

บทที่ 2

การดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการโดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care, 2001) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีความชัดเจน ขั้นตอนการดำเนินการที่พิจารณาวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กรโดยมีบุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อเป็นการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาและจัดการแก้ไขจากรากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง เกิดความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
 - 1.1 Problem-focused trigger
 - 1.2 Knowledge-focused trigger
2. พิจารณาปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร
3. รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ
4. เขียนแนวปฏิบัติทางคลินิก
5. หาความตรงเชิงเนื้อหา
6. ใช้แนวปฏิบัติ
7. สร้างคู่มือ (Nursing manual) และขั้นตอนการพยาบาล (Nursing procedure)
8. เผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ

ขั้นตอนที่1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีการวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน(Problem focused) และจากการพิจารณาปัญหาที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge focused) ดังนี้

1.1. ประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล (Problem-focused trigger)

ผู้ศึกษาได้ศึกษาประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน จาก 2 แหล่งข้อมูล คือจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาปฏิบัติงานการพยาบาลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติระยะเวลา 12 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดอันดับ 1 ใน 10 ของกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาและ จัดเป็นอันดับหนึ่งโดยคิดเป็นร้อยละ 70 ของโรคที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (เวชสถิติศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ, 2548) ระยะเวลาใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉลี่ย 1-2 เดือนต่อราย มีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 55,000 - 60,000 บาท ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติเช่น ภรรยา บุตร หลาน โดยเข้ามาให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนการรักษา การประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยเพียงผู้เดียวตลอดวันและติดต่อกันจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมเช่นเคยปฏิบัติได้ เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลได้หรือไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เพียงผู้เดียวจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเองหรือจากปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จึงมีการว่าจ้างผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นรวมถึงความรับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย ละทิ้งผู้ป่วย มีการเปลี่ยนผู้ดูแลทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรับทราบข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะต่อรองเพื่อเลื่อนระยะเวลาการจำหน่ายกลับบ้าน โดยส่วนใหญ่จะให้เหตุผลว่าสภาพบ้านไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถจดจำคำแนะนำ ความรู้ ทักษะในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยได้ทั้งหมดทำให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดแขน ข้างที่อ่อนแรงขณะทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลไม่สามารถประเมินอาการ สาเหตุของอาการปวดได้และไม่รู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร จึงเกิดความกลัว เครียด ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและหยุดการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย และไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้ป่วยได้เมื่ออยู่บ้าน ก็เป็นผลให้ผู้ดูแลบางส่วนต้องการกลับมารักษาคือในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อทำกายภาพบำบัดทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นภาระในการดูแลตลอดจนเศรษฐกิจของครอบครัว

หน่วยงานศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูระบบงานบริการแผนกผู้ป่วยใน โดยให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการให้บริการร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขการพูด นักโภชนาการ ร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากกระบวนการดูแลดังกล่าวจะมีความชัดเจนและมุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพและกลับเข้าสู่ครอบครัว สังคมอย่างมีความสุข ขณะเดียวกันทางหน่วยงานได้มีการเตรียมครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จากเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษาฟื้นฟู เช่น พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แต่ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการเตรียมผู้ดูแล ขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลที่ได้รับการสอนหรือสาธิตทักษะเกี่ยวกับการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขาดการประเมินผลว่าผู้ดูแลสามารถรับรู้เข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวจะเห็นว่าหน่วยงานยังขาดความชัดเจนและเป็นระบบในการเตรียมครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกในหน่วยงานเพิ่มเพื่อหาข้อมูลสนับสนุนประกอบการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา

1.1.2. การศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิก ผู้ศึกษาทำการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน ตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิงและตึกผู้ป่วยนอก ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม - 12 มกราคม 2550 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ถึงอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ การสัมภาษณ์เชิงลึกด้านความต้องการของผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกด้านความต้องการของผู้ดูแลใช้แนวคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์โดยใช้ข้อคำถาม เพื่อศึกษา เกี่ยวกับประเด็นหลักในเรื่องพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการ ความรู้สึกรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ศึกษาได้ดัดแปลงแนวข้อคำถามจาก สุรวิรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ ทำการศึกษาเรื่องความต้องการของ

ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2541 แนวทางแบบสัมภาษณ์ความต้องการของญาติ ประกอบด้วย 6 ด้าน 1.ด้านข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วย 2. ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ 3. ด้านการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง 4. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและจิตวิญญาณ 5. ด้านการจัดการภายในบ้าน 6. ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ

2. แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจและแบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของศรีรัตน์ คุ่มสิน ทำการเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2546 โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88

การเสนอผลการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิก

ผลการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย

นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ตอนที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ตอนที่ 3. ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ตอนที่ 4. ข้อมูลระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วย ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง

ตารางที่ 2.1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	60
หญิง	8	40
ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว		
แขนขวาอ่อนแรง	10	50
แขนซ้ายอ่อนแรง	9	45
แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง	1	5
ระดับความรู้สึกตัว		
รู้สึกตัว สับสน	5	25
รู้สึกตัว ไม่สับสน	15	75
การติดต่อสื่อสาร		
พูดได้ ปกติ	8	40
พูดได้ ไม่ชัด	12	60
สภาพจิตใจ/อารมณ์		
ซึมเศร้า	10	50
ไม่โหม่งาย	8	40
ปกติ	2	10
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1 เดือน - 3 เดือน	5	25
4 เดือน - 6 เดือน	7	35
7 เดือน - 9 เดือน	6	30

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
10 เดือนขึ้นไป	2	10
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	1	5
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	2	10
ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง	16	80
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	1	5
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายจากต้นสังกัด	11	55
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4	20
จ่ายเงินเอง	5	25

จากตารางพบ ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 มีแขน ขาซีกขวาอ่อนแรง รู้สึกตัวดีไม่มีสับสน ร้อยละ 60 สามารถพูดสื่อสารได้แต่พูดซ้ำไม่ชัด สภาพอารมณ์ ร้อยละ 60 ซึมเศร้า ร้องลงมาไม่โหยงุนเจียว ร้อยละ 50 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 6 เดือนถึง 1 ปี ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ในระดับปานกลาง และสิทธิการรักษาสามารถเบิกจ่ายจากต้นสังกัดได้

ตอนที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2.2

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	18	90
ชาย	2	10
อายุ		
20-39 ปี	5	25
10-59 ปี	13	65
60 ปีขึ้นไป	2	10
อายุเฉลี่ย 45.7 ปี	อายุสูงสุด 70 ปี	อายุต่ำสุด 22 ปี
สถานภาพ		
โสด	3	15
คู่	15	75
หย่าหรือแยกกันอยู่	2	10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	6	30
บุตร	12	60
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
เครือญาติ	2	10
อาชีพ		
รับจ้าง	3	15
ค้าขาย	3	15
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	2	10
ไม่ประกอบอาชีพ	12	60

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)
จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	2	10
5,000-10,000 บาท	4	20
10,001-15,000 บาท	9	45
มากกว่า15,000 บาท	5	25
		รายได้ต่ำสุด
รายได้เฉลี่ย 13,000 บาท	รายได้สูงสุด 3,500บาท	40,000บาท
เวลาที่ให้การดูแลใน 1 วัน		
1 - 8 ชั่วโมง	2	10
9 - 16 ชั่วโมง	10	50
มากกว่า 17 ชั่วโมง	8	40
เวลาการดูแลเฉลี่ย 14 ชั่วโมง	สูงสุด 24 ชั่วโมง	ต่ำสุด 6 ชั่วโมง
ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย		
มี	4	20
ไม่มี	16	80
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มี	16	80
มี	4	20

จากตารางพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.7 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 เป็นบุตรของผู้ป่วยรองลงมาร้อยละ 30 เป็นภรรยา เมื่อต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย 13,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วันเฉลี่ย 14 ชั่วโมงและผู้ดูแลร้อยละ 80 ไม่มีผู้ช่วยดูแลและไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 3. ข้อมูลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2.3

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียดผู้ดูแล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ไม่เกิดความเครียด	-	-
มีความเครียดระดับต่ำ	5	25
มีความเครียดระดับปานกลาง	13	65
ระดับความเครียดรุนแรง	2	10

จากตารางพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65 และมีระดับความเครียดรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 10

ตอนที่ 2.4. ข้อมูลระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2.4

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำแนกตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	จำนวน (n = 20)	ร้อยละ
ไม่มีเลย	-	-
น้อย	5	25
ปานกลาง	13	65
มาก	1	10
มากที่สุด	1	10

จากตารางพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการรับรู้พลังอำนาจระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 25 มีการรับรู้พลังอำนาจในระดับต่ำ

2. ผลการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการการสัมภาษณ์เชิงลึกด้านความต้องการของผู้ดูแลและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 รายพบว่า

ด้านความรู้สึก

1. เกิดความเครียด ผู้ดูแลทุกคนมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความเครียดแก่ตัวผู้ดูแล ความเครียดที่เกิดจากการเผชิญปัญหาที่ย่งยากในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความเครียดจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และส่วนหนึ่งยังมีปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย ระดับความเครียดของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อระดับความเครียดเช่น สถานะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ติดต่อกันอย่างยาวนาน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแล การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย การไม่สามารถจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้ เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีการประกอบอาชีพหลังจากมาเป็นผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายประจำวันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ตลอดจนเกิดความวิตกกังวลในการประกอบอาชีพของผู้ดูแลเองในอนาคต สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า “รู้สึกเครียดมากค่ะกับอารมณ์ผู้ป่วย เขาไม่ไหวง่าย หงุดหงิด บางครั้งเราทำอะไรให้ไม่ทันใจ หรือบอกให้ทำกายภาพบำบัด แก่จะโกรธ โมโหค่าเรา บางครั้งก็พาของใส่เรา”

2. ความรู้สึกเป็นภาระ จากภาวะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือจากผู้ดูแลสูงในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการดูแลประคบประครองจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เกิดภาระในการดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าว่าจ้างผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นอย่างเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า “ดูแล แม้รู้สึกว่าเรามีภาระเพิ่มมากขึ้น บางครั้งอยากจะทำอะไรหรืออยากจะไปไหนบ้างก็ไปไม่ได้”

3. ความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่บอกว่ามีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยช่วงระยะหนึ่ง โดยประมาณ 2-3 เดือนของการให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเกิดประสบการณ์ในการดูแล และ จากการพูดคุยซักถามจากเพื่อนผู้ดูแล การแนะนำจากเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด

4. ความรู้สึกเหนื่อยล้า จากการดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวตลอดทั้งวัน และติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลานานโดยไม่มีเวลาหยุดพัก กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเกิดรู้สึกเหนื่อย ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฝึกเดิน การอาบน้ำ การทำกายภาพบำบัด และการร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลาจากผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยและไม่มีเวลาดูแลตัวเอง ตัวอย่างผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า “ รู้สึกเหนื่อยมากต้องช่วยเหลือทุกอย่าง พ่อตัวหนักจะยกสักทีก็ลำบาก ถ้ามีน้องผู้ช่วยเหลือคนไข้เขาเข้ามาช่วยก็จะได้ แต่บางครั้งไม่ว่างและรู้สึกเกรงใจเราก็กินคนเดียว” ความเหนื่อยล้าการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกน้อยใจในตนเองและคิดว่า ขาดความเข้าใจ ความเห็นใจจากพี่น้อง ครอบครัว อย่างเช่น กรณีผู้ดูแลรายหนึ่งบอก “รู้สึกน้อยใจทำไมเราต้องรับผิดชอบดูแลแม่เพียงคนเดียว แค่ว่าช่วยมาดูแลแม่บ้างในวันเสาร์-อาทิตย์ ก็บอกว่าไม่ว่างมีธุระต้องดูแล”

5. ความหวัง ผู้ดูแลทุกรายต่างมีความหวังในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจ ความอดทนและการเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยแม้จะมีความเครียด ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการดูแล อย่างเช่นผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า “เห็นแม่ลูกนั่งรถเข็นได้รู้สึกดีใจ และมีความหวังว่าแม่ น่าจะเดินได้สักวัน”

6. การทดแทนพระคุณ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความผูกพัน มีความรู้สึก ภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมารจากโรคที่เป็นอยู่ และเพื่อตอบแทนผู้มีพระคุณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจ เป็นเหตุผลหลักในการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ส่วนหนึ่งมีความเชื่อในเรื่อง บาป บุญคุณโทษ การดูแลบิดามารดาตามเจตนาเป็นสิ่งที่ผู้เป็นบุตรพึงปฏิบัติในหน้าที่และ เป็นการสร้างบุญกุศลทางหนึ่ง

ด้านความความต้องการ

1. การสอนและฝึกทักษะ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการในการได้รับการสอน ฝึกทักษะ การดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ ในทางปฏิบัติผู้ดูแลได้รับการสอน ฝึกทักษะจาก เจ้าหน้าที่พยาบาลที่เข้าไปให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย ผู้ดูแลบางส่วนได้รับความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและคั่นคว่าจากห้องสมุด และการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่นักกายภาพบำบัดขณะพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด แต่ไม่สามารถจัดทำทางในการฝึกให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด

2. ความต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 80 ต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จากครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยผู้ดูแลต้องการมีโอกาสในการพูดคุยซักถามปัญหา ข้อสงสัย ความก้าวหน้าในการดูแลและปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเอง มีต้องการกำลังใจ ความเข้าใจและการเห็นใจการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียวในระยะเวลาที่นาน ส่งผลภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั่วร่างกายและจิตใจ

จากข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกในสถานการณ์จริงจะเห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยมีความเครียดจากการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแล การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและขาดต่อเนื่องในการรับข้อมูลการรักษา การสอนและฝึกทักษะ ข้อมูลที่ได้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นมีความเหมือนและมีความสอดคล้องกัน จึงทำให้สามารถระบุประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น และข้อมูลแหล่งสุดท้ายจากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2 การทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้อง (Knowledge focused trigger)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรมตามลำดับดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว
2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ Stroke ว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไปก่อให้เกิดอาการ และอาการแสดงคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต National Institute of Neurological Disorders and stroke ได้ให้คำจำกัดความของ Cerebrovascular disease (CVD) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกไม่ว่าจะพบพยาธิสภาพของหลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

ประเภทโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มตามสาเหตุของโรค คือ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Hickey, 1997; Rice, 2001 Schnell, 1997)

1.1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบตันหรือการอุดตันของลิ้มเลือด เกร็ดเลือดหรือมีไขมันที่ผนังหลอดเลือดด้านใน ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ส่งผลให้สมองได้รับเลือดและสารอาหารต่างๆ ไม่เพียงพอหรือขาดเลือดไปเลี้ยง จะทำให้เนื้อสมองตายเป็นบริเวณเล็กๆ ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ 85 ของผู้ป่วย

1.2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการหลอดเลือดสมองแตก พบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด การแตกของหลอดเลือดจะทำให้มีเลือดออกในสมอง เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง ขณะเดียวกันมีก้อนเลือดแทนที่เนื้อสมองและจะกดเนื้อสมอง บริเวณนั้นเกิดการอักเสบและเกิดตายในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; Hickey, 1997; Rice, 2001 Schnell, 1997)

1.ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.1 อายุและเพศ อายุเป็นปัจจัยที่ชัดเจนในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะหลอดเลือดสมองแตกและหลอดเลือดสมองตีบ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือด มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

1.2. เชื้อชาติ พันธุกรรม

จากการศึกษาในประเทศตะวันตกพบว่า คนผิวดำมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า และพบว่าผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.1. ความดันโลหิตสูง (hypertension)

ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ โดยพบว่าความดัน Systolic ระหว่าง 160-180 มม.ปรอท มีความเสี่ยงการเกิดโรคประมาณ 4 เท่าของผู้ที่มีความดัน Systolic น้อย 160 มม.ปรอท ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตกได้ง่าย จากการเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดผนังของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง (atherosclerosis)

2.2. เบาหวาน (diabetes)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีเวลานานๆโดยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างในเพศ และอายุ ยังไม่มีรายงานว่าการควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์ของการเกิดหลอดเลือดหนาและแข็งได้ง่ายของหลอดเลือดขนาดเล็ก

2.3. โรคหัวใจ

โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอันหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation หรือ AF) พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.4. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจการมีระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูง โดยส่งผลให้เกิดหลอดเลือดสมองแตกหรือ อุดตัน

2.5. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดหลอดเลือดสมอง โดยการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือ อุดตัน ได้แก่ ความอ้วน, การรับประทานยาคุมกำเนิด, การดื่มสุรา, ความเครียด,

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งตามสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic stroke) และจากการแตกของหลอดเลือด (hemorrhagic stroke) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

(นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ปกติสมองเลือดมาเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิเมตร/100กรัม /นาที่ ปริมาณเลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งของสมองลดต่ำกว่า 15 มิลลิเมตร/100 กรัม/นาที่ เซลล์สมองจะเสียหายที่การทำงาน

2. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองในสมอง สาเหตุสำคัญเกิดจากความดันโลหิตสูง เลือดที่จะเข้าไปในเนื้อสมองก่อนโดยยังไม่เข้าไปในช่องใต้ชั้นอะแรคนอยด์ ก่อนเลือดจะไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง เกิดสมองบวมและเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายในที่สุด

2.2 กลุ่มที่มีการแตกของหลอดเลือดในช่องอะแรคนอยด์ จะผสมกับน้ำไขสันหลัง เม็ดเลือดแดงเกิดการสลายตัวจะเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองขึ้น และเกิดทำให้การระบายน้ำไขสันหลังเสียไป เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลังขึ้น ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ระะสูง

ร่วม เลือดที่ออกจะรวมตัวเป็นก้อนตรงบริเวณที่แตกและจะปิดหลอดเลือด ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างมากทันที อาเจียนและมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สึกตัว

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ

อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ ความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง มักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที

อาการแสดงเฉพาะที่ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมอง โดยมีอาการ แขนขาและหน้าด้านตรงข้ามกับสมองที่เกิดพยาธิสภาพจะอ่อนแรง ชา เสียประสาทรับรู้สัมผัส สับสน พูดตะกุกตะกัก ออกเสียงไม่ชัด มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีปัญหาในการเดิน มีการคั่งของปัสสาวะ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; Schnell, 1997)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถแบ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะคือ การรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรักษาในระยะฟื้นฟู (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

1. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน การที่จะลดความพิการในผู้ป่วยสมอง โดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมงแรก ต้องให้เลือดไปเลี้ยงสมอง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ

1.1 การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับอุณหภูมิของร่างกายอยู่ในระดับปกติมีส่วนช่วยลดความเสียหายในสมอง

1.2 การรักษาโดยการผ่าตัด

ในรายที่มีเลือดออกในสมอง คาดว่าการผ่าตัดเอาก่อนเลือดออกจะช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการให้ร่างกายดูดซึมเข้าไปเอง จะไม่ทำการผ่าตัดในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดเล็ก หรืออยู่ในตำแหน่งลึก

2. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่2 (Secondary prevention) คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1. การป้องกันระยะแรก คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย การสูบบุหรี่ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association : (AHA) ในปี 1999 ให้แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดหลอดเลือดสมองขาดเลือด คือ การรักษาความดันโลหิตอยู่ที่ระดับความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในช่วงหัวใจคลายตัวน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หยุดสูบบุหรี่ การรักษาเบาหวานให้ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การรักษาไขมันในเลือดสูงให้ระดับไขมันแอลดีแอลน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เฮชดีแอลมากกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คอลเรสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

2.2 การป้องกันระยะที่ 2 ประกอบด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ยาต้านเกร็ดเลือดที่นิยมใช้ คือแอสไพริน ในขนาดต่ำคือระหว่าง 75 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรักษาในระยะนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งๆ ที่มีความพิการเหลืออยู่โดยเน้นศักยภาพทางด้านการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนที่ให้มีความสามารถใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่ความพิการจะอำนวย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้คืนสู่สภาพปกติ กิจกรรมที่ทำได้แก่ การบริหารร่างกายโดยผู้อื่น หรือให้ผู้ป่วยทำเอง ฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง ฝึกการทรงตัวทั้งทำนั่งและทำยืน ฝึกการเคลื่อนย้ายตัวเอง การฝึกเดินและยืน เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง (สุธศิรี หิรัญขุนทด, 2541; Kathleen, Jerilyn, Richard, 2006)

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป อ่อนแรงหรือตึงตัวมากเกินไป อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการปวดไหล่ และข้อไหล่ติดและอาจมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่างๆ การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ปอดอักเสบ และแผลกดทับ รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

1.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา โดยความผิดปกติที่พบมี 2 ลักษณะ

1.2.1 ความผิดปกติด้านการพูด มีผลให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

1.2.2 ความผิดปกติทางภาษา ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร

1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมการกลืน,การกลืนบกพร่องและอาจเกิดภาวะสำลัก

1.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้

1.4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด ความร้อน ความเย็น

1.4.2 การกระะยะทางการเคลื่อนไหว มองเห็นภาพซ้อน

1.4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคลและสถานที่ การตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

1.5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา การเสียความทรงจำ การเสียความทรงจำระยะสั้น เป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีต ปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ

เพียงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณการมีเหตุผลและมีจินตนาการผิดปกติ (Hickey, 1986)

1.6 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมด ความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระเกิดอาการท้องผูก

1.7 เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศลดลง

อาจพบภาวะแทรกซ้อนร่างกายอื่นๆ เช่น ข้อติด การติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก การเข้าสู่กิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับอยู่กับโรคที่ตัวเองเป็นอยู่และปรับตัวเข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเอง (Hickey, 1997) ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้าและแยกตัว

3. ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองซึ่งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคมทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจากข้อจำกัดทางร่างกายและความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการงานการประกอบอาชีพกิจกรรมทางสังคมลดลงและการสูญเสียโอกาสทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงหรือบางรายอาจไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติในครอบครัว ผู้ป่วยกับสังคม ความเจ็บป่วยยังก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยทั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ หากไม่ยอมรับบทบาทใหม่ได้อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (Frazan, 1991)

ด้านครอบครัวจึงต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มเติม บุคคลในครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ดูแล อีกทั้งภาวะการณ์เจ็บป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานานโดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ครอบครัวต้องเผชิญกับความขัดแย้งและสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินเกิดความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยลดลง

4.ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

เมื่อสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาระของครอบครัว ที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลการฟื้นฟูสภาพ ค่าเดินทางในการรักษา หรือค่าจ้างผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกคนหนึ่งซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกอีกคนหนึ่งที่ต้องหยุดประกอบอาชีพขณะให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกคนอื่นจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ประกอบอาชีพเลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่มั่นคงมีการรับรู้ และ การเกิดความเครียดได้สูงกว่า

ปัจจัยส่งเสริมการดูแล

1. ความหวังและกำลังใจ ผู้ดูแลและครอบครัวทุกคนต่างมีความหวังในการดูแลต่อการหายของผู้ป่วยและรับรู้ถึงการกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย

2. ความมีคุณค่าและความมั่นใจในกระทำกิจกรรมการดูแล

3. การสนับสนุนทางครอบครัวและทางสังคม

4. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ

ความหมายของความเครียด นักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของความเครียดไว้ดังนี้

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lasarus & Folkman, 1986, p.21) ความเครียดเป็นความในพันธะระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้จะมีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ และการประเมินดังกล่าวต้องอาศัยกระบวนการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal)

เซลเย (Selye, 1976, p.31) ความเครียด คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ นำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง

ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัววิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและด้านอารมณ์ความรู้สึกเพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546)

ปัจจัยการเกิดความเครียดในผู้ดูแล

1. สภาพปัญหาทางด้านร่างกาย และสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับ ระดับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (O' Connell & Baker, 2004)

2. ปริมาณงานและเวลาในการดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งการดูแลผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลเพียงคนเดียว เกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานวัตรประจำวันของผู้ดูแลและการบริหารเวลา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและตนเองตลอดจนบุคคลอื่นในครอบครัวที่รับผิดชอบอยู่ให้เกิดความเหมาะสม (บุญญรัตน์ เพิกเดช, 2548)

3. ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล กรณีผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของการตัดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจไม่แน่ใจในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถประเมินอาการและการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กับผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ มีความยากลำบากในกิจกรรมการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วย และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความเครียด

การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (O'Connell & baker, 2004; p.121 – 126; Factsheet : conrgiuer's Handbk,2001 อ้างใน ศรีรัตน์ คุ่มลิน, 2546) เป็นการช่วยเหลือหรือการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถลดระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้หลายวิธีโดยการแก้ไขที่สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

1.การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้ เกี่ยวกับลักษณะการดำเนินของโรค การประเมินและการจัดการกับอาการต่างๆของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโรค การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลควรทำตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลจะมีประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมประเมินผลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย

2. การสนับสนุนส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกันกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดปริมาณ ในการดูแลไม่ให้ตกอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลเพียงคนเดียว รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล

3. การให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อมูล ด้านสิทธิประโยชน์ของผู้พิการการนำแหล่งประโยชน์ภายในครอบครัว ชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการแนะนำการเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลที่มี

4 หาบุคคลอื่นช่วยเหลือ รับรู้ถึงความรู้สึก คับข้องใจ โดยขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน ผู้รู้

5. เข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแล สมาชิกที่ประสบการณเดียวกัน มีการสนับสนุนทางอารมณ์ ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และการรับความรู้ใหม่จากการพูดคุย

6. สร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยการคงรักษากิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคม ทำสิ่งที่รู้สึกสนุก เช่น ฟังเพลง การพักผ่อน เพื่อให้รางวัลแก่ชีวิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม การค้นหาปัญหาต่างๆจากการดูแลโดยการสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ดูแล การสาธิต การคิดวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนทางแก้ไขปัญหา ประเมินผล และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546)

2.การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

พลังอำนาจ (Power resources) คือ ศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks, 1991อ้างในสำนักการพยาบาล, 2546) พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Miller.1992:3อ้างในสำนักการพยาบาล, 2546)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) หมายถึงกระบวนการที่เสริมสร้างสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุม บังคับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลชีวิตของตนเอง บุคคลเกิดความเชื่อมั่น ตระหนักรู้ในคุณค่าความสามารถแห่งตนมีส่วนร่วมในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น คิดตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเกิดการยอมรับรู้ ความมีคุณค่าและความสำเร็จและพึงพอใจในชีวิต

การเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการในบุคคลที่จะพัฒนาศักยภาพของบุคคล ในการที่จะควบคุมจัดการ ใช้ความรู้ ความสามารถ และความเชื่อมั่นที่จะทำให้ ความคิดความรู้สึกของตนเองมีความหมาย มีคุณค่าโดยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลให้บุคคล แสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่และชีวิตของตนได้ โดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรก เป็นการพยายามทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ

- การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ วิดกกังวล กลัวโกรธ ไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากของปัญหา

- การตอบสนองทางสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจ บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น มาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

- การตอบสนองต่อพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน บุคคลมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี ทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดความเข้าใจชัดเจน และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์แก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ และจะเริ่มเปลี่ยนความคิด พยายามปรับตัวในแง่ดี

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) ช่วยให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาตระหนักถึงความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการตัดสินใจ

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธี การขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง
2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
3. ได้รับความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ
5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้อื่นจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจมีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (สมจิต และคณะ, 2543)

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง จากการรับรู้ในศักยภาพความสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาคิดวิเคราะห์ ใช้วิจารณ์ญาณเชื่อมโยงปัญหา เกิดความเข้าใจนำไปปฏิบัติและปรับปรุงในทางที่เหมาะสม
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความสามารถพลังอำนาจในตนเองได้ดังนี้
 - 2.1 การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร ประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง
 - 2.2 การให้การปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางโดยยึดความจำเป็นความต้องการของแต่ละบุคคล
 - 2.3 การสอน เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง ได้แนวทางในการพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติต่อไป

2.4 การให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงาน เพื่อใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มี สนับสนุน จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.5 ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นแนวทางที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2.6 ประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก สะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ ให้เกิดแรงจูงใจ

2.7 ยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่า ไว้วางใจซึ่งกันและกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย

2.8 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน บุคคลมีประสบการณ์ในปัญหาที่แตกต่างกัน ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันคิด ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหาที่เหมือนกัน

2.9 การให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งภายในบุคคล และระหว่างบุคคล ดังนี้ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 ความรัก ความรักที่มีต่อกันระหว่างบุคคลทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ประสบความสำเร็จ

1.2 ความตระหนักในความรับผิดชอบที่จะกระทำการกรรมการดูแล

1.3 ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถควบคุม จัดการได้

1.4 การเห็นคุณค่าในการกระทำ เมื่อเห็นคุณค่าแล้วจะทำให้ปฏิบัติต่อเนื่องได้อย่างต่อเนื่อง

1.5 ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ

1.6 เกิดข้อจำกัดในการค้นหาปัญหา

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล การสนับสนุนจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อม และเวลา ปัจจัยที่กล่าว

มา ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เป็นไปได้ด้วยดี และประสบความสำเร็จ

ผลลัพธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาซึ่งคุณลักษณะ 4 ด้าน

1. ความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์
2. ความพึงพอใจในความสามารถตนเอง เรื่องของความมั่นใจ กำลังใจ
ในการปฏิบัติ
3. การพัฒนาตนเองการนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้ไปปรับใช้อย่าง
เหมาะสม
4. เป้าหมายและความหมายในชีวิตของตน ความรู้สึก ความเห็นคุณค่า
เห็นความสำคัญของตนเอง

การทบทวนวรรณกรรมงานในต่างประเทศ มีศึกษาและนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้โดยการสนับสนุนให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี (McClaran J, Kaufran D, ToombsM, Beardall S, Levy I , Chockalingam.2001).และ Levin T, Scott BM,Borders B, Hartk K, LeeJ, Decanini . 2007.ทำศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการพูดการสื่อสาร (aphasia) โดยกระบวนการกลุ่ม การนำผู้ป่วยมาเป็นต้นแบบการเข้าสู่สังคม การฝึกและให้ความรู้การสื่อสาร พบว่ากลุ่มผู้ป่วย aphasia มีการรับรู้รับรู้พลังอำนาจ ประสิทธิภาพการพูดดีขึ้น และการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ข้อมูลและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอก พบว่า ข่าวสารนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ให้การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ให้สามารถมีประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี (Wilkes, White , & o'Riordan, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Larson J, Franzén-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R,(2005). การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริม ช่วยเหลือให้ความรู้ การดูแล จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะทำให้กลุ่มผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น จากผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจสามารถจัดการ ควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

จากผลการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 3 แหล่งข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนในการดูแล วิตกกังวล เครียด และเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง และจากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ศึกษาเห็นถึงแนวทางการที่ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นแนวทาง เพื่อเกิดพลังในตัวบุคคล พัฒนาศักยภาพ และเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณาปัญหาที่คัดเลือกเป็นตามความต้องการขององค์กร

นโยบายหลักของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ศึกษา มีวัตถุประสงค์หลักในการให้บริการผู้พิการและครอบครัวผู้พิการ ทางด้านการเคลื่อนไหวและให้การสนับสนุนเครื่องใช้คนพิการเป็นหลัก โดยมีเป้าหมาย การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย และสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว สังคม อย่างมีความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล จากข้อมูลงานผู้ป่วยในสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาเป็นอันดับหนึ่งโดยมีประมาณ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ระบุปัญหาได้อย่างชัดเจน เพื่อให้มีการดำเนินโครงการ ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับหน่วยงาน มีความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการตัดสินใจในการดำเนินโครงการ แก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดทำในวาระการประชุมประจำเดือนภายในหน่วยงานผู้ป่วยใน มีผู้เข้าร่วมประชุม 15 ท่าน ประกอบไปด้วยหัวหน้างานผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 รายและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 11 ราย พบว่า ที่ประชุมมีความคิดเห็นในทางเดียวกันเกี่ยวกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดความเครียดระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลขาดความต่อเนื่องในการรับทราบข้อมูล การสอน การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลผู้ป่วยบ่อย ละทิ้งผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่กล้าซักถามปัญหาข้อสงสัยในการรักษา และต่อรองเลื่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จึงควรมีการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมความสามารถ ความเชื่อมั่นในการดูแล ต่อจากนั้นเสนอให้มีการดำเนินโครงการเพื่อสร้างแนวปฏิบัติ โดยยกตัวอย่างผลงานที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

และนำไปปฏิบัติได้จริงเพื่อเพิ่มความชัดเจนและความเข้าใจของสมาชิกในหน่วยงาน ในทิศทางเดียวกันโดยได้มติการประชุมให้จัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเดี่ยวที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลงานวิจัย 24 สถาบัน , OVID, CINAHL, PUBMED, SCINCEDIRECT โดยกำหนดคำในการสืบค้น ได้แก่

โรคหลอดเลือดสมอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Stroke and caregiver and empowerment

Cerebrovascular diseases and empowerment

Stroke and caregiver and rehabilitation program

Stroke and empowerment

ตารางที่ 2.5
การสืบค้นงานวิจัย

Database	Key words	Literatures	Literatures for studies
CINAHL	Cerebrovascular diseases and empowerment	0	-
	Stroke and caregiver and empowerment	64	2
	Stroke and caregiver and rehabilitation program	198	-
OVID	Cerebrovascular diseases and empowerment	68	1
	Stroke and caregiver and rehabilitation program	116	1
	Stroke and caregiver and rehabilitation program	274	2
Pub med	Stroke and empowerment	74	1
	Stroke and caregiver and empowerment	6	1

ตารางที่ 2.5 (ต่อ)
การสืบค้นงานวิจัย

Database	Key words	Literatures	Literatures for studies
Pub med	Stroke and caregiver and rehabilitation program	98	-
งานวิจัย 24สถาบัน	Stroke and caregiver	20	4
SCINCEDIRECT	Stroke and caregiver	53	1
	Stroke and empowerment	0	-
	Stroke and caregiver and rehabilitation	148	-

สรุป ผลการสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม (Full text) จำนวน 15 เรื่อง คัดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในที่สุดเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 8 เรื่อง จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ จำนวน 7 เรื่องและจากการสืบค้นด้วยมือ จำนวน 1 เรื่อง เพื่อนำมาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหาสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประเมินคุณภาพของงานและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก โดยผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพงานวิจัยตาม Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) แบ่ง Evidence ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หรือระดับ A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

ระดับที่ 2 หรือระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบที่รัดกุม แต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับที่ 3 หรือระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับที่ 4 หรือระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้รับจากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในการปฏิบัติอื่นๆ ยังไม่มีข้อค้นพบจากการทำวิจัยทางคลินิกเลย หรือมีงานวิจัย แต่เมื่อพิจารณาแล้ว ไม่มีความสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติ

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 8 เรื่อง สามารถแบ่งระดับของงานได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 1 (Randomized Control trials) จำนวน 3 เรื่อง
2. งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 2 (Quasi-experimental research) จำนวน 4 เรื่อง
3. งานวิจัยที่อยู่ในระดับ 3 (Qualitative research) จำนวน 1 เรื่อง

ตารางที่ 2.6
งานวิจัยที่ใช้สร้างแนวปฏิบัติ

Author	Design/Level	Title
1. ศรีรัตน คุ่มสิน, 2546	RCT/1	ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. Puangtonn Retchtone, 2547	Quasi-experimental/2	The Effectiveness of empowerment program on care – giving ability , self – efficacy and self – esteem among family caregivers of cerebrovascular disease patients
3. จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540	Quasi-experimental/2	ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
4. จารึก ธาณิรัตน์, 2546	Quasi-experimental/2	ผลการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541	Quasi-experimental/2	การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2.6 (ต่อ)
งานวิจัยที่ใช้สร้างแนวปฏิบัติ

Author	Design/Level	Title
6. ยุวมาลย์ ศรีปัญญาศิศักดิ์ และคณะ,	RCT/1	ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7. O'Connell&B, 2004	Qualitative Design / 3	Managing as cares stroke survivors : Strategies from the field
8. Kalar,L.et al.,2004	RCT/1	Training cares of stroke patients

จากนั้นนำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง ดังแสดงใน
ตารางที่ 2.7(รายละเอียดตามเอกสารแนบในภาคผนวก ง.) นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา
ร่วมกันและสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำมาใช้ในการสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ไข
ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ความมั่นใจใน การดูแล ผู้ป่วยและตนเองได้และสามารถลดความเครียด
จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2.7
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
1. ศรีรัตน์ คุ่มสิน ,2546 เรื่อง ประสิทธิผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจ ต่อการรับรู้อำนาจ และระดับความเครียดของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง	1. รายละเอียด ขั้นตอนแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม กรอบแนวคิดของกิบสัน 2. โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ โดยกระทำรายบุคคล 3.ระยะเวลาการเสริมพลังอำนาจใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือนและมีการจัดการกระทำอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ 4. การประเมินผลลัพธ์จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที หลังการทดลอง 1 เดือน หลังการทดลอง 3 เดือน โดยใช้

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
1. ศรีรัตน์ คุ่มสิน ,2546(ต่อ)	- แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ - แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5. แนวทางการตั้งคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ต้องมีความชัดเจน เข้าใจง่าย
2. Puangtonn Retchtone,2547 เรื่อง The Effectiveness of empowerment program on care – giving ability , self – efficacy and self – esteem among family caregivers of cerebrovascular disease patients	1.โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ โดยกระทำในรายบุคคล และรายกลุ่ม 2.โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจตามกิบสัน ขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาในการดูแล ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ 3.วิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยใช้การขบวนการกลุ่มและนำผู้ดูแลในกลุ่มมาเป็นบุคคลต้นแบบ 4.พยาบาลก่อนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลควรมีการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาของผู้ป่วย จากแฟ้มการรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วย
3. จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ ,2540 เรื่อง ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	1. การสอน สาธิต ฝึกทักษะและการติดตามต้องเป็นพยาบาลคนเดิมตลอด กระบวนการฝึก 2.การสาธิตและการฝึกทักษะควรมีคู่มือประกอบ 3. ระยะเวลา45-60 นาที 4. การสาธิตและการฝึกทักษะ ต้องมีการทบทวนและฝึกปฏิบัติจนผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
4.จารึก ธานีรัตน์ , 2546 เรื่อง ผลการวางแผนจำหน่ายต่อ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	1. คู่มือการสอนการดูแลผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับ โรค สาเหตุ อาการแสดง การรักษา การพยาบาล ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั่วไปและการฟื้นฟู, การป้องกันภาวะแทรกซ้อนการ สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ความเครียดของ ผู้ดูแลในระหว่างการดูแล 2. พยาบาลเป็นผู้ประสานหลักกับทีมสหวิชาชีพใน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโดยรับข้อมูลจาก แพทย์ เรื่องการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เภสัชกร เรื่อง ยา การใช้ยา นักโภชนาการ เรื่องลักษณะ ชนิดอาหาร นักกายภาพบำบัด เรื่องโปรแกรมกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เรื่องการสนับสนุน ด้านอุปกรณ์ เงิน 3. มีการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยหลังจำหน่ายกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องระดับสถานีนอามัย เพื่อรับการดูแลที่ ต่อเนื่อง
5.สุดสิริ หิรัญขุนทด, 2541 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	วิธีการให้Intervention 1.กระบวนการมีขั้นตอนและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมี ความสามารถวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา มีการปรับ บทบาท และมีความสามารถควบคุมสถานการณ์ ดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1.1.การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลโดยนำ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
5. สุธสิริ หิรัญขุนทด, 2541(ต่อ)	2. พัฒนาความสามารถการดูแลและการจัดการตนเอง โดยการให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดและการจัดการตนเอง การส่งเสริมโดยการสอนฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง หาแหล่งปรึกษาด้านสุขภาพ การประเมินปัญหา การจัดการกับการดูแลตนเองของผู้ดูแลและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย 3. การติดตามเยี่ยม ช่วยระยะผู้ดูแลยังสามารถจัดการการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ ควรมีการติดตามเยี่ยมสม่ำเสมอและถี่ขึ้น 3 วัน/สัปดาห์ 4. กลยุทธ์ในการดำเนินการ - เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล - การสะท้อนคิด โดย มีการประเมินผลร่วมกัน สร้างกลุ่มเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล การช่วยเหลือ - การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน โดยกล่าวคำชมเชยในความพยายามและความอดทนของผู้ดูแลสม่ำเสมอ ด้วยความห่วงใยและเอื้ออาทร สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ
6. ยุวมาลย์ ศรีปัญญาพิศภักดิ์และคณะ, 2549 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1. รายละเอียด ขั้นตอนแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลา สื่อ/อุปกรณ์ 2. โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของ กิบสัน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ รายบุคคล ระยะเวลาติดต่อ ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน 3. การเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง แบ่งเป็น ครั้งที่ 1

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
6. ยุมมาลย์ ศรีปัญญวุฒิสักดิ์และคณะ,2549(ต่อ)	ครั้งที่ 2 หลังจากได้รับ Interventionในสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 3 หลังจากได้รับ Intervention แล้ว 8 สัปดาห์
7. O'Connell&B, 2004 Managing as careers of stroke survivors : Strategies	1. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล - การมองในเชิงบวก - การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง - การเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น - การเปลี่ยนแปลงการทำงาน - อารมณ์ขัน - การปิดกั้น - การช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน 2.บุคคลากรในทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อลดภาระงานของผู้ดูแลหลัก และลดสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล
8. Kalar,L.et al.,2004 Training cares of stroke patients	1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย - การลำดับความสำคัญของปัญหา - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การให้การสนับสนุนให้กำลังใจ - กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับ สื่อสาร และกิจวัตรประจำวัน - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครหรือหน่วยบริการที่สามารถให้การสนับสนุน

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)
ตารางวิเคราะห์สกัดเนื้อหาวิจัย

ผู้วิจัย / เรื่อง	สรุปผลการนำไปใช้
8. Kalar,L.et al.,2004 Training cares of stroke patients	2. การฝึกทักษะการดูแลการดูแลผู้ป่วยฝึกเฉพาะบุคคลและขึ้นกับสภาพปัญหา และความต้องการ ของแต่ละราย โดยฝึกครั้งละ 30-45 นาที แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยประกอบ 3. โปรแกรม Training cares of stroke เป็นการให้ความรู้แบบกลุ่มโดย บรรยายร่วมกับการฝึกปฏิบัติ โดยมีทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 เขียนแนวพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก

โดยผู้ศึกษาเขียนแนวพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิกการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson มีการดำเนินงานอย่างเป็นแบบแผน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา มีความมั่นใจ เกิดความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองตน มีศักยภาพ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย และจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งใน แนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองหลอดเลือดสมอง

การให้ความหมายของคำสำคัญที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิก (Definition)

1. ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นหลักที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงมีระดับความเครียดรุนแรงหรือผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับตั้งแต่การรับรู้พลังอำนาจต่ำจนถึงมีรับรู้พลังอำนาจปานกลางและให้การดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 การค้นหาความจริงตามสถานการณ์

2.2 การพิจารณาไตร่ตรองหรือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2.3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ

2.4 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่าและโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานและเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองในส่วนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบหรือเข้าใจ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมาย (Caregivers target)

1. ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน โดยต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่มีระดับความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงมีระดับความเครียดรุนแรงหรือผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับตั้งแต่การรับรู้พลังอำนาจต่ำจนถึงมีรับรู้พลังอำนาจปานกลางและให้การดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิง ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

แนวปฏิบัติประกอบ 2 ส่วน

1. คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน มีการดำเนินการอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความจริงตามสถานการณ์
2. การพิจารณาไตร่ตรองหรือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ
4. คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสัปดาห์ที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพที่เป็นจริง
2. ผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดการพิจารณาไตร่ตรองปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและต้องการแก้ไขจริง
3. ผู้ดูแลร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการแก้ไข
ปัญหา

เทคนิคในการปฏิบัติกิจกรรม

1. โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล
2. การสร้างบรรยากาศ สิ่งแวดล้อม การเป็นกันเอง
3. สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ดูแลต่อพยาบาลโดยพยาบาลผู้เสริมสร้างพลังอำนาจต้อง
ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการรักษาจากแฟ้มประวัติ (Puangtonn R, 2004)
4. การมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเช่นการคิด
หาสาเหตุ การตัดสินใจหาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง (สุคดีรี หิรัญชุมนะ, 2541)

วันที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล และผู้ป่วย(ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546)
2. ประเมินสภาพผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของ
ผู้ป่วย/ผู้พิการของศูนย์ สิรินครเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ(ศรีรัตน์ คุ่มสิน,
2546; Kalar, L.et al., 2004)
3. พยาบาลแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแล
ได้ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาตาม
สภาพการณ์จริง ประเมินสภาพปัญหาผลกระทบของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง โดยใช้คำถามกว้างๆและเจาะลึกลงในรายละเอียดแต่ละประเด็นใช้แนวหลักขณะคำถาม

ปลายเปิดตามแนวข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก(ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; Kalar, L.et al., 2004) เพื่อให้ทราบว่าคุณดูแลยังขาดทักษะหรือมีปัญหาในการดูแลด้านใด

วันที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

พยาบาลประเมินทักษะกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับข้อเท็จจริงในการปฏิบัติกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง(ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; Puangtonn R, 2004) ตามพร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลใช้ศึกษาประกอบการดูแล (Kalar, L.et al., 2004; จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเพื่อนำไปวางแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล

วันที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันสรุปบทวนประเมินพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและต้องการแก้ไข โดยได้ตรงตรง สะท้อนคิดถึงปัญหา ปัจจัยเดิมที่มีอยู่ส่งเสริมต่อการแก้ไขปัญหาหรือปัจจัยใดที่ยังขาด ตลอดจนถึงสภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะเศรษฐกิจการเงิน ส่งผลต่อการแก้ไขได้สำเร็จ จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีรายละเอียดและการกำหนดหัวข้อของปัญหา สาเหตุ แนวทางการแก้ไข และการประเมินผล โดยผู้ดูแลเป็นผู้วางแผนการแก้ไข ปัญหาได้ด้วยตนเอง พยาบาลทำหน้าที่ให้คำแนะนำสนับสนุนเพิ่มเติม (ศรีรัตน์ คุ่มสิน., 2546; Puangtonn R, 2004; ยุวมาลย์ ศรีปัญญาฉัตรศักดิ์., 2549)

กรณีที่มีการร้องขอจากผู้ดูแลบางปัญหาที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุนั้นๆได้ เช่น เกี่ยวข้องกับญาติ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานแทนในการติดต่อกับบุคคลนั้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหานั้นได้(ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; สุดศิริ หิรัญสุขณะ, 2541)

การเสริมพลังอำนาจสัปดาห์ที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เทคนิคในการปฏิบัติกิจกรรม

1. ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในทีมการรักษาฟื้นฟู ครอบคลุมผู้ดูแล
2. สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล

วันที่ 1 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาและการจัดการความเครียด สื่อสาร การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์ เครื่องช่วย อาการนำส่งโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์ในชุมชนและการจัดสภาพแวดล้อม (Kalar,L.et al., 2004; จินนะรัตน์ ศรีภักทวิญญู, 2540)

วันที่ 2 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

พยาบาลส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ทักษะ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อ และ ทบทวนซ้ำ จนผู้ดูแลปฏิบัติถูกต้องและเกิดความมั่นใจ(Kalar, L.et al., 2004; จินนะรัตน์ ศรีภักทวิญญู, 2540)

วันที่ 3 ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ให้ผู้ดูแลเริ่มปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมและสนับสนุนให้กำลังใจ
2. การประเมินผลร่วมกันเป็นระยะระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลโดยประเมินสภาพผู้ป่วยใช้แบบประเมิน SNMRC- Functional Assessment ในหมวดที่1 ถึงหมวดที่ 6 และ

ปัญหาอื่นของการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546 ; สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541)

หมายเหตุ

1. กิจกรรมการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลแต่ละราย เนื้อหา รายละเอียดและระยะเวลาในการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะจะไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาความต้องการและความพร้อมของแต่ละบุคคล
2. พยาบาลติดต่อประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อรับทราบข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ และเพื่อประสานงานให้ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้หรือฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ (จารึก ธาณรัตน์, 2546 ; O'Connell & B, 2004; Kalar, L. et al, 2004)

การเสริมพลังอำนาจครั้งสัปดาห์ที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญา
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรม

1. ดำเนินกิจกรรมการประชุมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเปิดโอกาสให้แต่ผู้ดูแลแต่ละคนเล่าถึง ถึงปัญหา ความรู้สึกรการดูแล แนวทางแก้ไขของแต่ละคน มีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และนำเสนอซักในกลุ่มที่ประสบผลสำเร็จในการจัดการแก้ไขกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้มาเป็นบุคคลต้นแบบและเกิดการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย (Puangtonn R. , 2004; สุดศิริ หิรัญชุนหะ., 2541)
2. พยาบาลผู้เข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลนำข้อมูลที่ได้ แจ้งแก่พยาบาลเจ้าของไข้หรือบุคลากรในทีมการฟื้นฟูเพื่อเป็นข้อมูลในการฟื้นฟูผู้ป่วยแลครอบครัว (จารึก ธาณรัตน์, 2546)

การเสริมพลังอำนาจครั้งสัปดาห์ที่ 4

วัตถุประสงค์

1. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
2. เพื่อยุติการสร้างสัมพันธภาพ

กลยุทธ์ในการปฏิบัติกิจกรรม (สุดศิริ หิรัญขุนหะ; 2541)

1. การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักเอาใจใส่และเกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย
2. เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแลการส่งเสริมการดูแลและการติดตามเยี่ยมเป็นระยะ

กิจกรรม

1. พยาบาลติดตามประเมินผลผู้ดูแล ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลกับผู้ดูแลร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยใช้แบบประเมิน SNMRC-Functional Assessment ในหมวดที่1 ถึงหมวดที่ 6 และปัญหาอื่นของการดูแลเพื่อทำให้ผู้ดูแลเห็นถึงความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

หมายเหตุ กรณีผู้ดูแลและผู้ป่วยยังไม่จำหน่ายกลับบ้าน

1. การติดตามเยี่ยมประเมินทุก 2 สัปดาห์ จนกว่าจำหน่ายกลับบ้าน(จินนะรัตน์ ศรีภักทวิญญู.,2540)
2. นำผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยมาเป็นบุคคลต้นแบบในการทำกิจกรรมผู้ดูแล กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มต่อไป(Puangtonn R., 2004)
3. การส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วย ผู้ดูแล แก่สถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรับการรักษาต่อเนื่อง(จารึก ธานีรัตน์., 2546)

การประเมินผล

1. ประเมินผลผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(ศรีรัตน คุ่มสิน, 2546)
จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย

การประเมินครั้งที่ 1 วันที่ 1 สัปดาห์ที่

การประเมินครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 สิ้นสุดการให้โปรแกรมทันที

การประเมินครั้งที่ 3 สิ้นสุดการให้โปรแกรม 1 เดือน

การประเมินครั้งที่ 4 สิ้นสุดการให้โปรแกรม 3 เดือน

ในรายที่จำหน่ายกลับบ้านก่อนจำหน่ายกลับบ้านและแนะนำข้อบ่งชี้ในการใช้แบบสอบถามโดยทำแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 3 เดือน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์และ 1 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ร่วมในการดำเนินการ ประกอบด้วย

2.1.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย
2 ส่วน

2.1.1 เรื่อง ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ การรักษา บัญญัติเสี่ยง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันแผลกดทับ ภาวะสุดสัลดัก การดูแลทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันท้องผูก คำแนะนำเรื่องการใช้ยารักษาโรคหลอดเลือดสมอง การพูดและการสื่อความหมาย การป้องกันอุบัติเหตุ ความเครียดและการจัดการความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ แหล่งประโยชน์และสิทธิผู้พิการ ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างคู่มือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดตามภาคผนวก (ก)

2.1.2 คู่มือเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจัดทำโดย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เนื้อหาประกอบด้วย การจัดทำผู้ป่วย การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ การฝึกการ

เคลื่อนไหวบนเตียงและการฝึกนั่ง การฝึกยืนและการเดิน การฝึกกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การสวมใส่เสื้อผ้า การจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น รถเข็น ไม้เท้า รายละเอียดตามภาคผนวก(ข)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

2.2.1 สำหรับผู้ป่วย

2.2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2.1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย และผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional Assessment)

2.2.1.3 แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power)

2.2.1.4 ประเมินตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone)

2.2.2 สำหรับผู้ดูแล

2.2.2.1 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของศรีรัตน์ คุ่มสิน(2546) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 22 ข้อ

2.2.2.3.2 แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของศรีรัตน์ คุ่มสินเป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจ การรับรู้ความสามารถความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย การดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 40 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

1. แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ของศรีรัตน์ คุ่มสิน ซึ่งทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2546 โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ใน

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88

2. แบบวัดความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546 ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ คือ สตีเวน เอช ซาริท (Steven H. Zarit) หลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยและนำมาปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาให้มีความเหมาะสมทางด้านกับกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .76

3. แบบประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย และผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional Assessment) ผ่านการทำ Validity และทดลองใช้หาค่า integrator reliability = 0.98

การให้คะแนนแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ ผู้พิการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC Score) รายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 = Complete Independent (ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ) ทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทุกขั้นตอนภายในเวลาพอสมควร ไม่ต้องดัดแปลงวิธีการไม่ต้องใช้เครื่องช่วย และมีความปลอดภัยในการทำ

คะแนน 4 = Independent with assistance (ช่วยเหลือตนเองได้ดี) โดยระบุว่า assistance โดย device หรือ supervision กล่าวคือ สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เองแต่อาจใช้เวลามากกว่าปกติ หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายอยู่บ้าง อาจต้องดัดแปลงวิธีการ อาจต้องใช้เครื่องช่วย หรืออาจต้องมีผู้คอยระวัง ชี้นำ ชัย้นะยอ แต่ผู้ช่วยเหลือไม่ได้ออกแรงช่วยทำกิจกรรมนั้น

คะแนน 3 = Independent with minimal assistance (ช่วยเหลือตนเองได้มาก) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า 50 % ออกแรงทำเองต้องการผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย

คะแนน 2 = Independent with moderate assistance (ช่วยเหลือตนเองได้น้อย) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 50 % ต้องการผู้ช่วยเหลือมาก

คะแนน 1 = Dependent (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

คะแนน สามารถแบ่งประเภทของผู้ป่วย / ผู้พิการได้ 11 ระดับ โดยดูจากคะแนนที่รวมได้จากการประเมินจาก 35 กิจกรรม คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 35-175 ได้แก่

ตารางที่ 2.8

ความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย และผู้พิการ

ระดับความสามารถ	ระดับ	ช่วงคะแนน
Complete Independent มี 1 ระดับ	5	175
Independent with assistance มี 3 ระดับ	4+	160-175
	4	144-159
	4-	129-143
Independent with minimal assistance มี 3 ระดับ	3+	114-128
	3	98-113
	3-	83-97
Independent with moderate assistance มี 3 ระดับ	2+	67-82
	2	51-66
	2-	36-50
Dependent มี 1 ระดับ	1	35

4. แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) แบ่งเป็น 6 ระดับ

ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

ระดับ 1 หมายถึง คลำได้การหดตัวของกล้ามเนื้อ

ระดับ 2 หมายถึง กล้ามเนื้อหดตัวทำให้ข้อเคลื่อนไหว ได้ตลอด
พิสัยการเคลื่อนไหว เมื่อขจัดแรงโน้มถ่วง

ระดับ 3 หมายถึง กล้ามเนื้อหดตัว ทำให้ข้อเคลื่อนไหวต้านแรง
โน้มถ่วงได้ตลอดการพิสัยการเคลื่อนไหว

ระดับ 4 หมายถึง กล้ามเนื้อหดตัว ทำให้ข้อเคลื่อนไหวต้านแรง
โน้มถ่วง และต้านแรงผู้ตรวจได้พอประมาณ

ระดับ 5 หมายถึง กล้ามเนื้อหดตัว ทำให้ข้อเคลื่อนไหวด้านแรง
โน้มถ่วง และต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่

5. ประเมินตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone) แบ่งเป็น 6 ระดับ (กิ่งแก้ว ปาจารย์,
2548)

- 0 ความตึงกล้ามเนื้อปกติ
- 1 ความตึงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น เล็กน้อยเวลาขยับข้ออาจรู้สึกกล้ามเนื้อ
มีแรงต้านเล็กน้อย แล้วคลายตัวอย่างรวดเร็ว หรือรู้สึกว่ากล้ามเนื้อมี
แรงตึงตัวสุดพิสัยของการเคลื่อนไหว
- 1+ ความตึงกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เล็กน้อยเวลาขยับข้อรู้สึกว่ากล้ามเนื้อมีแรง
ต้านน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อนั้น
- 2 การตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเวลาขยับข้อ รู้สึกว่ากล้ามเนื้อมีแรงต้าน
มากกว่าครึ่งหนึ่งของพิสัยของข้อนั้น แต่ยังขยับได้ง่ายอยู่
- 3 การตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเวลาขยับข้อ รู้สึกว่ากล้ามเนื้อมีแรงต้าน
มากกว่าครึ่งหนึ่งของพิสัยของข้อนั้น รู้สึกขยับข้อด้วยความยากลำบาก
- 4 ความตึงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นมากจน แขน-ขา นั้นยึดอยู่ในท่างอ หรือ
ในท่าเหยียด

ขั้นตอนที่ 5 หาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะ
ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 ท่าน
ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้นำมา โดยมีการปรับปรุง
และเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนเนื้อหาและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เรื่องคำแนะนำการใช้ยา
, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, การกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง, การจัดการความเครียด
2. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยปรับแบบประเมินและแบบบันทึกให้
ความสอดคล้อง เหมาะสม ข้อมูลไม่ซ้ำซ้อนกับข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน
3. คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง สำหรับพยาบาล มีการปรับแก้ดังนี้

3.1. ปรับขั้นตอนและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ภาษาที่ใช้ควรมีความง่ายต่อการเข้าใจ

3.2. ขั้นตอนกิจกรรมการประเมินผู้ป่วยและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยผู้ดูแลจากทีมควรทำในวันแรกของการดำเนินการเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.3. รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและผลของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้มีการส่งต่อข้อมูล ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้รับทราบเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนดำเนินการต่อ

ผู้ศึกษาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การนำไปใช้

ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 รายโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถานที่ดำเนินการ

ตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิง ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

2. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

1 เมษายน-15 พฤษภาคม 2550

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน โดยต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาตึกผู้ป่วยในชายและตึกผู้ป่วยในหญิง ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน 2 ราย

4. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. สามารถติดต่อสื่อสารได้ และอ่านออกเขียนได้

3. ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน โดยต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
4. ผู้ดูแลที่มีระดับความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงมีระดับความเครียดรุนแรงหรือผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้พลังอำนาจอยู่ในระดับตั้งแต่การรับรู้พลังอำนาจต่ำจนถึงมีรับรู้พลังอำนาจปานกลาง
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก สภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ในระยะฟื้นฟู และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอยู่ในระดับ Independent with minimal assistance จนถึงระดับ Dependent

5. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ผู้มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการกำเริบของโรคและต้องส่งตัวรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

6. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

6.1 คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล

6.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1. คู่มือความรู้โรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดตามภาคผนวก (ก)

ส่วนที่ 2. คู่มือเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจัดทำโดย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รายละเอียดตามภาคผนวก (ข)

7. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ รายละเอียดตามเอกสาร (ค)

7.1 สำหรับผู้ป่วย

7.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

7.1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย และผู้พิการของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC- Functional Assessment)

7.1.3 แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ(Muscle power)

7.1.4 แบบประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ(Muscle tone)

7.2 สำหรับผู้ดูแล

7.2.1 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7.2.2 แบบประเมินความเครียด

8. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการศึกษาอิสระในครั้งนี้มีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการศึกษา ผู้เข้าร่วมทุกท่านต้องเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยผู้ทำการศึกษาปฏิบัติดังนี้

8.1 โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับข้อมูลตามเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล

8.2 การ สัมภาษณ์ถึงการดูแลผู้ป่วย บันทึกเทป ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ปกปิดชื่อ จะทำลายเอกสารเมื่อการเขียนรายงานเสร็จสิ้นแล้ว

8.3 มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าไม่ต้องการ

8.4 กรณีที่พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วย ระหว่างดำเนินโครงการได้แก่หากผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับความเครียดสูงและไม่สามารถลดระดับความเครียดได้ ผู้ทำการศึกษาแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้เข้าร่วมโครงการรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชนหรือปรับเปลี่ยนผู้ดูแลอื่นมาดูแลผู้ป่วยแทน เพื่อลดระดับความเครียด

9. วิธีดำเนินการ

9.1 ขั้นตอนเตรียมการ

แจ้งรายละเอียดของโครงการและวัตถุประสงค์การดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ที่ติดผู้ป่วยใน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน และเกิดความร่วมมือภายในหน่วยงาน

9.2 ขั้นตอน ดำเนินการ

เมื่อได้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาระดับขั้นตอนดำเนินการ เสริมพลังอำนาจตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

10. ขั้นตอนติดตามประเมินผล

ติดตามประเมินผล โดยการสังเกต การติดตามเยี่ยมระหว่างดำเนินโครงการและใช้แบบวัดการรับพลังอำนาจและแบบวัดระดับความเครียดผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546)

ขั้นตอนที่ 7 สร้างคู่มือ (Nursing manual)

สร้างคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลโดยผู้ศึกษาสร้างจาก 1) การสกัด การสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) จากผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 3) จากผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง และเพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำไปใช้ จึงสร้างเป็นคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป จากนั้นนำไปให้พยาบาลประจำการในหน่วยงานผู้ป่วยใน 2 ท่าน อ่านทำความเข้าใจ ประเมินความยากง่ายของเนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติ

ผู้ศึกษาการเขียนแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ประกอบด้วย

1. ชื่อแนวปฏิบัติ
2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม
3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
4. วิธีการดำเนินการ
5. ข้อเสนอแนะ
6. หลักฐานที่ใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะ

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ
8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ทางคลินิก
9. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติรายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารอ้างอิง (www.guideline.gov, อ้างใน ชิดชนก มยุรภักดิ์, 2549)

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ประกอบด้วย

1. เครื่องมือประเมินผล
2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล

ขั้นตอนที่ 8 เผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ

เผยแพร่แนวปฏิบัติพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1 ระดับหน่วยงานโดยเสนอการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล
- 2 เผยแพร่ผลการศึกษาในบทความวิชาการหรือวารสารทางการแพทย์เพื่อเป็นประโยชน์แก่การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง