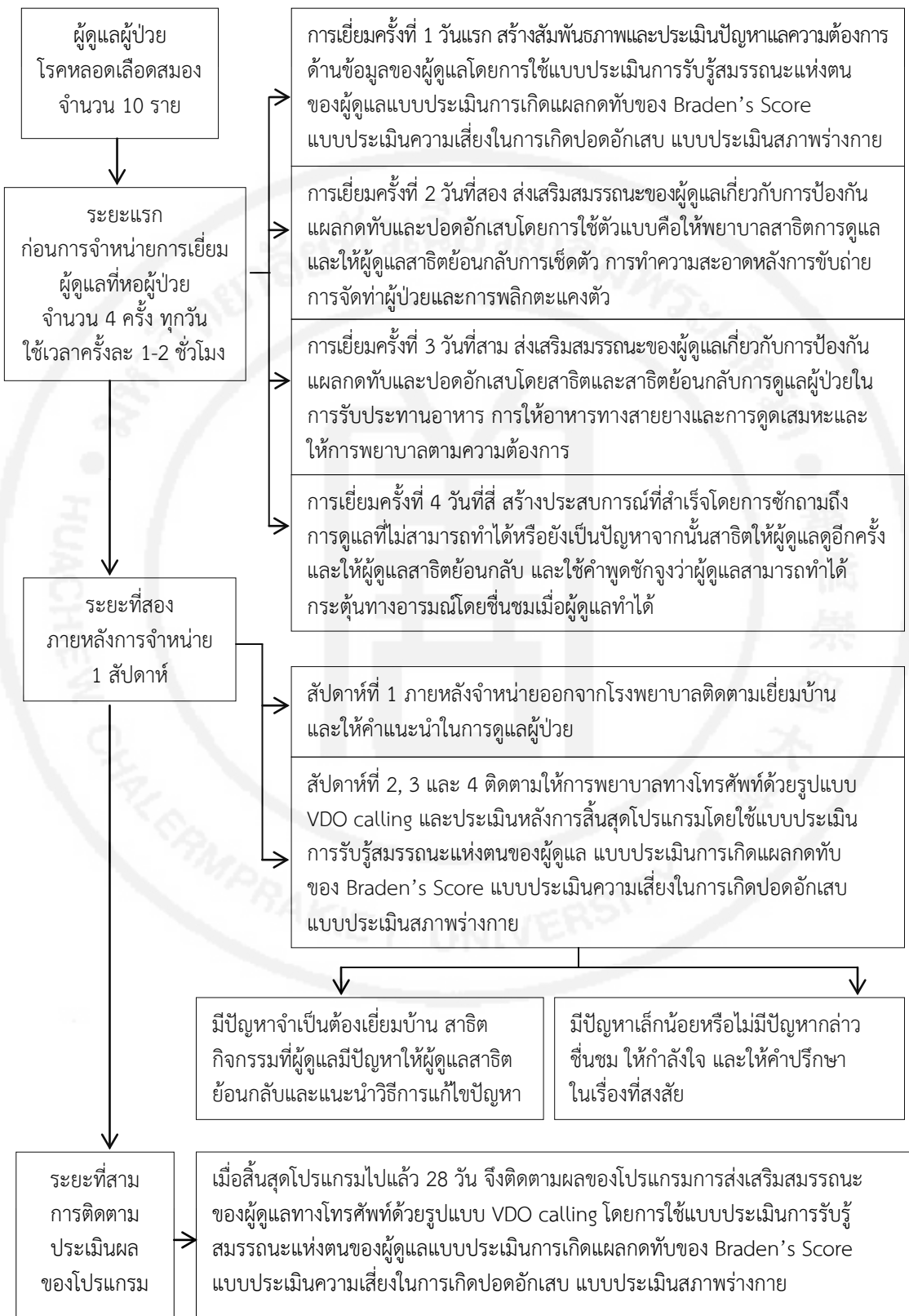
สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาของผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย โดยสอบถามถึงการนำความรู้ที่ได้รับก่อนการจำหน่ายไปปฏิบัติว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร หากประสบผลสำเร็จ

ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากไม่ประสบผลสำเร็จผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาสาเหตุและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลระบายความในใจในช่วงเวลาที่กลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามผลต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) ตามแบบบันทึกที่สร้างไว้ผู้ป่วย โดยสอบถามถึงการนำความรู้ที่ได้รับก่อนการจำหน่ายไปปฏิบัติว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร หากประสบผลสำเร็จผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากไม่ประสบผลสำเร็จผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาสาเหตุและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลในกรณีที่แก้ปัญหารทางโทรศัพท์ไม่ได้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้งโดยสาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลและแนะนำวิธีแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นและให้ผู้ดูแลระบายความในใจในช่วงเวลาที่กลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ประเมินการเกิดแผลกดทับและประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังการสิ้นสุดโปรแกรม

ระยะติดตามผล การทดลองภายใน 28 วัน หลังการสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ประเมินการเกิดแผลกดทับและประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบเพื่อติดตามผลการทดลองหลังการสิ้นสุดโปรแกรม

แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



3.6 การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ โดยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ อ.562/2560 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้
2. ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ว่า จะไม่มีผลต่อการพยาบาลและการรักษาแต่อย่างใด
3. ชี้แจงให้ทราบว่าในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ
4. การศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ใช้สถิติดังนี้

1.1 การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

1.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ Braden's Score โดยประเมินผลก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล โดยใช้แบบการตรวจประเมินสภาพร่างกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง (One group pretest-posttest and Follow up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2560 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 7 คน แต่ระหว่างเก็บข้อมูลสามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้จำนวน 10 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.2 ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นวัยกลางคนมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้รวมของครอบครัวไม่พอใช้ และมีหนี้ คิดเป็นร้อยละ 70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 40 และบุตร คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	20.00
หญิง	8	80.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20 – 39 ปี)	3	30.00
วัยกลางคน (40 – 59 ปี)	6	60.00
วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	1	10.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	40.00
อาชีวศึกษา	3	30.00
ปริญญาตรี	2	20.00
อาชีพ		
รับจ้าง	4	40.00
ค้าขาย	2	20.00
ไม่ได้ทำงาน	4	40.00
รายได้รวมของครอบครัว		
เพียงพอและมีเงินเก็บ	1	10.00
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	2	20.00
ไม่พอใช้และมีหนี้	7	70.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	4	40.00
บุตร	4	40.00
พี่น้อง	1	10.00
อื่น ๆ	1	10.00
ประสบการณ์ในการดูแล		
ไม่มี	9	90.00
มี	1	10.00
โรคประจำตัวผู้ดูแล		
ไม่มี	8	80.00
มี	2	20.00

4.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 เป็นวัยกลางคน คิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 ใช้สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 90 ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยเป็นหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 60 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	70.00
หญิง	3	30.00
อายุ		
วัยกลางคน (40 – 59 ปี)	6	60.00
วัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	4	40.00
สถานภาพสมรสผู้ป่วย		
โสด	2	20.00
คู่	6	60.00
หม้าย	2	20.00
สิทธิการรักษา		
ประกันสังคม	9	90.00
จ่ายเอง	1	10.00
โรคประจำตัวผู้ป่วย		
ไม่มี	1	10.00
มี	9	90.00
การวินิจฉัยโรค		
หลอดเลือดสมองแตก	4	40.00
หลอดเลือดสมองขาดเลือด	6	60.00
การใช้อุปกรณ์การแพทย์		
ไม่มี	6	60.00
มี	4	40.00

4.1.3 ข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกเป็นรายบุคคล

ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายไทย อายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีผลกตทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปสรรคการแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 59 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีผลกตทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยแพทย์จึงให้ใส่สายให้อาหารทางสายยาง (NG) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 3 หญิงไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 2 ข้างซ้าย grade 4 ไม่มีผลกตทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยแพทย์จึงให้ใส่สายให้อาหารทางสายยาง (NG) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 4 ชายไทย อายุ 78 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี พูดสื่อสารตรงคำถามได้แต่ช้า มีปัญหาในการกลืน ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีผลกตทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ใส่สายให้อาหารทางสายยาง (NG) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 5 ชายไทย อายุ 53 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 1 ข้างซ้าย grade 5 ไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปสรรคการแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 6 ชายไทย อายุ 46 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 5 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่างๆของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่า ดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปสรรคการแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 7 ชายไทย อายุ 50 ปี ความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 2 ไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปสรรคการแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 8 หญิงไทย อายุ 55 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด รู้สึกตัวดี พูดสื่อสารรู้เรื่อง แต่พูดซ้ำ มีปัญหาในการกลืน ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เล็กน้อย ใส่สายให้อาหารทางสายยาง (NG) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 9 ชายไทย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 2 ข้างซ้าย grade 4 ไม่มีแผลกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปสรรคการแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 10 ชายไทย อายุ 65 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ตัวรู้เรื่อง ประเมิน Glasgow coma scale ได้ E₄ V₅ M₆ Pupil 3 min reaction to light both eye. Motor power ข้างขวา grade 4 ข้างซ้าย grade 1 ไม่มีผลกดทับตามส่วนต่างๆของร่างกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ มีระดับคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีค่าดัชนีบาร์เทล (The barthel ADL index) 25 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐานของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้สมรรถนะของตนหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลของโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางและมากตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะของตน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ระยะติดตามผล		
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	2.00	.60	น้อย	3.37	.24	ปานกลาง	4.24	.37	มาก

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	n (10)	Mean rank	Sum of Ranks	Z	Asymp.Sig (2 tailed)
หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง					
Negative ranks	0	.00	.00	-2.81	.00**
Positive ranks	10 ^a	5.50	55.00		
Ties	0				
ระยะติดตามผล - หลังการทดลอง					
Negative ranks	0	.00	.00	-2.81	.00**
Positive ranks	10 ^b	5.50	55.00		
Ties	0				
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง					
Negative ranks	0	.00	.00	-2.81	.00**
Positive ranks	10 ^c	5.50	55.00		
Ties	0				

** p-value < .01

a หลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง

b ระยะติดตามผล > หลังการทดลอง

c ระยะติดตามผล > ก่อนการทดลอง

4.2.2 การประเมินสภาพร่างกายในเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบ

ผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ไม่มีการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบตั้งแต่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองนั่นเอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาพร่างกายในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง (n=10)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
การเกิดแผลกดทับ	0	10	0	10	0	10
การเกิดปอดอักเสบ	0	10	0	10	0	10

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ระหว่างการได้รับโปรแกรมผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบโดยรวมไม่วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทางสาย ขาดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขับเสมหะ และขาดการพลิกตะแคงตัว เป็นต้น ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบตามมาได้ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาที่พบระหว่างได้รับโปรแกรมสามารถจำแนกเป็นรายบุคคลได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...อยู่โรงพยาบาลก็ทำได้ แต่พอกลับบ้านต้องมาดูแลเองคนเดียว
ทุกอย่าง กลัวจะทำถูกทำผิด ไม่มั่นใจเลย...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน 1 ครั้ง หลังจากนั้นได้เสริมแรงผู้ดูแลด้วยการกล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้องแล้ว

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...เมื่อทำครั้งแรกแล้วทำได้ดีก็มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น...”

จากการประเมินผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดีเมื่ออาบน้ำเช็ดตัวแล้ว ก่อนใส่เสื้อผ้าผู้ดูแลจะนวดตามปุ่มกระดูกแต่ผู้ดูแลบอกว่าไม่ได้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยก็นั่งบนรถเข็น จึงอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการนั่งหรือนอนในท่าเดิมนาน ๆ จะทำให้เกิดแผลกดทับได้ ผู้ดูแลจึงกล่าวว่า

“...ต่อไปจะพยายามเปลี่ยนท่าไมให้นั่งหรือนอนในท่าเดิมนาน ๆ...”

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยบ่อยขึ้น ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับและไม่มีปอดอักเสบ โดยหลังทานข้าวเสร็จผู้ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันทุกครั้ง ให้รับประทานอาหารเช้าเล็กน้อยและระวังไม่ให้เกิดการสำลัก

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว และการป้องกันการสำลัก

ผู้ป่วยรายที่ 2 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...รู้สึกไม่มั่นใจเลยกลัวตัวเองทำไม่ได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน พบว่า ผู้ดูแลไม่วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ จึงกล่าวชื่นชมในขั้นตอนที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ดีและบอกผู้ดูแลว่าก่อนการให้อาหารทางสายยาง ควรวัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอทุกครั้ง ผู้ดูแลบอกว่าจะพยายามไม่ลืมและจะทำทุกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแล ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ ทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง แต่ผู้ดูแลบอกว่าบางครั้งขณะให้อาหารทางสายยางไม่ได้จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งเนื่องจากบางครั้งไม่มีใครอยู่บ้านเลยไม่มีใครช่วยให้ผู้ป่วยนั่ง จึงแนะนำให้ผู้ดูแลจัดที่นอนให้ผู้ป่วยนอนชิดกำแพงบ้านและให้จัดท่าโดยให้ผู้ป่วยนั่งพิงกำแพงบ้านแทนการนั่งเก้าอี้ขณะให้อาหารทางสายยาง

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยรายที่ 3 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...กลัวจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่มั่นใจว่าจะทำได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน พบว่า ผู้ดูแลไม่วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ จึงกล่าวชื่นชมในขั้นตอนที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ดี และบอกผู้ดูแลว่าก่อนการให้อาหารทางสายยางควรวัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอทุกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแล ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการขับถ่ายได้ วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง แต่ผู้ดูแลบอกว่าบางครั้งไม่ได้พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง จึงอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการนั่งหรือนอนในท่าเดิมนาน ๆ จะทำให้เกิดแผลกดทับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจและบอกถึงข้อดีของการให้การดูแลอย่างถูกวิธี

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยรายที่ 4 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...ที่โรงพยาบาลกับที่บ้านต่างกัน ไม่มั่นใจเลยกลัวจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน พบว่า ผู้ดูแลไม่วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ จึงกล่าวชื่นชมในขั้นตอนที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ดี และบอกผู้ดูแลว่าก่อนการให้อาหารทางสายยางควรวัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอทุกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแล ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการขับถ่ายได้ วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง แต่ผู้ดูแลบอกว่าบางครั้งไม่ได้นวดปมกระดูกให้ผู้ป่วย จึงอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการนวดบริเวณปมกระดูกสามารถช่วยไม่ให้เกิดแผลกดทับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยรายที่ 5 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบเนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอนหลังจากนั้นได้กล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นโดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...เมื่อทำครั้งแรกแล้วทำได้ก็มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น...”

จากการประเมินผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดีเมื่ออาบน้ำเช็ดตัวแล้วก่อนใส่เสื้อผ้าผู้ดูแลจะนวดตามปุ่มกระดูกแต่ผู้ดูแลบอกว่าไม่ได้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยก็นั่งบนรถเข็น จึงอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการนั่งหรือนอนในท่าเดิมนาน ๆ จะทำให้เกิดแผลกดทับได้ ผู้ดูแลจึงกล่าวว่า

“...ต่อไปจะพยายามเปลี่ยนท่าไมให้นั่งหรือนอนในท่าเดิมนาน ๆ...”

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยบ่อยขึ้น ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ และไม่มีปอดอักเสบ โดยหลังทานข้าวเสร็จผู้ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันทุกครั้ง ให้รับประทานอาหารชิ้นเล็กเคี้ยวง่ายและระวังไม่ให้เกิดการสำลัก

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว และการป้องกันการสำลัก

ผู้ป่วยรายที่ 6 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...กลับมาอยู่บ้าน กลัวจะดูแลไม่ได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอนหลังจากนั้นได้กล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินผู้ดูแล ทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดี หลังจากนั้นผู้ดูแลติดต่อกลับมา ก่อนนัดหมายเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมทานยา เพราะมีภาวะเครียดจากโรคที่เป็น ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ป่วยยอมทานยา

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยไม่มีผลกดทับ และไม่มีปอดอักเสบ โดยหลังทานข้าวเสร็จผู้ดูแลให้ผู้ป่วยแปรงฟันทุกครั้ง รับประทานอาหารขึ้นเล็ก เคี้ยวง่ายและระวังไม่ให้เกิดการสำลัก

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว และการป้องกันการสำลัก

ผู้ป่วยรายที่ 7 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...กลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่มั่นใจเลยว่า จะดูแลได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน หลังจากนั้นได้กล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินผู้ดูแล ทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดี แต่ผู้ดูแลบอกว่า

“...ไม่ได้พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพราะบางครั้งมัวทำอย่างอื่นยุ่งเลยลืมไป...”

ผู้วิจัยจึงกล่าวให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว หลังจากนั้นผู้ดูแลติดต่อกลับมา ก่อนนัดหมายเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมทานยา ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ป่วยยอมทานยา

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ตามที่แนะนำ ผู้ป่วยไม่มีผลกดทับ และไม่มีปอดอักเสบ

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว และการป้องกันการสำลัก

ผู้ป่วยรายที่ 8 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอน พบว่า ผู้ดูแลไม่วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะ จึงกล่าวชื่นชมในขั้นตอนที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ดี และบอกผู้ดูแลว่าก่อนการให้อาหารทางสายยางควรวัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอทุกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแล ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการขับถ่ายได้ วัดปริมาณอาหารในกระเพาะอาหารก่อนการให้อาหารทางสายยาง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะทุกครั้งก่อนให้อาหารทางสายยาง

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผู้ป่วยรายที่ 9 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า

“...ไม่มั่นใจเลยว่าจะดูแลได้...”

ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอนหลังจากนั้นได้กล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดี แต่ผู้ดูแลบอกว่า

“...ไม่ได้ให้ผู้ป่วยแปรงฟันทุกครั้งหลังกินข้าวเสร็จ...”

ผู้วิจัยจึงกล่าวให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการแปรงฟันโดยกล่าวว่า การแปรงฟันหลังทานข้าวจะไม่ทำให้เศษอาหารที่ติดในช่องปากเข้าไปสู่ลำกล้องปอด

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่แนะนำ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ และไม่มีปอดอักเสบ

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 10 ระหว่างเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์แรกที่จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้สอนก่อนจำหน่ายทุกขั้นตอนหลังจากนั้นได้กล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลทำได้ดีและทำได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการประเมินผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยได้ดี มีบางครั้งที่ไม่ได้พลิกตะแคงตัว ไม่นวดตามปุ่มกระดูกและไม่ให้ผู้ป่วยแปร่งฟันตามที่แนะนำ จึงให้กำลังใจและให้เห็นความสำคัญในการทำกิจกรรมดังกล่าว

สัปดาห์ที่ 3 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่แนะนำ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ และไม่มีปอดอักเสบ

สัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เห็นความสำคัญในการพลิกตะแคงตัว และการป้องกันการสำลัก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2560 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประกอบด้วย ชุดเครื่องมือ 4 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ Braden's Score และแบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) และตรวจสอบการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.984 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยและวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบโดยประเมินผลก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41-59 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 40 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 40 รายได้รวมของครอบครัวไม่พอใช้และมีหนี้ ร้อยละ 70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ คู่สมรส ร้อยละ 40 และบุตร ร้อยละ 40 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 90 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 ใช้สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 90 ป่วยเป็นหลอดเลือดสมองขาดเลือดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 40 ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์เมื่อกลับบ้าน คิดเป็นร้อยละ 60

3. ผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบ และแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า

3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2 ผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัยที่ว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกัน ปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายในเรื่องแผลกดทับ และปอดอักเสบระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน

5.2 อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ทฤษฎีของแบนดูรามาใช้โดยการกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตนเอง ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนและสาธิตโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติจริงและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและมีการทบทวน ให้ผู้ดูแลปฏิบัติซ้ำจนเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงและทบทวนปฏิบัติจน เกิดความมั่นใจมากขึ้น ประสพการณ์ของบุคคลอื่นโดยการใช้ตัวแบบ ผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตให้ผู้ดูแลดู เป็นตัวอย่างหลังจากนั้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติ และนอกจากนี้ผู้ดูแลได้คัดเลือกผู้ดูแลดีเด่นที่สามารถดูแล ผู้ป่วยได้ดีมาช่วยในการเป็นตัวแบบโดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลที่เหลือผ่าน การสื่อสารผ่านภาพและเสียง (Video calling) ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้กลับไปทบทวนที่บ้านได้เองส่งผล

ให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้น การใช้คำพูดชักจูง เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งแบนดูราได้กล่าวไว้ว่า การใช้คำพูดชักจูงไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ถ้าจะให้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้อง ภาวะทางสรีรวิทยาและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจึงได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลและพูดคุยเพื่อให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผลที่ได้รับซึ่งจากผลการทดลองที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประยุกต์ทฤษฎีของแบนดูรามามีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ นิชิชิมา ศรีจันงค์ (2553) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแล การใช้ตัวแบบในการแจกคู่มือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลทางโทรศัพท์ และการดูวิดีโอที่ศึนซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยเมื่อได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองแก่ญาติผู้ดูแลที่ประยุกต์ทฤษฎีของแบนดูรามามีผลต่อการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลังเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และหลังเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และการศึกษาของ สวรินทร์ หงษ์สร้อย (2556 : 77-89) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถมีคะแนนมากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของ นิภาพร ประจัญบาน (2550) เกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่ในโปรแกรม ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายร่วมกับญาติ การสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการโทรศัพท์ถามอาการทั้งหมด 3 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับแผลกดทับและปอดอักเสบ ระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเริ่มโปรแกรม และการติดตามผลของโปรแกรมหลังจำหน่ายใน 28 วัน ผลการศึกษา พบว่า สภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองไม่เกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายในเรื่องแผลกดทับและปอดอักเสบระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลของโปรแกรมไม่แตกต่างกันซึ่งสามารถอธิบายผลได้ว่า เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทำให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองโดยหลังการทดลองและระยะติดตามผลจะมีคะแนนเฉลี่ยมากขึ้น และเมื่อประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่เมื่อให้ความรู้ความสามารถและความมั่นใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลงดังงานวิจัยของ นิชิธิตา ศรีจันทร์ (2553) ที่ได้ศึกษาโดยการให้โปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนแก่ญาติผู้ดูแล จำนวน 30 ราย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยทั้ง 30 ราย ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ และคณะ (2552 : 117-129) ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า หลังได้รับแผนการดูแลผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนเช่นกัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลของกลุ่มตัวอย่างไปในระยะยาวกว่านี้เนื่องจากถ้ามีการดูแลที่ยาวนานขึ้นผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดหรือหมดกำลังใจในการดูแลซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
2. ควรมีการเพิ่มกลุ่มในการทดลอง
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอื่น ๆ
4. แต่ละโรงพยาบาลควรมีหน่วยงานที่มีการติดตามผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษา

บรรณานุกรม

- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2540) **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ. (2554) **การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลรามารชิบัติ.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. (2558) **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหัวเฉียว (2557 - 2558)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลหัวเฉียว.
- จารึก ธานีรัตน์. (2545) **ผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ. (2555) “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ” **วารสารกองการพยาบาล**. 39 (2) หน้า 51-56.
- จินตนา สมนึก. (2540) **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธัญญาภรณ์ ดาวันพแก้ว. (2547) **ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรนุช ห้านิธิศัย. (2556) “การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. 21 (7) หน้า 634-639.
- นงนุช เพ็ชรรุ่ง และคณะ. (2556) “การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน” **วารสารพยาบาลทหารบก**. 14 (1) หน้า 25-34.
- นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล. (2549) “ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอห้กระยะพักฟื้น” **วารสารสงขลานครินทร์**. 25 (1) หน้า 19-27.
- นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2550) **แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโดยทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิชธิมา ศรีจำนงค์. (2553) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. (2557) “ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลต่อที่บ้าน” วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 28 (3) หน้า 30-40.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544) *Epidemiology of stroke*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภาพร ประจัญบาน. (2550) โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548) ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศรินทร์ รัตนาสีหิ. (2547) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้การรับรู้ความสามารถและความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ. (2550) การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อที่บ้านตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิติกานต์ บุรณภาพ. (2552) คู่มือดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต. กรุงเทพมหานคร : ยูโรปาเพรส.
- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2550) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : แอล.ที.เพรส.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545) **ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาลและภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา จริตรัมย์ และคณะ. (2556) **การศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขณะพักรักษาตัวที่บ้าน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/Nitaya.pdf> (20 ตุลาคม 2560)
- พาริตา อิบราฮิม. (2539) **การเปลี่ยนแปลงอัตโนทัศน์ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก : ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล**. กรุงเทพมหานคร : [ม.ป.พ.]
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย. (2558) **การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Year (DALY) : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556**. นนทบุรี : เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ยุพาพิน ศิริโพรงาม. (2539) “ญาติผู้ดูแลที่บ้านแนวคิดและปัญหาในการวิจัย” **รามาศิษย์เวชสาร**. 20 (1) หน้า 84-94.
- รจน์ เพ็งแก้ว. (2551) **การปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รังสรรค์ ชัยเสวีกุล. (2547) **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การรักษาทางอายุรกรรม**. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2556) **การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศิริราช.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2541) **สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช. (2552) **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร**. กรุงเทพมหานคร : เอ็นพี เพรส ลิมิเต็ด พาสเนอร์ชิฟ.
- วิไล คุปนิรติชัยกุล. (2553) “บทสรุปจากการศึกษาแบบสหสถาบันทะเบียนโรคการฟื้นฟู ผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองไทย” **เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร**. 20 (3) หน้า 103-108.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550) **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สภาการพยาบาล. (2551) **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่าง ๆ.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.tnc.or.th/news_detail.php?news_id=1476 (20 ตุลาคม 2560)
- สวรินทร์ หงษ์สร้อย. (2556) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด” **วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต.** 1 (1) หน้า 77-89.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554) **รายงานประจำปี 2553.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริชชา จิรจรรุภัทร. (2551) **การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุมาลี ชี้อธนาพรกุล. (2552) “Stroke Rehabilitation” ใน **ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู.** ภัทรารุช อินทรกำแหง, บรรณาธิการ. หน้า 139-149. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์.
- อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ และคณะ. (2556) “ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน” **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** 25 (1) หน้า 93-105.
- อรัญญา ไพรวลัย. (2550) **ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อุมา จันทวิเศษ และคณะ. (2552) “ผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” **สงขลานครินทร์เวชสาร.** 27 (2) หน้า 117-129.
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (1997) **Telephone nursing practice administration and practice standards.** Pitman, New Jersey : American Academy of Ambulatory Care Nursing.
- American Stroke Association Stroke. (2012) **Council Primary Prevention of Ischemic Stroke.** [Online] Available : <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/37/6/1583> (20 November 2560)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bakas, T. Austin et al. (2002) "Needs, concerns strategies and advice of stroke caregivers the first 6 month after discharge" **Journal of Neuroscience Nursing**. 34 page 245-251.
- Bandura, A. (1997) **Self-efficacy : The exercise of control**. New York : W. H. Freeman and Company.
- _____. (1986) **Social foundation of thoughts and action : A social cognitive theory**. Englewood Clifts : NJ Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988) **Statistical Power Analysis for the behavioral Sciences**. New Jersey : Hillsdale.
- Farzan, D.T. (1991) "Reintegration for stroke survivors : Home and community Considerations" **Nursing Clinics of North America**. 26 (3) page 1037-1047.
- Hickey, J. V. (2003) **The Cincial Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing**. 5th ed. Philadelphia : J. B. lippincott.
- Orem, D. E. (1995) **Nursing Concepts of practice**. 5th ed. St.Louis : Mosby- Year Book.
- Palm Frederick et al. (2010) **Common infections and the risk of stroke**. [Online] Available : http://www.mitpressjournals.org/doi/abs/10.1162/rest_a_00004 (20 November 2560)
- Smeltzer, S. C. B. G., Hinkle, J. L., and Cheever, K. H. (2009) **Text book of Medical – Surgical Nursing**. Philadelphia : lippincott.
- Wade DT. Langton-Hewer R. (1987) "Functional abilities after stroke : measurement, natural history and prognosis" **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. 18 page 177-182.
- World Health Organization. (2009) **Stroke : Cerebrovascular accident**. [Online] Available : http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en (20 November 2560)
- Word Stroke Organization (WSO). (2009) **World Stroke Day**. [Online] Available : <http://www.Word-Stroke.org.th>. (20 November 2560)
- Williams, A. (1994) "What bother caregivers of stroke victims" **Journal of Neuroscience Nursing**. 26 (5) page 155-161.
- Zhang, LF., Yang et al (2003) "Proportion of different subtypes of stroke in Chaina" **Stroke**. 34 page 2091-2096.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 17 กรกฎาคม 2560

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบ
และผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวจรรุวรรณ ปิยศิริฤกษ์

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 17 กรกฎาคม 2560

เลขที่รับรอง

อ.562/2560

วันที่ให้การรับรอง: 17 กรกฎาคม 2560

วันหมดอายุใบรับรอง: 16 กรกฎาคม 2562

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติม

ข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51-59 ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. ม่าย 4. หย่า 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ระดับประถมศึกษา
 3. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 4. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. ระดับอาชีวศึกษา 6. ระดับปริญญาตรี
 7. ระดับสูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1. รับจ้าง 2. รับราชการ
 3. ค้าขาย 4. รัฐวิสาหกิจ
 5. ไม่ได้ทำงาน 6. อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้โดยรวมของครอบครัว
 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ 2. เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ
 3. ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้ 4. ไม่พอใช้และมีหนี้
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. คู่สมรส 2. บุตร
 3. พี่น้อง 4. อื่น ๆ ระบุ
8. ผู้ดูแลรองที่ดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากท่าน
 1. ไม่มี 2. มีระบุ คน
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
 1. ไม่มีประสบการณ์ 2. มีประสบการณ์
10. ท่านมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพหรือไม่
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือ
เติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51-59 ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. ม่าย 4. หย่า 5. แยกกันอยู่
4. สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 1. ข้าราชการ 2. ประกันสังคม
 3. สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท 4. จ่ายเอง
 5. ผ่อนชำระกับสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล
5. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมคะแนน
3. การใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ใส่สายยางให้อาหาร ออกซิเจน สายปัสสาวะ เป็นต้น
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ในการทำกิจกรรมเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย	ระดับความมั่นใจของท่าน				
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1. การดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันก่อน และหลังอาหารทุกครั้ง					
2. การขับเสมหะและดูดเสมหะในกรณีไอ ขับเสมหะเองไม่ได้					
3. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจสะดวก					
4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ ได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
5. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาที่กำหนด					
6. การดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
7. การดูแลทำความสะอาดในการขับถ่าย					
8. การดูแลในเรื่องการทำความสะอาด ร่างกายผู้ป่วยโดยการเช็ดตัวให้ผู้ป่วย					
9. การช่วยออกกำลังกายขยับแขนขา เพื่อป้องกันข้อติดแข็งตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่พยาบาล					

สำหรับผู้วิจัย

แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบกรณาส่งเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ

มี ไม่มี

ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับให้ตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ระดับของแผลกดทับ.....
- ตำแหน่งของแผล.....
- รูปร่างของแผล.....
- ขนาดของแผล.....
- พื้นแผล.....

2. มีการไอขับและมีเสมหะเปลี่ยนสีจำนวนมาก

มี ไม่มี

3. ระดับอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส

มี ไม่มี

4. มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้ง/นาที

มี ไม่มี

5. ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ

มี ไม่มี

6. มีอาการเจ็บหน้าอก

มี ไม่มี

แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

วันที่.....ครั้งที่.....

เวลาที่เริ่มโทรศัพท์.....เวลาที่ยุติการโทรศัพท์.....

อาการทั่วไปของผู้ป่วย

คำแนะนำและการให้คำปรึกษา

- การดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่อง.....
- การดูแลเรื่องอุปกรณ์ NG tube Foley catheter อื่น ๆ ระบุ.....

ปัญหาที่พบ.....

คำแนะนำที่ให้.....

- การแนะนำเรื่องแผลกดทับ.....
- การแนะนำเรื่องปอดติดเชื้อ.....
- การให้กำลังใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย.....
- การให้คำปรึกษาเรื่องอื่น ๆ

ความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยรายนี้

- จำเป็น ไม่จำเป็น

การนัดติดตามโทรศัพท์ครั้งต่อไปวันที่.....

ภาคผนวก ค
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล
อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ง
ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ความมั่นใจในการดูแลช่องปากและความสะอาดของร่างกาย	-1	-1	0	-0.66	แก้ไขและนำไปใช้
2. การดูแลผู้ป่วยในการขับเสมหะและดูดเสมหะในกรณีไอขับเสมหะเองไม่ได้	-1	-1	1	-0.33	แก้ไขและนำไปใช้
3. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจสะดวก	1	-1	1	0.66	นำไปใช้
4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล	-1	1	1	0.66	นำไปใช้
5. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง	1	-1	1	0.66	แก้ไขและนำไปใช้
6. การดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล	0	1	1	0.66	นำไปใช้
7. การดูแลทำความสะอาดในการขับถ่าย	0	1	1	0.66	นำไปใช้
8. มีความมั่นใจในการป้องกันแผลกดทับเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีรอยแดงที่ผิวหนัง	0	-1	0	-0.33	ตัดทิ้ง
9. มีความมั่นใจในการช่วยออกกำลังกายผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล	0	-1	0	-0.33	แก้ไขและนำไปใช้
10. มีความมั่นใจในการประเมินอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์	0	-1	1	-0.33	ตัดทิ้ง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในหรือเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1	1	1	1	นำไปใช้
2. อายุ <input type="checkbox"/> 20-30 ปี <input type="checkbox"/> 31-40 ปี <input type="checkbox"/> 41-50 ปี <input type="checkbox"/> 51-59 ปี	1	1	1	1	นำไปใช้
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> ม่าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	1	1	1	1	นำไปใช้
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> ระดับประถมศึกษา <input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> ระดับอาชีวศึกษา <input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	1	1	1	1	นำไปใช้
5. อาชีพ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ค้าขาย <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	1	1	1	1	นำไปใช้
6. รายได้โดยรวมของครอบครัว <input type="checkbox"/> เพียงพอและมีเงินเก็บ <input type="checkbox"/> เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ <input type="checkbox"/> ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้ <input type="checkbox"/> ไม่พอใช้และมีหนี้	1	1	1	1	นำไปใช้
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> พี่น้อง <input type="checkbox"/> อื่นระบุ.....	1	1	1	1	นำไปใช้

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
8. ผู้ดูแลรองที่ดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากท่าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ.....คน	1	1	1	1	นำไปใช้
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มีประสบการณ์ <input type="checkbox"/> มีประสบการณ์	1	1	1	1	นำไปใช้
10.ท่านมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	1	1	1	1	นำไปใช้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
11. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1	1	1	1	นำไปใช้
12. อายุ <input type="checkbox"/> 20-30 ปี <input type="checkbox"/> 31-40 ปี <input type="checkbox"/> 41-50 ปี <input type="checkbox"/> 51-59 ปี	1	1	1	1	นำไปใช้
13. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> ม่าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	1	1	1	1	นำไปใช้
14. สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท <input type="checkbox"/> จ่ายเอง <input type="checkbox"/> ผ่อนชำระกับสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล	1	1	1	1	นำไปใช้
15. โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	1	1	1	1	นำไปใช้
16. การวินิจฉัยโรค	1	1	1	1	นำไปใช้
17. ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม คะแนน	1	1	1	1	นำไปใช้
18. การใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ใส่สายยางให้อาหาร ออกซิเจน สายปัสสาวะ เป็นต้น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุ	1	1	1	1	นำไปใช้

แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	1	-1	1	0.66	นำไปใช้
ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับให้ตอบ คำถามดังต่อไปนี้	1	1	1	1	นำไปใช้
- ระดับของแผลกดทับ	1	1	1	1	นำไปใช้
- ตำแหน่งของแผล	1	1	1	1	นำไปใช้
- รูปร่างของแผล	1	1	1	1	นำไปใช้
- ขนาดของแผล	1	1	1	1	นำไปใช้
- พื้นแผล	1	1	1	1	นำไปใช้
2. มีอาการไอเพิ่มขึ้นจากปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	0	1	0	0.33	ตัดทิ้ง
3. ระดับอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	1	1	1	1	นำไปใช้
4. อาการหายใจเหนื่อย อัตรา การหายใจ ≥ 25 ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	1	1	1	1	นำไปใช้
5. ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	1	1	1	1	นำไปใช้
6. มีเสมหะสีเหลืองขุ่น และ มีปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	1	1	0	0.66	นำไปใช้

ภาคผนวก จ

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดอักเสบและแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาขึ้นมาจากแนวความคิดของเบนดูราที่เชื่อว่าบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่า คนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หากมีการสร้างเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้ของ เบนดูรา จะเห็นว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้จากตัวแบบและสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามตัวแบบได้โดยบุคคลจะต้องมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตาม การรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินได้ว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถนะดูแลผู้ป่วยในการป้องกันปอดอักเสบ และแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสม และมีความมั่นใจในการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

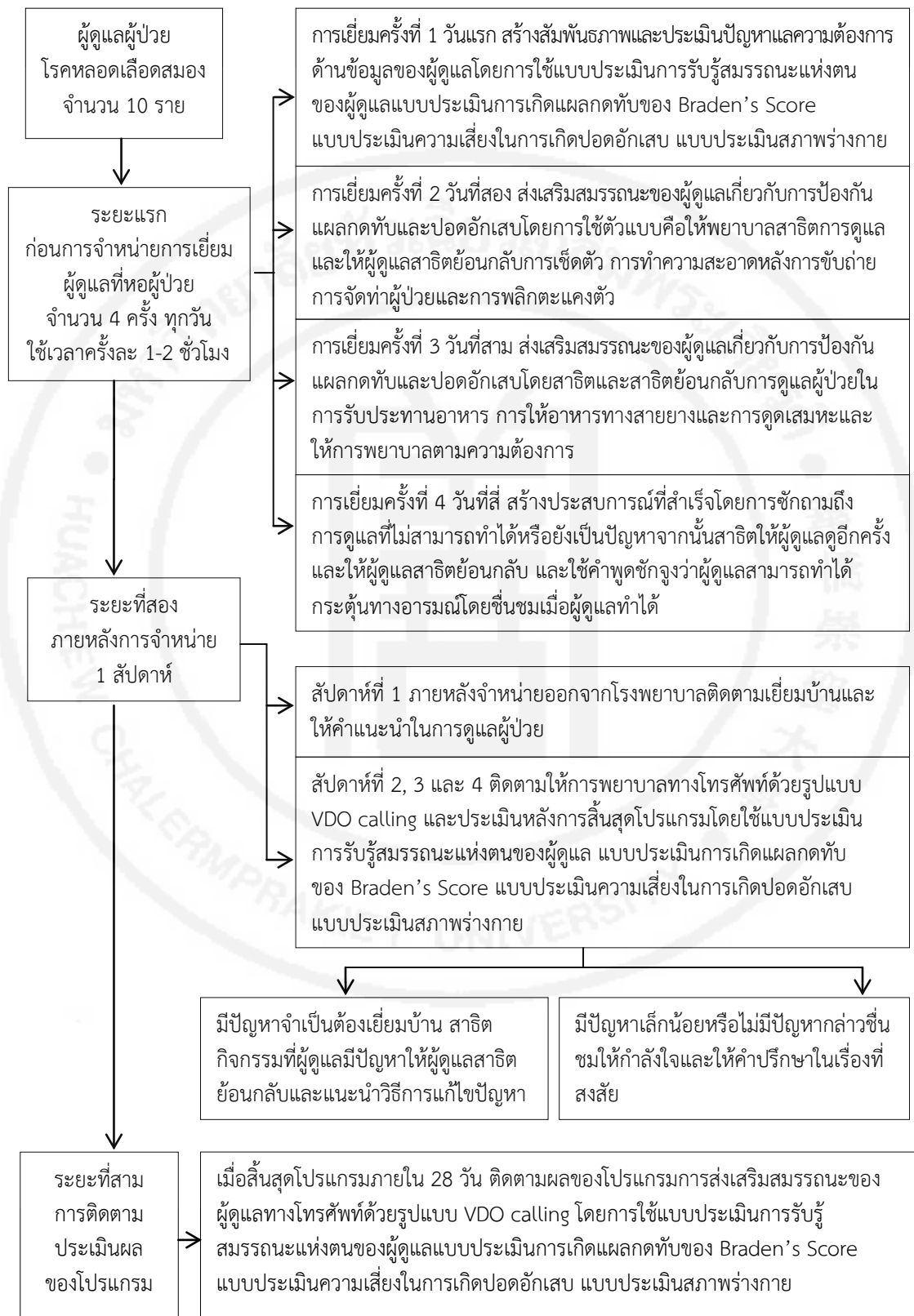
สถานที่

1. หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ที่พักอาศัยของผู้ป่วย

เครื่องมือ

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล
2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
3. แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score
4. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของ นิชธิมา ศรีจํานงค์ (2553)
5. แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



รายละเอียดและการดำเนินงานมีดังนี้

เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ตามคุณสมบัติและความสมัครใจเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังนี้

ระยะที่หนึ่ง ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยค้นหาผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ครั้ง เยี่ยมติดต่อกันทุกวัน โดยใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 1-2 ชั่วโมง

การเยี่ยมครั้งที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - 1.1 แนะนำตนเองโดยการบอกชื่อ นามสกุล หน้าที่ปัจจุบัน
 - 1.2 บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และลงนามการเข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและพิกษสิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 - 1.3 ขอเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลและให้เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัยติดต่อแก่ผู้ดูแล โดยแจ้งให้ทราบว่าเมื่อกลับบ้านผู้วิจัยจะโทรไปติดตามเพื่อประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน หากผู้ดูแลมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือสามารถติดต่อสอบถามได้ในช่วงเวลา 08-17.00 น. ของทุกวัน
2. ประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
 - 2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - 2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
 - 2.4 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score
 - 2.5 แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติม

ข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51-59 ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. ม่าย 4. หย่า 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ระดับประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5. ระดับอาชีวศึกษา	<input type="checkbox"/> 6. ระดับปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 2. รับราชการ
<input type="checkbox"/> 3. คำขาย	<input type="checkbox"/> 4. รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้โดยรวมของครอบครัว

<input type="checkbox"/> 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ	<input type="checkbox"/> 2. เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ
<input type="checkbox"/> 3. ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	<input type="checkbox"/> 4. ไม่พอใช้และมีหนี้
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส	<input type="checkbox"/> 2. บุตร
<input type="checkbox"/> 3. พี่น้อง	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ
8. ผู้ดูแลรองที่ดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มีระบุ คน
-----------------------------------	---
9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีประสบการณ์	<input type="checkbox"/> 2. มีประสบการณ์
---	--
10. ท่านมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ
-----------------------------------	---

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจงให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือ
เติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51-59 ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. ม่าย 4. หย่า 5. แยกกันอยู่
4. สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 1. ข้าราชการ 2. ประกันสังคม
 3. สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท 4. จ่ายเอง
 5. ผ่อนชำระกับสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล
5. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ

สำหรับผู้วิจัย

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระดับคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม.....คะแนน
3. การใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ใส่สายยางให้อาหาร ออกซิเจน สายปัสสาวะ เป็นต้น
 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ในการทำกิจกรรมเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย	ระดับความมั่นใจของท่าน				
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1. การดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันก่อนและ หลังอาหารทุกครั้ง					
2. การขับเสมหะและดูดเสมหะในกรณีไอ ขับเสมหะเองไม่ได้					
3. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจสะดวก					
4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำได้ ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
5. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาที่กำหนด					
6. การดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
7. การดูแลทำความสะอาดในการขับถ่าย					
8. การดูแลในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยโดยการเช็ดตัวให้ผู้ป่วย					
9. การช่วยออกกำลังกายขยับแขนขาเพื่อ ป้องกันข้อติดแข็งตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พยาบาล					

สำหรับผู้วิจัย

แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบกรูณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ

มี ไม่มี

ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับให้ตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ระดับของแผลกดทับ.....
- ตำแหน่งของแผล.....
- รูปร่างของแผล.....
- ขนาดของแผล.....
- พื้นแผล.....

2. มีการไอขับและมีเสมหะเปลี่ยนสีจำนวนมาก

มี ไม่มี

3. ระดับอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส

มี ไม่มี

4. มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้ง/นาที

มี ไม่มี

5. ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ

มี ไม่มี

6. มีอาการเจ็บหน้าอก

มี ไม่มี

การเยี่ยมชมครั้งที่ 2 การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. ญาติผู้ดูแลสามารถบอก ความหมาย ประเภท อาการ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองได้</p>	<p>โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการของ โรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียน ของเลือดไปที่สมองทำให้สมองขาดเลือด ไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสีย การทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้น ควบคุมอยู่อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มี อาการนำมาก่อนประเภทของโรคหลอดเลือด สมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน อาการของโรค หลอดเลือดสมอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของ ร่างกายทันทีทันใด 2. อาการตามัวหรือมองไม่เห็น ทันทีทันใดโดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว 3. พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่ เข้าใจคำพูดทันทีทันใด 4. ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน 	<p>อธิบายความหมาย ประเภท อาการ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ซักถามผู้ดูแล</p>

การเยี่ยมครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>5. เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินลำบากหรือเป็นลม</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิตสูง 2. การสูบบุหรี่ 3. โรคเบาหวาน 4. โรคหัวใจ 5. ภาวะไขมันในเลือดสูง <p>ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น</p> <p>แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง ท้องผูก และการขาดสารอาหาร เป็นต้น</p>			
<p>2. ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับได้</p>	<p>1. การดูแลทำความสะอาดผิวหนัง</p> <p>เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเสื้อผ้าวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น</p>	<p>สาธิตการเช็ดตัว การดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่าย</p> <p>การพลิกตะแคงตัว และการจัดท่านอน</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ</p>

การเย็บครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>- การเช็ดตัวในรายที่ผู้ป่วย ไม่สามารถอาบน้ำได้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นำกะละมังและเครื่องใช้ต่าง ๆ มาวางที่โต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย 2. เลื่อนตัวผู้ป่วยให้ชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลยืนอยู่ หนุนหมอน หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียง ประมาณ 1 ฟุต คลุมผ้าเช็ดตัวที่หน้าอก ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน แต่ถ้าผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ให้ทำความสะอาดปากและฟันให้ 3. ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก ใช้ผ้าเช็ดตัวปิดแทน เปิดเฉพาะส่วนที่จะเช็ดเท่านั้น ใช้ผ้าชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดให้ทั่วใบหน้า หู จมูก คอ และใช้ผ้าอีกผืนชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่ เช็ดให้ทั่วและเช็ดด้วยน้ำจนสะอาดและซับให้แห้ง 			

การเย็บครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. เช็ดช่วง ออก และหน้าท้องด้วยวิธีเดียวกันจนสะอาด ซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ เช็ดแขนด้านที่อยู่ใกล้ตัวก่อน ด้วยสบู่และเช็ดด้วยน้ำจนสะอาด ซับให้แห้ง ย้ายมาเช็ดแขนข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน เสร็จแล้วแช่มือในกะละมัง ฟอกและล้างมือให้สะอาด ซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ เช็ดขาด้านที่อยู่ใกล้ตัวก่อน แล้วจึงเช็ดข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกันเสร็จแล้วแช่เท้าในกะละมัง ฟอกและล้างเท้าให้สะอาดซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ</p> <p>5. ผู้ดูแลเดินกลับไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ดูแล ใช้ผ้าเช็ดตัวปูแนบหลังผู้ป่วยจนถึงคอ เพื่อป้องกันการเปียกน้ำ เช็ดหลังจนถึงคอด้วยน้ำสบู่เช็ดตามด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง เสร็จแล้วทาแป้ง และควรรวดหลังให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดและป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p>			

การเย็บครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>6. ให้ผู้ป่วยนอนหงายและทาแป้ง ใส่เสื้อและกางเกง ทวีผมให้เรียบร้อย</p> <p>7. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลทำความสะอาดภายหลังซัปดาห์ 1. เปลี่ยนแผ่นรองกันเปื้อนอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังการซัปดาห์ทุกครั้ง 2. ทำความสะอาดหลังการซัปดาห์ทุกครั้ง 3. สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่รองแผ่นกันเปื้อน รอยแดง ผื่น แผล <p>2. การจัดทำนอน</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. พลิกตะแคงตัวจัดทำผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 2. นวดผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับภายหลังพลิกตะแคงตัวเมื่อมีรอยแดงทุกครั้ง 3. ใช้ถุงมือใส่น้ำหรือหมอนหรือผ้านุ่ม ๆ พับรองบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับ <p>การจัดทำนอนนอนหงาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หมอนไม่ควรให้สูงมาก - ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง 			

การเย็บครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<ul style="list-style-type: none"> - แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว - ข้อมือตรงจะคว่ำหรือหงายข้อมือก็ได้ - ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข้าให้ข้อ เข่างอเล็กน้อย - ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็ก ๆ รอง ด้านล่างของข้อเท้าเพื่อให้เท้าตั้งตรงป้องกัน แผลกดทับ <p style="text-align: center;">การจัดทำนอนตะแคงทับข้างที่ปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย - แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรงควรมีหมอน รองใต้แขน ยื่นแขนไปข้างหน้า - ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน - ข้อมือตรงนิ้วมือเหยียดออก - สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรอง ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าและข้อเข่า ประมาณ 30 องศา 			

การเยี่ยมครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>การจัดทำนอตตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย - สะโพกและเข่าข้างดี มีหมอนรองใต้ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า - แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรงหงายมือ - ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดขา เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าที่ปกติ <p>3. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการออกกำลังกาย</p> <p>4. ระวังอุบัติเหตุที่เกิดกับผิวหนัง เช่น การกระแทก ของมีคม เป็นต้น</p>			
<p>3. ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อได้</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค ตามแต่โรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เบาหวาน ไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง 	<p>สาธิตและอธิบายการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานอาหารและการดูดเสมหะ</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ</p>

การเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่สาม) ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับและปอดอักเสบ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทาน เช่น ไม้ดู่ทิวี เพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ ให้ความเวลาในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย</p> <p>3. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรืออนอนศีรษะสูง ก้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ขณะรับประทานอาหาร ที่มีลักษณะเป็นเส้น ชื้นยาวใหญ่ ควรตัดหรือหั่นให้ชิ้นเล็ก ควรดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน ผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนลำบาก สำลักรควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุดโดยให้เริ่มอาหารบด หรือปั่นชั้น เช่น มันบด สังขยา ต่อมารองให้อาหารอ่อนชั้น เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่ม ๆ จนสามารถกลืนได้จึงให้อาหารธรรมดา เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก จนสามารถรับประทานอาหารที่เป็นน้ำได้ เช่น น้ำ นม น้ำผลไม้</p>			

การเย็บครั้งที่ 3 (วันที่สาม) (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มน้ำที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง</p> <p>5. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มน้ำที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง</p> <p>6. แปรงฟัน บ้วนปาก ล้างเศษอาหารที่เหลือค้างในกระพุ้งแก้มด้านที่อ่อนแรงออกให้หมดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร</p> <p>การให้อาหารทางสายยาง หมายถึง การให้อาหารเหลวผ่านทางสายอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรงวิธีการให้อาหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงหรือกึ่งนั่งกึ่งนอน เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่หลอดลม 2. ใส่ผ้ากันเปื้อนให้ผู้ป่วย 3. ล้างมือให้สะอาด 			

การเย็บครั้งที่ 3 (วันที่สาม) (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. เช็ดปลายสายด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก</p> <p>5. ตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร โดยต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหาร ทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหาร หรือมีอาหารเหลือค้างหรือไม่ ดูดเอาอาหารที่ค้างเก่าในกระเพาะอาหารออก ถ้ามากกว่า 100 ซีซี ให้คืนกลับเข้าไปซ้ำ ๆ และเลื่อนเวลาให้อาหารออกไป หรืออาจต้องงดอาหารมือนั้น แต่ถ้ามีอาหารไม่เกิน 70 ซีซี ให้คืนกลับ ซ้ำ ๆ และให้อาหารต่อได้</p> <p>6. การให้อาหาร ยา และน้ำ ต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหารเทอาหารเหลวลงช้า ๆ ยกกระบอกอาหารสูงจากตัวผู้ป่วยประมาณ 50 ซีซี คอยเติมอาหารเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันอากาศเข้าไปในกระเพาะอาหาร เตรียมยาหลังอาหารให้พร้อม โดยบดให้ละเอียด ให้อาหารหลังอาหารและให้น้ำตามประมาณ 50 ซีซี เพื่อเป็นการล้างสายให้สะอาด หลังให้อาหารเสร็จ</p>			

การเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่สาม) (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ยกสายยางให้สูงขึ้นเพื่อไม่ให้อาหารไหลย้อนออกมาคา สาย ใช้จุกปิดสาย เช็ดสายให้สะอาด ปิดด้วยก๊อชหลัง ให้อาหาร ปิดจุกสายให้อาหารให้แน่น ปิดด้วยก๊อช</p> <p>7. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหัวสูงนาน 30-60 นาที</p> <p>8. เก็บข้าวของเครื่องใช้ ล้างทำความสะอาด</p> <p>9. เวลาที่เหมาะสมในการให้อาหารทางสายยาง ได้แก่ เวลา 06.00 น. 10.00 น. 14.00 น. 18.00 น. และ 22.00 น.</p> <p>หมายเหตุ สามารถให้น้ำระหว่างมื้ออาหารได้ขณะให้อาหารถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักให้หยุดทันที ถ้าหยุดไอให้ลองให้ต่อ ถ้ายังไออยู่ให้หยุดให้อาหารและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์</p> <p>10. หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมไม่เกิน 2 นิ้ว ให้ดันสายอาหารกลับเข้าตำแหน่งเดิมและทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่</p> <p>11. หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมมากกว่า 2 นิ้ว ให้ปรึกษาแพทย์ที่คลินิก หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ห้ามให้อาหารโดยเด็ดขาด</p>			

การเย็บครั้งที่ 3 (วันที่สาม) (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>การดัดเสมหะทางปาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกผู้ป่วยว่าจะดัดเสมหะทุกครั้ง 2. ล้างมือให้สะอาด 3. เปิดเครื่องดัดเสมหะ 4. ใช้มือซ้ายพับสายยางจากเครื่องดัดเสมหะเพื่อไม่ให้เกิดแรงดูดส่วนมือขวาจับสายดัดเสมหะใส่ลงในท่อหายใจลึกประมาณ 5-6 นิ้วปล่อยมือซ้ายที่พับสายยางออก มือขวาค่อย ๆ จับสายขึ้นมาขณะที่เครื่องดัดเสมหะออกมาและจับสายวนเป็นวงรอบ ๆ ขณะจับสายขึ้นมาจะช่วยดัดเสมหะได้มากขึ้น การดัดเสมหะแต่ละครั้งต้องทำด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวลและดูดซ้ำภายหลังให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะ ๆ จนผู้ป่วยหายใจโล่ง 5. จับสายดัดเสมหะจุ่มลงในขวดน้ำประปาเขย่าสายให้เสมหะที่ติดภายในออก 6. ถ้าผู้ป่วยมีเสมหะมากต้องดัดเสมหะให้ผู้ป่วยบ่อยครั้ง 			

การเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่สี่) สร้างประสบการณ์ที่สำเร็จและให้กำลังใจ

- ให้ผู้ดูแลพิจารณาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโดยการซักถามผู้ดูแลว่าจากการเยี่ยมครั้งที่ 2 และ 3 มีการดูแลส่วนใดที่ไม่สามารถทำได้หลังจากนั้นสาธิตให้ผู้ดูแลดูอีกครั้ง
 - สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลดูเป็นตัวอย่าง
 - กล่าวชื่นชมให้กำลังใจว่าผู้ดูแลสามารถทำได้
 - ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเพื่อฝึกประสบการณ์ที่สำเร็จ
 - ชื่นชมผู้ดูแลในกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้
 - ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสคุยโทรศัพท์และ/หรือพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจริงที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีพร้อมทั้งชี้แจงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวกแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้โทรมาปรึกษาเรื่องการดูแล รวมถึงปัญหาต่าง ๆ

ระยะที่สอง ภายหลังจากจำหน่าย 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาของผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย โดยสอบถามถึงการนำความรู้ที่ได้รับก่อนการจำหน่ายไปปฏิบัติว่า ประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร หากประสบผลสำเร็จผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากไม่ประสบผลสำเร็จผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาสาเหตุและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลระบายความในใจในช่วงเวลาที่กลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามผลต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) ตามแบบบันทึกที่สร้างไว้ผู้ป่วย โดยสอบถามถึงการนำความรู้ที่ได้รับก่อนการจำหน่ายไปปฏิบัติว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่อย่างไร หากประสบผลสำเร็จผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากไม่ประสบผลสำเร็จผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาสาเหตุและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลในกรณีที่แก้ปัญหาทางโทรศัพท์ไม่ได้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้งโดยสาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลและแนะนำวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ผู้ดูแลระบายความในใจในช่วงเวลาที่กลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุดคุยให้กำลังใจ

ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์โดยผ่านภาพและเสียง (Video calling) โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ประเมินการเกิดแผลกดทับและประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังการสิ้นสุดโปรแกรม



แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ในการทำกิจกรรมเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย	ระดับความมั่นใจของท่าน				
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1. การดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันก่อน และหลังอาหารทุกครั้ง					
2. การขับเสมหะและดูดเสมหะในกรณีไอ ขับเสมหะเองไม่ได้					
3. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจสะดวก					
4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ ได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
5. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาที่ กำหนด					
6. การดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
7. การดูแลทำความสะอาดในการขับถ่าย					
8. การดูแลในเรื่องการทำความสะอาด ร่างกายผู้ป่วยโดยการเช็ดตัวให้ผู้ป่วย					
9. การช่วยออกกำลังกายขยับแขนขาเพื่อ ป้องกันข้อติดแข็งตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่พยาบาล					

สำหรับผู้วิจัย

แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบกรณาส่งเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ

มี ไม่มี

2. ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับให้ตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ระดับของแผลกดทับ.....

- ตำแหน่งของแผล.....

- รูปร่างของแผล.....

- ขนาดของแผล.....

- พื้นแผล.....

3. มีการไอขับและมีเสมหะเปลี่ยนสีจำนวนมาก

มี ไม่มี

4. ระดับอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส

มี ไม่มี

5. มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้ง/นาที

มี ไม่มี

6. ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ

มี ไม่มี

7. มีอาการเจ็บหน้าอก

มี ไม่มี

แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

วันที่.....ครั้งที่.....

เวลาที่เริ่มโทรศัพท์.....เวลาที่ยุติการโทรศัพท์.....

อาการทั่วไปของผู้ป่วย

.....

คำแนะนำและการให้คำปรึกษา

การดูแลกิจวัตรประจำวัน เรื่อง.....

การดูแลเรื่องอุปกรณ์ NG tube Foley catheter อื่น ๆ ระบุ.....

ปัญหาที่พบ.....

คำแนะนำที่ให้.....

การแนะนำเรื่องแผลกดทับ.....

การแนะนำเรื่องปอดติดเชื้อ.....

การให้กำลังใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย.....

การให้คำปรึกษาเรื่องอื่น ๆ

.....

.....

ความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยรายนี้

จำเป็น ไม่จำเป็น

การนัดติดตามโทรศัพท์ครั้งต่อไปวันที่.....

ระยะที่สาม ระยะติดตามผลของโปรแกรม

28 วัน หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์โดยการใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลแบบประเมินการเกิดแผลกดทับของ Braden's Score แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบ

Follow-up test

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ในการทำกิจกรรมเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย	ระดับความมั่นใจของท่าน				
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1. การดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันก่อน และหลังอาหารทุกครั้ง					
2. การขับเสมหะและดูดเสมหะในกรณีไอ ขับเสมหะเองไม่ได้					
3. การดูแลผู้ป่วยให้หายใจสะดวก					
4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ ได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
5. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาที่ กำหนด					
6. การดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล					
7. การดูแลทำความสะอาดในการขับถ่าย					
8. การดูแลในเรื่องการทำความสะอาด ร่างกายผู้ป่วยโดยการเช็ดตัวให้ผู้ป่วย					
9. การช่วยออกกำลังกายขยับแขนขาเพื่อ ป้องกันข้อติดแข็งตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่พยาบาล					

สำหรับผู้วิจัย

แบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยในการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบกรรณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ

มี ไม่มี

2. ถ้าผู้ป่วยมีแผลกดทับให้ตอบคำถามดังต่อไปนี้

- ระดับของแผลกดทับ.....

- ตำแหน่งของแผล.....

- รูปร่างของแผล.....

- ขนาดของแผล.....

- พื้นแผล.....

3. มีการไอขับและมีเสมหะเปลี่ยนสีจำนวนมาก

มี ไม่มี

4. ระดับอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส

มี ไม่มี

5. มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ ≥ 25 ครั้ง/นาที

มี ไม่มี

6. ฟังเสียงปอดพบเสียงผิดปกติ

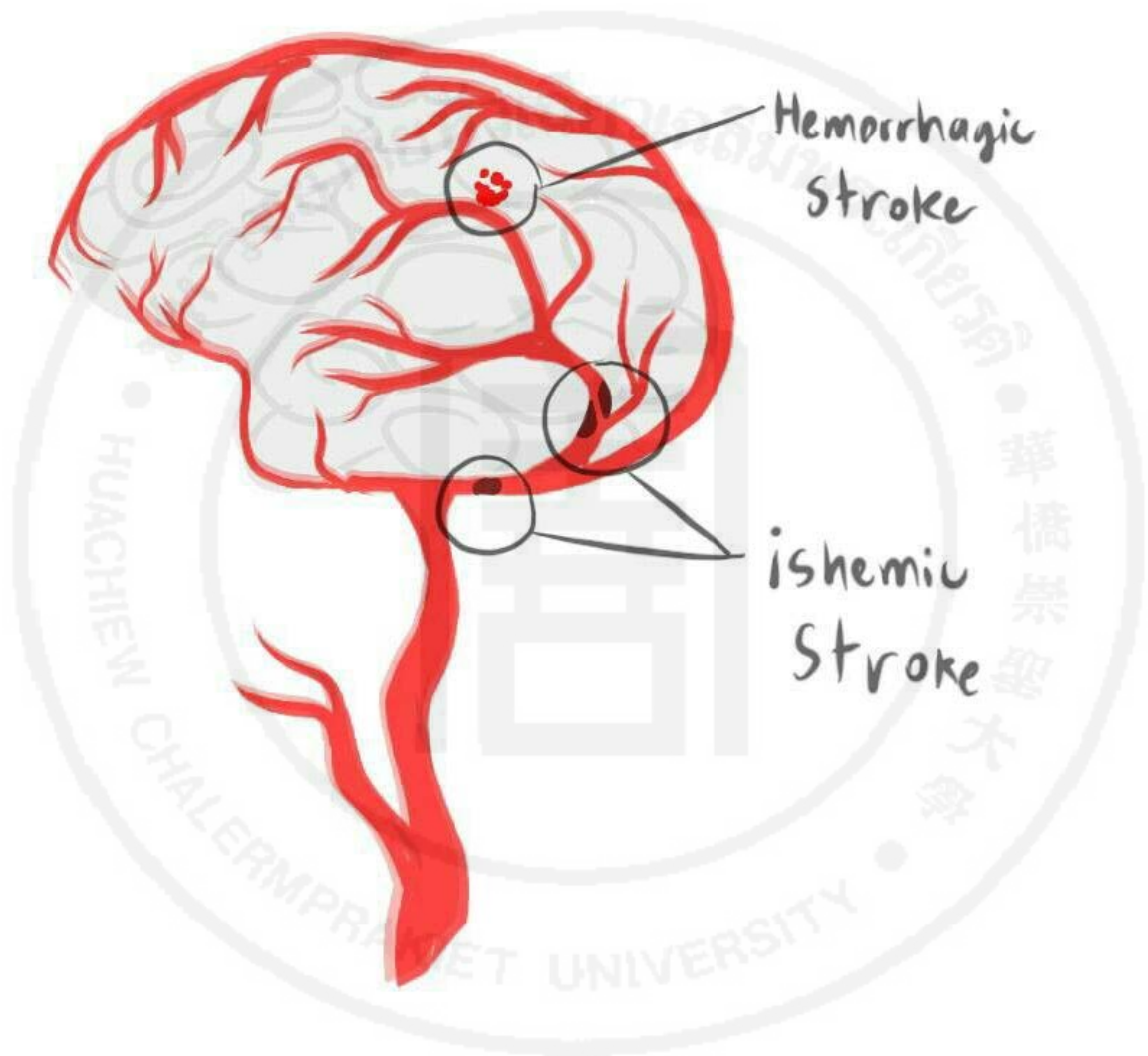
มี ไม่มี

7. มีอาการเจ็บหน้าอก

มี ไม่มี

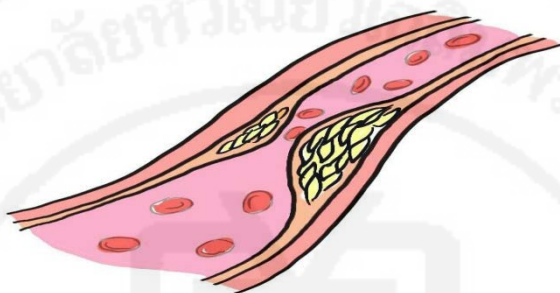
ภาคผนวก ฉ

คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



โรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีอาการนำมาก่อน

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองแตก และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน



อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1. อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด
2. อาการตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว
3. พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดทันทีทันใด
4. ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน
5. เวียนศีรษะบ้านหมุน เดินลำบากหรือเป็นลม



ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความดันโลหิตสูง
2. การสูบบุหรี่
3. โรคเบาหวาน
4. โรคหัวใจ
5. ภาวะไขมันในเลือดสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง ท้องผูกและการขาดสารอาหาร เป็นต้น

1. การดูแลทำความสะอาดผิวหนัง

เช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

การเช็ดตัวในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำได้

1. นำกะละมังและเครื่องใช้ต่าง ๆ มาวางที่โต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย
2. เลื่อนตัวผู้ป่วยให้ชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลยืนอยู่ หนุนหมอน หรือไขเตียงให้ศีรษะสูงจากพื้นเตียง ประมาณ 1 ฟุต คลุมผ้าเช็ดตัวที่หน้าอก ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน แต่ถ้าผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ให้ทำความสะอาดปากและฟันให้
3. ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออกใช้ผ้าเช็ดตัวปิดแทน เปิดเฉพาะส่วนที่จะเช็ดเท่านั้น ใช้ผ้าชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดให้ทั่วใบหน้า หู จมูก คอ และใช้ผ้าอีกผืนชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่ เช็ดให้ทั่วและเช็ดด้วยน้ำจืดสะอาดและซับให้แห้ง
4. เช็ดช่วง ออก และหน้าท้องด้วยวิธีเดียวกันจนสะอาด ซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ เช็ดแขน ด้านที่อยู่ใกล้ตัวก่อนด้วยสบู่และเช็ดด้วยน้ำจืดสะอาดซับให้แห้ง ย้ายมาเช็ดแขนข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกันเสร็จแล้วแช่มือในกะละมัง ฟอกและล้างมือให้สะอาดซับให้แห้ง แล้วเปลี่ยนน้ำ เช็ดขา ด้านที่อยู่ใกล้ตัวก่อนแล้วจึงเช็ดข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกันเสร็จแล้วแช่เท้าในกะละมัง ฟอกและล้างเท้าให้สะอาดซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ
5. ผู้ดูแลเดินกลับไปด้านตรงข้ามพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย โดยหันหน้าเข้าหาผู้ดูแลใช้ผ้าเช็ดตัวปูแนบหลังผู้ป่วยจนถึงคอ เพื่อป้องกันการเปียกน้ำเช็ดหลังจนถึงคอด้วยน้ำสบู่เช็ดตามด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง เสร็จแล้วทาแป้ง และควรรวดหลังให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดและป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. ให้ผู้ป่วยนอนหงายและทาแป้ง ใส่เสื้อผ้าและกางเกง หวีผมให้เรียบร้อย
7. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย



การดูแลทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย

1. เปลี่ยนแผ่นรองกันเปื้อนอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
2. ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
3. สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่รองแผ่นกันเปื้อน รอยแดง ผื่น แผล

2. การจัดท่านอน

- 1) พลิกตะแคงตัวจัดท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
- 2) นวดผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับภายหลังพลิกตะแคงตัวเมื่อมีรอยแดงทุกครั้ง
- 3) ใช้ถุงมือใส่น้ำหรือหมอนหรือผ้านุ่มๆ พับรองบริเวณปุ่มกระดูกที่ถูกกดทับ

การจัดท่านอนนอนหงาย

- หมอนไม่ควรให้สูงมาก
- ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง
- แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว
- ข้อมือตรงจะคว่ำหรือหงายข้อมือก็ได้
- ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข่าให้ข้อเข่าเล็กน้อย
- ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็ก ๆ รองด้านล่างของข้อเท้าเพื่อให้เท้าตั้งตรงป้องกันแผลกดทับ



การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่ปกติ

- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรงควรมีหมอนรองใต้แขน ยื่นแขนไปข้างหน้า
- ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน
- ข้อมือตรงนิ้วมือเหยียดออก
- สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าและข้อเข่าประมาณ

30 องศา



การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง

- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- สะโพกและเข่าข้างดี มีหมอนรองใต้ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า
- แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรงหงายมือ
- ขาข้างที่อ่อนแรง เหยียดขา เข่าเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าที่ปกติ



3. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการออกกำลังกาย

4. ระวังอุบัติเหตุที่เกิดกับผิวหนัง เช่น การกระแทก ของมีคม เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร

1. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค ตามแต่โรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เบาหวาน ไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง
2. จัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม้ดูทีวี เพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็นได้ ให้ความเวลาในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย
3. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง ก้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ขณะรับประทานอาหาร ที่มีลักษณะเป็นเส้นชิ้นยาวใหญ่ ควรตัดหรือหั่นให้ชิ้นเล็ก ควรดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทกลิ้นลำบาก สำลักควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุดโดยให้เริ่มอาหารบด หรือ ปั่นชิ้น เช่น มันทบสังขยา ต่อมาลองให้อาหารอ่อนชิ้น เช่น โจ๊ก ข้าวสวยนิ่ม ๆ จนสามารถกลืนได้ดีจึงให้อาหารธรรมดา เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้สุก จนสามารถรับประทานอาหารที่เป็นน้ำได้ เช่น น้ำ นม น้ำผลไม้
4. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
5. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจใช้หลอดดูด หรือใช้ช้อนป้อนให้ดื่มทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง
6. แปรงฟัน บ้วนปาก ล้างเศษอาหารที่เหลือค้างในกระพุ้งแก้มด้านที่อ่อนแรงออกให้หมดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

การให้อาหารทางสายยาง หมายถึง การให้อาหารเหลวผ่านทางสายอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง

วิธีการให้อาหาร

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงหรือกึ่งนั่งกึ่งนอน เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าหลอดลม
2. ใส่ผ้ากันเปื้อนให้ผู้ป่วย
3. ล้างมือให้สะอาด
4. เช็ดปลายสายด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก
5. ตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร โดยต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหาร ทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือมีอาหารเหลือค้างหรือไม่ ดูเอาอาหารที่ค้างเก่าในกระเพาะอาหารออกถ้ามากกว่า 100 ซีซี ให้ดันกลับเข้าไปซ้ำ ๆ และเลื่อนเวลาให้อาหารออกไป หรืออาจต้องงดอาหารมือนั้น แต่ถ้ามีอาหารไม่เกิน 70 ซีซี ให้ดันกลับ ซ้ำ ๆ และให้อาหารต่อได้

6. การให้อาหาร ยา และน้ำ ต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหารเทอาหารเหลวลงช้าๆ ยกกระบอกอาหารสูงจากตัวผู้ป่วยประมาณ 50 ซีซี คอยเติมอาหารเรื่อยๆ เพื่อป้องกันอากาศเข้าไปในกระเพาะอาหาร เตรียมยาหลังอาหารให้พร้อมโดยบดให้ละเอียด ให้อาหารหลังอาหารและให้น้ำตามประมาณ 50 ซีซี เพื่อเป็นการล้างสายให้สะอาด หลังให้อาหารเสร็จยกสายยางให้สูงขึ้นเพื่อไม่ให้อาหารไหลย้อนออกมาคาสาย ใช้จุกปิดสาย เช็ดสาย ให้สะอาด ปิดด้วยก๊อชหลังให้อาหาร ปิดจุกสายให้อาหารให้แน่น ปิดด้วยก๊อช

7. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหัวสูงนาน 30 – 60 นาที

8. เก็บข้าวของเครื่องใช้ ล้างทำความสะอาด

9. เวลาที่เหมาะสมในการให้อาหารทางสายยาง ได้แก่ เวลา 06.00 น. 10.00 น. 14.00 น. 18.00 น. และ 22.00 น.

หมายเหตุ สามารถให้น้ำระหว่างมีอาหารได้ขณะให้อาหารถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักให้หยุดทันที ถ้าหยุดไอให้ลองให้ต่อ ถ้ายังไออยู่ให้หยุดให้อาหารและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์

10. หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมไม่เกิน 2 นิ้ว ให้ดันสายอาหารกลับเข้าตำแหน่งเดิมและทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่

11. หากสังเกตเห็นว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมมากกว่า 2 นิ้ว ให้ปรึกษาแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ห้ามให้อาหารโดยเด็ดขาด

การดูดเสมหะทางปาก

1. บอกผู้ป่วยว่าจะดูดเสมหะทุกครั้ง

2. ล้างมือให้สะอาด

3. เปิดเครื่องดูดเสมหะ

4. ใช้มือซ้ายพับสายยางจากเครื่องดูดเสมหะเพื่อไม่ให้เกิดแรงดูดส่วนมือขวาจับสายดูดเสมหะใส่ลงในท่อหายใจลึกประมาณ 5-6 นิ้ว ปลดมือซ้ายที่พับสายยางออกมือขวาค่อย ๆ จับสายขึ้นมาขณะที่เครื่องดูดเสมหะออกมาและจับสายวนเป็นวงรอบ ๆ ขณะจับสายขึ้นมาจะช่วยดูดเสมหะได้มากขึ้น การดูดเสมหะแต่ละครั้งต้องทำด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวลและดูดซ้ำภายหลังให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะ ๆ จนผู้ป่วยหายใจโล่ง

5. จับสายดูดเสมหะจุ่มลงในขวดน้ำประปาเขย่าสายให้เสมหะที่ติดภายในออก

6. ถ้าผู้ป่วยมีเสมหะมากต้องดูดเสมหะให้ผู้ป่วยบ่อยครั้ง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางสาวจรรุวรรณ ปิยหิรัญ
วัน เดือน ปีเกิด	6 กุมภาพันธ์ 2534
ที่อยู่ปัจจุบัน	665 โรงพยาบาลหัวเฉียว เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ แผนกหอผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลหัวเฉียว