

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. บริบทโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

#### บริบทโรงพยาบาลสิงห์บุรี

โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งอยู่ที่ถนนขุนสรรรค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 30 ไร่ เริ่มก่อสร้างตั้งแต่ พ.ศ. 2495 ด้วยงบประมาณจากรัฐบาล มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง ต่อมาได้ขยายกิจการด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล และเงินบริจาคจากเอกชน ปัจจุบันมีเตียงรองรับผู้ป่วยได้ 310 เตียง

#### 1. ขอบเขตและอาคารสถานที่

โรงพยาบาลสิงห์บุรีตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสิงห์บุรี มีอาณาเขตติดต่อกับสถานที่ต่าง ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ	จดบริเวณที่เอกชน
ทิศใต้	จดเขตตลาดเทศบาลสิงห์บุรี
ทิศตะวันออก	จดถนนขุนสรรรค์ซึ่งเป็นถนนสายหลักเข้าตัวเมือง จังหวัดสิงห์บุรี
ทิศตะวันตก	จดศาลหลักเมืองจังหวัดสิงห์บุรีและถนนเลียบบคลองส่งน้ำ ของกรมชลประทาน

## 2. ข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ตาราง 1 สถิติจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลสิงห์บุรีปี 2546 - 2548

รายการ	หน่วย	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ.2548
จำนวนผู้มารับบริการรายใหม่	คน	47,228	44,606	45,685
จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด	ราย	192,120	189,120	198,192
จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน	ราย	618	661	685
จำนวนผู้ป่วยนอก	ราย	162,307	158,000	176,542
จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน	ราย	568	552	586
จำนวนเตียง	เตียง	310	310	310
จำนวนผู้ป่วยใน	คน	20,313	20,515	20,547
จำนวนวันอยู่โรงพยาบาล	วัน	100,012	99,311	101,948
จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย	ราย	13,999	14,440	15,100
จำนวนเตียงผู้ป่วยต่อแพทย์ 1 คน	ราย	923	733	695
อัตราการครองเตียง	ร้อยละ	88.39	80.70	85.63
อัตราหมุนเวียนการใช้เตียง	คน/เตียง	45	46	48
จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน	ราย	274	250	265
จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยอยู่ โรงพยาบาล	วัน	7	6	7
จำนวนผู้ป่วยถึงแก่กรรม	ราย	535	542	562

ที่มา : จากเอกสารประกอบการรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกปิดรอบที่ 2 ปี 2548  
(โรงพยาบาลสิงห์บุรี, หน้า 7)

## 3. งานบริการของโรงพยาบาลสิงห์บุรี

โรงพยาบาลสิงห์บุรี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพอนามัย และให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม สถิติจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสิงห์บุรี (2548) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 มีจำนวน 367 คน 423 คน และ 516 คน ตามลำดับ โดยไม่รวมยอดผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มาด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่นซึ่งไม่ได้แยกลงสถิติไว้ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลจาก

แพทย์ พยาบาล จนพ้นภาวะวิกฤต เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่เข้าสู่ระยะพักฟื้น มีความปลอดภัยพอที่จะไปดูแลต่อที่บ้าน แพทย์จะจำหน่ายให้กลับบ้าน ระหว่างที่เตรียมผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความพร้อมผู้ดูแลเพื่อให้กลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ โดยจะสอน แนะนำให้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ การดูแลความสะอาดผู้ป่วยตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ นักโภชนาการในเรื่องการทำอาหารสายยาง พยาบาลจะให้ผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านเป็นผู้ไปเรียนทำอาหารสายยางและเตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง ในเรื่องการทำกายภาพบำบัด แพทย์เจ้าของไข้จะเขียนใบปรึกษากายภาพและนักกายภาพจะขึ้นมาสอนผู้ดูแลทำกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนกลับบ้านโดยวิธีการสาธิต และขั้นตอนสุดท้ายพยาบาลจะประสานงานทีมเยี่ยมบ้านแผนกเวชกรรมสังคมให้มาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่พื้นที่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิ่งบริวารแผนกเวชกรรมสังคมจะติดต่อประสานงานกับสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนในเขตความรับผิดชอบพื้นที่บ้านผู้ป่วยต่อไป เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการนัดให้มาตรวจที่โรงพยาบาลตามความเหมาะสม

## ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident or CVA) หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทโดยมีสาเหตุโดยตรงจากการแตกหรือตีบตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อาการชาของแขนขา อัมพาต หมดสติ เป็นต้น กลุ่มอาการเหล่านี้จะเกิดแบบทันทีทันใด แสดงอาการอยู่ได้นานกว่า 24 ชั่วโมง และอาจรบกวนการทำหน้าที่ ของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด โดยทั่วไปในชาวตะวันตกมักเรียกติดปากกันว่าสโตรค (stroke) ความหมายเหมือนกับคำว่าอัมพาตที่พูดกันติดปากในคนไทย ทางวงการแพทย์ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า cerebrovascular disease หรือ CVD (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 1,15)

### 2. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามพยาธิสภาพได้ 2 ชนิดคือ

#### 2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2.1.1 ขาดเลือดชั่วคราว (transient cerebral ischemic or ischemic attacks) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว จะเกิดอาการและอาการแสดงในระยะสั้น ๆ ไม่เกิน 24 ชั่วโมง เช่น ความผิดปกติทางความคิด ความจำ ความรู้สึกตัว การควบคุมกล้ามเนื้อ หรือการรู้สัมผัสอาจเกิดเพียงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย เมื่อระยะเวลาผ่านไปช่วงหนึ่งอาการจะหายไปจนไม่สามารถวินิจฉัยได้ ในกรณีที่มีอาการนานกว่า

24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนหายเป็นปกติ เรียกว่า reversible ischemic neurological deficit (RIND) สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดและมีอัตราเสี่ยงสูงในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดเรื้อรัง โรคของหลอดเลือดที่ทำให้เลือดมีความหนืดสูง ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย คนอ้วน และผู้ที่สูบบุหรี่จัด

2.1.2 โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการตีบและอุดตัน (cerebral emboli and thromboli) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันจนขาดเลือดไปเลี้ยงเซลล์ประสาทสมอง การอุดตันของหลอดเลือดสมองอาจเกิดจากพยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดที่หนาขึ้น หรืออาจจะเกิดจากมีก้อนเลือดมาอุดตันโดยตรง ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดและตายในที่สุด

การตีบของหลอดเลือดสมองเกิดจากการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดที่จับบริเวณผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง การอักเสบของหลอดเลือดแดงจากการติดเชื้อ และการที่มีเกร็ดเลือดมาจับบริเวณผนังหลอดเลือดมากผิดปกติ การตีบของหลอดเลือดส่วนใหญ่จะพบในคนที่มียายุมากกว่า 55 ปี

การอุดตันของหลอดเลือดสมอง มักเกิดจากก้อนเลือด ฟองอากาศ ก้อนไขมันที่เกิดจากการแตกหักของกระดุก การอุดตันของหลอดเลือดสมองนี้เกิดได้ทุกกลุ่มอายุ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะมีความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเลือดที่อุดตัน ตำแหน่งที่สมองขาดเลือด อายุของผู้ป่วย การปรับตัวของหลอดเลือดเส้นอื่นในสมองและปัจจัยร่วมอื่น ๆ

2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือด (intracerebral hemorrhage) โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงในสมอง เลือดที่ออกจะแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อสมองทำให้เกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่ดันและเบียดเนื้อสมอง หรืออาจแตกเข้าไปในโพรงสมองหรือเข้าไปในช่องน้ำไขสันหลัง สมองบริเวณรอบๆ ที่หลอดเลือดแตกจะขาดเลือดและบวม ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ของความดันปกติ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง และเสียหายที่สุดในที่สุด

โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ พบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 90 ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงและปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ

### 3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

#### 3.1 สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

3.1.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2-17 เท่าของคนปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงเกิน 130 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ

3.1.2 โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าคนปกติ 2 เท่า เนื่องจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงขึ้นจะทำให้หลอดเลือดแข็ง

3.1.3 โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 2-5 เท่า เนื่องจากการทำงานของหัวใจที่ลดลงและการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจ ซึ่งมีโอกาสหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง

3.2 นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้ว ยังพบว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

3.2.1 อายุ จากการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราเกิดเพิ่มเป็น 2 เท่า ในคนที่มีอายุมากกว่า 55 ปี

3.2.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าในช่วงเจริญพันธุ์เพศชายมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่ภายหลังวัยเจริญพันธุ์พบว่ามีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen)

3.2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และเบตาไลโปโปรตีน (Betalipoprotien) ซึ่งเข้าไปจับผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง

3.2.4 โรคเลือด จากการศึกษาพบว่าถ้ามีระดับของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) สูงมากกว่า 15 mg% ในเพศชาย และ 14 mg% ในเพศหญิง จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงกว่าคนปกติ

3.2.5 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผลของนิโคติน (Nicotin) จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำให้เกร็ดเลือดรวมตัวและเกาะกลุ่มกันแน่น จึงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

3.2.6 การดื่มสุรา จะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมองนอกจากนั้นยังพบว่า การดื่มสุราจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้นและทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

3.2.7 ความอ้วน เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กันโดยการทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตามมา

3.2.8 การรับประทานยาคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิด มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป 4-11 เท่า เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะทำให้หลอดเลือดหดตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดหลอดเลือดแข็งตามมา

3.2.9 ปัจจัยอื่นๆ เช่น ขาดการออกกำลังกาย หลอดเลือดสมองผิดปกติ เชื้อชาติ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

#### 4. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากทำให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย เป็นโรคที่ถึงแม้จะสามารถรักษาให้อาการของโรคคงที่ได้แล้วแต่ก็ยังมีการพิการหลงเหลืออยู่ อาการของโรคมีแนวโน้มที่จะเลวลงเนื่องจากพยาธิสภาพและความจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและการปรับตัวในด้านต่างๆ เช่น การรักษา การควบคุมโรค การป้องกันโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินชีวิต

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว อาจพบเพียงการชาของแขนขา และอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายเป็นปกติ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงมากจะทำให้เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย โดยในสัปดาห์แรกจะตายด้วยสมองบวม สัปดาห์ที่ 3 จะตายด้วยปอดบวม (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนรอดชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะพบว่าอัตราการตายใน 3 เดือนแรก ร้อยละ 14 ในระยะ 6 เดือน ร้อยละ 19 และร้อยละ 87 จะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ถ้าอาการไม่รุนแรงมากในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึก เนื่องจากภาวะสมองบวม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สูญเสียความจำ สูญเสียรีเฟล็กซ์ สูญเสียการมองเห็น สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนพ้นภาวะวิกฤตมาได้ ผู้ป่วยก็อาจยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น ภาวะอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีชีวิตรอด ร้อยละ 80 จะยังคงเหลือความผิดปกติของร่างกายที่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ร้อยละ 10 จะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ และอีกร้อยละ 10 สามารถหายเป็นปกติได้ ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองในรายที่สามารถรอดชีวิตและอยู่ในระยะฟื้นฟู สามารถแบ่งได้ ดังนี้

4.1 ผลกระทบต่อพัฒนาการ ผลกระทบที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ยังหลงเหลืออยู่จะทำให้พัฒนาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ในวัยผู้ใหญ่จะเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมบูรณ์เต็มที่แล้ว ซึ่งในวัยนี้ผู้ป่วยจะกำลังประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน แต่งงานมีครอบครัวแล้ว กำลังอยู่ในช่วงของการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ตามพัฒนาการของชีวิต จากผลดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น

#### 4.2 ผลกระทบด้านร่างกาย

4.2.1 การเคลื่อนไหวผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่อ่อนแรงได้ ทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งกาย การเคลื่อนไหว เป็นต้น ในรายที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความเจ็บปวด และจะเจ็บปวดมากขึ้นเมื่อ

เคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังมีความจำกัดในการเคลื่อนไหวมากขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมา นอกจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งผลของโรคจะทำให้เหนื่อยง่ายและฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคดังกล่าวบางชนิดจะทำให้ผู้ป่วยวิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย จึงยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมากขึ้น

4.2.2 การรับประทานอาหาร ผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ตามปกติ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาลดสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานได้น้อยลง การดูดซึมสารอาหารลดลง และเบื่ออาหารเนื่องจากภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากการขาดสารอาหารและน้ำแล้วผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนของระบบหายใจเนื่องจากการสำลักเศษอาหารเข้าไป โดยเฉพาะภายหลังเกิดโรคในช่วง 2-3 วันแรก จะสูญเสียรีเฟล็กซ์ในการกลืนและขย้อน ดังนั้นในระยะแรกๆ จึงจำเป็นต้องงดอาหารทางปาก และควรได้รับการทดแทนสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

4.2.3 การพูดและสื่อสาร มักจะพบปัญหาในการพูดและการใช้ภาษา เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้สมองส่วนการรู้และจำเสียหน้าที่ นอกจากนั้นอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด ลักษณะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อสาร สามารถแบ่งตามรอยโรคได้ดังนี้ (Jordan & Kaiser, 1996) คือ

1) ชนิดโบรคา (broca's aphasia) ผู้ป่วยจะสามารถรู้ความหมายและเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน แต่จะพูดตะกุกตะกัก ไม่คล่องแคล่ว มีความจำกัดในการใช้คำพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาได้ถูกต้อง

2) ชนิดเวอร์นิคเก (wernicke's aphasia) ผู้ป่วยจะมีความจำกัดในการฟัง ขาดความสามารถในการเข้าใจภาษาพูดและภาษาเขียน พูดไม่ชัด แต่จะพูดเร็วและบางครั้งจะผิดความหมาย เช่น พูดถึงเท้าแต่จะใช้คำว่า "มือ" เป็นต้น

3) ชนิดคอนดัคชัน (conduction aphasia) จะมีลักษณะคล้ายกับชนิดเวอร์นิคเก (wernicke's aphasia) แต่จะดีกว่า กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูดและการฟังได้ดีกว่า ยังคงพูดเร็วแต่ชัดเจนกว่า

4) ชนิดอโนมิก (anomic aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการเลือกคำที่จะพูด แต่ยังสามารถใช้ภาษาพูดได้ถูกต้องและเข้าใจภาษาพูด

5) ชนิดโกลบอล (global aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้ภาษา ทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียน

นอกจากนี้อาจพบปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารชนิดพูดลำบาก ได้แก่ การพูดไม่ชัด เสียงขึ้นจมูก จังหวะการพูดช้า พูดแบบไม่มีระดับเสียง โดยมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองน้อย (cerebellum) ทำให้ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดเสียไป

#### 4.2.4 การขยับถ่าย ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

1) การขยับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบทั้งภาวะท้องผูกและภาวะอุจจาระร่วง ผู้ป่วยจะท้องผูก เนื่องจากได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยมักจะได้รับสารอาหารและน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากทีระบบการย่อยและดูดซึมมีประสิทธิภาพแล้วมักจะเปลี่ยนเป็นอาหารทางสายยางซึ่งจะมีกากใยน้อย นอกจากนี้การเคลื่อนไหวที่ลดลงก็จะเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดภาวะท้องผูกง่ายขึ้น สำหรับภาวะอุจจาระร่วง อาจพบได้ในรายที่อาหารไม่ย่อยและได้รับอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

2) การขยับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะพบความผิดปกติของการขยับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ ในระยะแรกๆ กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะสูญเสียความตึงตัว ทำให้มีปัสสาวะคั่ง จึงต้องสวนปัสสาวะให้ ปัญหาที่พบตามมาก็คือการติดเชื้ององทางเดินปัสสาวะ และอาจพบปัญหาไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ

4.2.5 การพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบปัญหา การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีผลมาจากการนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เกิดความเมื่อยล้า ไม่สุขสบาย จึงทำให้นอนไม่หลับ หรือหลับได้เพียงช่วงสั้นๆ เรียนรู้ต่างๆ ได้ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งการหลงลืมความจำในอดีตและความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจจำสิ่งของหรือคนที่ตนเองรู้จักคุ้นเคยไม่ได้ และไม่สนใจสภาพแวดล้อม ซึ่งผลของการเรียนรู้และความจำที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

4.2.6 การรับรู้รู้สึกลดลง ปัญหาที่พบบ่อยคือ การมองเห็นไม่ชัดเจน ตามัวมองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น กระยะไม่ถูก และมองเห็นเพียงด้านที่ดีด้านเดียวจึงทำให้ผู้ป่วยลืมด้านที่มีพยาธิสภาพ ไม่สนใจด้านตรงข้ามที่มีพยาธิสภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยการฟื้นฟูสภาพและการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำด้วยตนเองรวมทั้งไม่ระมัดระวังอุบัติเหตุในด้านเดียวกับที่มีพยาธิสภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้สัมผัสในด้านที่อ่อนแรง ไม่รับรู้ความเจ็บปวด ร้อน เย็น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะด้านที่มีพยาธิสภาพได้ง่าย

4.2.7 ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เนื่องจากผลของกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาต จึงทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1) ผลกดทับ เนื่องจากการนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดทับขาดเลือดไปเลี้ยง รวมทั้งผลของการเคลื่อนไหวที่ลดลง ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ลดลง จึงทำให้มีโอกาสเกิดผลกดทับได้ง่ายขึ้น

2) การติดเชื้ในทางเดินหายใจ เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยควบคุมการหายใจ ทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มที่ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดการสูดสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอดและการต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้ในทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

3) ปัญหาข้อติดและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการไม่ได้ใช้งานตามปกติ จึงเกิดการติดของข้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบและนอกจากนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก็จะทำให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบง่ายขึ้น

4) ปัญหาอุบัติเหตุ ได้แก่ หกล้ม ตกเตียง ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมทั้งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นร่วมด้วย

5) การติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ จึงอาจต้องสวนคาสายสวนปัสสาวะไว้หรือสวนเป็นครั้งคราว ซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

6) การติดเชื้ของผิวหนังและแผล เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จึงทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรคตามซอกและมุมอับชื้นของร่างกาย นอกจากนั้นในภาวะควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เมื่อถ่ายออกมาแล้วไม่ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ดีพอ ก็จะทำให้มีโอกาสติดเชื้ง่ายขึ้น

#### 4.3 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

4.3.1 ความกลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวความพิการ กลัวเกิดโรคซ้ำซ้อน กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแลกลัวความทุกข์ทรมานจากโรค มีความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เรียกร้องความสนใจ

4.3.2 ความซึมเศร้า ความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญโดยพบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเกิดตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันและร้อยละ 20 จะยังคงปรากฏอาการภายหลังเจ็บป่วย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มป่วยและอาการซึมเศร้าจะอยู่นาน 7 ถึง 8 เดือน จะมีอาการรุนแรงในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไร้คุณค่า เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ขาดคนสนใจ รู้สึกมีปมด้อย ผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่ายและสนใจตนเองลดลง ทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

4.3.3 ความรู้สึกสูญเสีย ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะก้าวร้าว โดยการใช้คำพูดหยาบคาย ทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของ บางรายอาจแสดงออกมาในรูปการวางอำนาจ ดูถูกผู้อื่น จู้จี้ และเรียกร้องความสนใจ

4.4 ผลกระทบด้านสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรู้สึกว่าเหว สิ้นหวัง เนื่องจากความจำกัดในด้านต่างๆ เช่น จำกัดในการเคลื่อนไหว จำกัดในด้านการสื่อสาร การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ๆ และคงสัมพันธ์ภาพเดิมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัว และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งการดูแลทั่วไปและการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในครอบครัวที่ฐานะของเศรษฐกิจไม่ดี ผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาซ้ำซ้อนมากขึ้น และอาจต้องเข้าไปรับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลจะต้องเพิ่มงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

4.5 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบของโรคจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง ท้อถอยในชีวิตและไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จึงทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น ถ้าผู้ป่วยยังคงมีความหวังและมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความเชื่อทางศาสนา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

4.6 ผลกระทบต่อครอบครัว โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย กล่าวคือ

4.6.1 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว เมื่อหัวหน้าครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้หารายได้แทน บางคนต้องปรับบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจสูญเสียโอกาสในการทำงาน สมาชิกที่อยู่ในวัยเรียนอาจสูญเสียโอกาสในการเรียน เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.6.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งมักจะเกิดตามหลังการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว รายได้ที่ลดลง และการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความตึงเครียดในครอบครัว ในบางครอบครัวอาจเกิดผลในทางตรงข้าม กล่าวคือมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเหนียวแน่นมากขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญปัญหาพร้อมกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

4.6.3 ความตึงเครียดและซึมเศร้าในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ความไม่แน่นอนของโรค การรักษา การวินิจฉัยโรค ความก้าวหน้าของโรคและการรักษา การต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ครอบครัวจะรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้นเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาพยาบาลได้ที่บ้าน เนื่องจากต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่และยังพบว่าครอบครัวจะรู้สึกซึมเศร้าถ้าผู้ป่วยต้องถูกส่งไปรับการรักษาในสถานพักฟื้น

4.7 ผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุข การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รัฐบาลต้องมีการวางแผนและเตรียมการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยจะทำให้กระทบกับประเทศชาติโดยตรง ผลของความเจ็บป่วยที่กระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขได้แก่

4.7.1 นโยบายให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ เช่น การให้บริการคลินิกเฉพาะโรค การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน การจัดโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะแก่ผู้ป่วยที่หลงเหลือความพิการ การจัดสวัสดิการด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นต้น

4.7.2 การเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา พยาบาลในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งมีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ทีมสุขภาพที่ทำงานกับผู้ป่วยควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเกี่ยวกับโรค การรักษา และการฟื้นฟูเป็นอย่างดีรวมทั้งมีความอดทนในการดูแลระดับประคองจนกว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถดูแลตนเองได้ดี

จากผลกระทบดังกล่าวของโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาลจึงเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 5. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 5.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอากาศ และการหายใจอย่างเพียงพอ โดย

5.1.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ น้ำลายลงปอด ทอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุดทางเดินหายใจ และเฝ้าระวังสังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติ

5.1.2 ดูแลให้มีการบริหารการหายใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพ อย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยขจัดเสมหะ และป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ไม่สามารถทำเองได้ต้องช่วยโดยการจัดทำเพื่อระบายเสมหะ เคาะ

ปอด และดูดน้ำลาย หรือเสมหะออกให้อย่างระมัดระวัง รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวขจัดออกง่าย

5.2 ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500 – 2,000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด โดยจัดอุปกรณ์ให้สะดวกแก่การดื่มน้ำวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบได้สะดวกหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งสังเกต บันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน

5.3 ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ มีสารอาหารครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อยวันละ 2,000 แคลลอรี่ เลือกชนิดของอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย กำหนัดถึงรสชาติ และความชอบของผู้ป่วยจัดเตรียมอาหารวางไว้ให้ผู้ป่วยสามารถดักบ้อนได้สะดวก รวมทั้งดูแลความสะอาดปากและฟัน ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร ในรายที่มีปัญหาการกลืน ซึ่งพบประมาณร้อยละ 59 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะเกิดปัญหาการไอ การขย้อน และสำลัก (Lugger, 1994, หน้า 78-84) จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือกลืนอาหารได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารทางสายให้อาหาร โดยจัดเตรียมอาหารผสม หรืออาหารเหลวที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-12 แคลลอรี่ต่อมิลลิลิตร เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์ อย่างสม่ำเสมอ

5.4 ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ หรือข้อติดแข็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขาและมือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว การฝึกยืนขึ้นและนั่งลง การฝึกยืน และเดินโดยช่วยพยุง หรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องตาม ไมเท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 91)

5.5 ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ ใช้ผ้าอ้อมรองขับในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือมีปัสสาวะเล็ด และเริ่มฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม ในรายที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะต้องดูแลเป็นพิเศษ โดยให้ต่อสายสวนปัสสาวะลงระบบปิดที่ปลอดภัย ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งท่อทางเดินปัสสาวะ หรือเคลื่อนเข้าออก พร้อมทั้งทำความสะอาดด้วยวิธีล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และสังเกตบันทึกลักษณะ จำนวนปัสสาวะ ดูแลอย่าให้ผู้ป่วยท้องผูก โดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ให้ได้รับน้ำเพียงพอ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยขับถ่าย ตลอดจนกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียง หรือข้างเตียง โดยใช้หมอนอน เก้าอี้สำหรับถ่าย หรือกระบอกปัสสาวะ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วย ขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538, หน้า 54)

5.6 ดูแลความสะอาดสุขวิทยาบุคคล โดยช่วยเหลืออาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลปาก ฟัน ผม หนังศีรษะ เล็บมือ เล็บเท้า ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย

5.7 ดูแลตรวจสอบผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ เกิดจากมีแรงกดทับ แรงเสียดสี หรือแรงดึงต่อผิวหนัง เฉพาะที่ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและเกิดเป็นแผล โดยมีสาเหตุส่งเสริมหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การรับรู้ประสาทสัมผัสต่อผิวหนังลดลง ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การระคายเคืองจากปัสสาวะหรืออุจจาระ ภาวะทุพโภชนาการ มีวิธีป้องกันแผลกดทับโดยตรวจสอบประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า หรือพลิกตะแคงตัว ใช้วัสดุที่นุ่มรองรับน้ำหนักบริเวณที่มีแรงกดมาก โดยเฉพาะสะโพก ก้นกบ และสันเท้า การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลผิวหนังให้แห้งไม่อับชื้น ที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสีในรายที่เกิดแผลกดทับญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแล และส่งเสริมการหายของแผล

5.8 เฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อ ที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะปอดอักเสบ เนื่องจากการสำลัก รongลงมาคือ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสังเกตอาการใช้ลักษณะที่ผิดปกติของเสมหะ ปัสสาวะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและปัสสาวะ

5.9 เฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและอันตราย ที่พบบ่อยคือ การหกล้ม เนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือเป็นผลจากยาบางชนิด ทำให้การทรงตัวผิดปกติทั้งในท่านั่งและยืน ไม่สามารถลงน้ำหนักเท้า กระยะผิดพลาด หรือมีอาการวิงเวียนเนื่องจากความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือกระดูกหัก นอกจากนี้อาจได้รับอุบัติเหตุจากความร้อนหรือกระแสไฟฟ้า เนื่องจากประสาทรับความรู้สึกผิดปกติ ญาติผู้ดูแลต้องประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย คอยช่วยเหลือเมื่อเคลื่อนไหว เดินหรือเปลี่ยนท่า จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ ราวสำหรับยึดเกาะ รวมทั้งเฝ้าระวังความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง หรือสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะเกิดอันตรายได้ง่าย

5.10 ดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตสังคม โดยการป้องกันอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน การคงสภาพไม่ให้ความพิการเลวลง และฟื้นฟูสภาพเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้ป่วย โดย

5.10.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามขีดความสามารถ

5.10.2 จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความเป็นจริงอย่างถูกต้อง เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ นาฬิกา รูปภาพ ไม้ข้างเตียงผู้ป่วย

5.10.3 กระตุ้นประสาทสัมผัสการได้ยิน ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็ว การกระตุ้นการมองเห็น โดยจัดวางเครื่องใช้ต่างๆ หรือเข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่ตามองเห็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538, หน้า 54) ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาพลักษณะของตนเอง โดยจัดทำให้เห็นแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต นอกจากนี้ควรกระตุ้นประสาทการรับรส และกลิ่น โดยให้ผู้ป่วยฝึกรับประทานอาหารทางปาก

5.10.4 ปรับวิธีการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสม่ำเสมอ อธิบายวิธีการ ขั้นตอน และผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.10.5 การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียด และปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรค และความพิการที่เหลืออยู่ ตลอดจนปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการติดต่อเข้าสังคม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

5.11 ควบคุมและสังเกตอาการของโรคอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง หรือเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เม็ดเลือดแดงสูง การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และโรคอ้วน

5.12 สนใจติดตามผลการตรวจ รักษา และให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา

5.13 จัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา ดูแลผลของยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ละลายลิ่มเลือด หรือยับยั้งการเกาะติดกันของเกร็ดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และอวัยวะอื่นๆ ได้ง่าย ญาติผู้ดูแลจะต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทาน การเก็บรักษา ฤทธิ์ของยา การสังเกต และจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา

5.14 จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวจีบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.15 เรียนรู้ พัฒนาทักษะ ในการติดต่อขอความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพตลอดจนแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชนที่อยู่อาศัย

จะเห็นได้ว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีความซับซ้อน เกิดขึ้นเป็นผลต่อเนื่องกัน ญาติผู้ดูแลจึงต้องเรียนรู้ พัฒนาความสามารถ และทักษะเฉพาะ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย จึงขึ้นอยู่กับความสามารถของญาติผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของญาติดูแล

## 6. แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม

โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 22-23) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่มและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองมีลักษณะสำคัญคือ เป็นพฤติกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้การที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่สิ่งที่กระทำมีความเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นว่ากรกระทำนั้นๆ เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้ การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็น ความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการดำเนินการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำที่มีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องการกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้หมดครบถ้วนเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าเมื่อใดเมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองภายใต้ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ถือว่าบุคคลนั้นมีความพร่องในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการกระทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเป็ียงเบนทางสุขภาพ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) เพื่อตัดสินใจความต้องการในการ

ดูแลตนเอง (self-care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (self-care requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้หรือกระทำไม่ถูกต้องถือว่ามีพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นความพร่องในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ บุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลอื่น โดยที่โครงสร้างการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for self care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (power components : enabling capabilities for self care) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่คนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่มหรือปฏิบัติการ เพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเองเช่นเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ เป็นการวางตนให้เหมาะสม

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัย ที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ทฤษฎีทางการแพทย์บาลของโอเรียมเป็นทฤษฎีรวมประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

#### ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care)

ทฤษฎีนี้จะครอบคลุมถึงแนวคิดหลักในการดูแลตนเอง และการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป้าหมายของการดูแลตนเองคือ ความต้องการการดูแลตนเอง (self-care requisites) ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมย่อยที่ต้องกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการขณะนั้น ซึ่งเรียกว่า therapeutic self-care demand ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (self-care agency/ dependent-care agency) และปัจจัยพื้นฐาน (basic condition factors) จะมีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งบุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1) การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานในชีวิตมนุษย์ ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ หรืออาจเป็นการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อ พัฒนาและคงไว้ซึ่ง

ภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดในภาวะต่างๆ

3) การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ได้แก่ แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ พยาธิสภาพที่มีผลต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ โดยบุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน

#### **ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit)**

เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะดูแลตนเองหรือให้การดูแลผู้อื่น บุคคลนั้นอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (self-care deficit) เป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการดูแลตนเองในรูปของการรักษา (therapeutic self-care demand) ซึ่งอาจจะเป็นความต้องการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไปตามพัฒนาการและตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความต้องการดังกล่าวนี้ต้องมากกว่าความสามารถหรือพลังศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองหรือกล่าวใหม่ได้ว่า บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง (self-care demand) มากกว่าความสามารถของบุคคลที่มีอยู่ (self-care agency) ทำให้เกิดความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (therapeutic self-care demand) นั่นคือ บุคคลนั้นอยู่ในภาวะขาดการดูแลตนเอง (self-care deficit) ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองหรือให้การดูแลผู้อื่นต่อเองได้ บุคคลจึงต้องการการพยาบาล โอเร็มได้แบ่งลักษณะความพร้อมที่เกิดขึ้นเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ความพร้อมในการดูแลตนเองบางส่วน (partly deficits of self-care) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าหนึ่งข้อ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแล

2) ความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ (complete self-care deficits) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้เลย

### ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงบทบาทและความสามารถของพยาบาลในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือ ที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และได้แบ่งระบบการพยาบาลไว้ 3 แบบ ดังนี้

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) พยาบาลเป็นผู้ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค หรือไม่กล้าตัดสินใจ ไม่ทราบวิธีปฏิบัติ

2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมทำกิจกรรม โดยพยาบาลช่วยทำบางส่วนเนื่องจาก ผู้ป่วยมีข้อจำกัดบางอย่างในการเคลื่อนไหว หรือขาดความรู้และทักษะ

3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ระบบนี้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการของตนเองและกระทำการดูแลตนเอง โดยได้รับการสอนและแนะนำจากพยาบาล ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ (assistance) โดยใช้เทคนิคต่างๆ หลังจากนั้น ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ทำกิจกรรมตัดสินใจด้วยความรู้และทักษะเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง

### การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะกับปัญหาของผู้ป่วย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับสถานการณ์การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลใช้วิธีการช่วยเหลือวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทั้งรายบุคคล หรือกลุ่ม โดยมีจุดเน้นสำคัญที่การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ระบบการพยาบาล (nursing system) ตามแนวคิดของโอเรียม คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลและลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือปรับและพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ระบบพยาบาลเป็น

ระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543)

ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) คือผู้รับบริการไม่มีปัญหาควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดกระทำการดูแลแต่ยังขาดความสามารถในการดูแลหรือมีความบกพร่องในการดูแล การพยาบาลระบบนี้จะเอื้อให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถในการดูแลและปฏิบัติการดูแลได้อย่างเหมาะสม (ราชินี พงษา, 2544, หน้า 19) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสม และส่งเสริมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพตามศักยภาพ เพื่อพัฒนาผู้ดูแล และส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการริเริ่มและปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับสภาวะของโรคซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการช่วยเหลือดังต่อไปนี้

1. การสอน เป็นวิธีที่จะช่วยเหลือในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งการสอนต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล จะต้องระลึกไว้เสมอว่า ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในการสอนควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย ได้แก่ สอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ ความพร้อมของผู้ดูแลต้องมีพอ เนื้อหาสาระที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ปรับเนื้อหา และวิธีการสอนให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน และประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้โดยการให้ข้อมูลป้อนกลับ นอกจากนี้ยังต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ความพร้อมของผู้ป่วย การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เป็นต้น (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนี้ทักษะการสอนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีการแนะนำตัวซึ่งกันและกัน มีการประเมินความรู้ของผู้เรียน บอกจุดประสงค์ในการสอน อธิบายเนื้อหาในการสอนอย่างชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนนั้นใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการกระตุ้นให้เกิดความสนใจต่อการเรียนการสอน มีการเน้นหัวข้อสำคัญขณะสอน ให้ความนับถือผู้เรียน มีการยกตัวอย่างประกอบการสอน มีการประเมินผลการเรียน มีการประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับและมีการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกหัดการกระทำต่างๆ เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง

รูปแบบการสอนแต่ละรูปแบบต่างก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพแต่ละเนื้อหาสาระและแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้สอนจึงจำเป็นต้องเลือกรูปแบบการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่ต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปรูปแบบการสอนแบ่งออกได้ 2 แบบใหญ่ๆ คือ

1.1 การสอนแบบรายบุคคล เป็นการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้เฉพาะเรื่อง คือ การให้ความรู้ คำแนะนำ ในปัญหาเฉพาะเรื่องของผู้ป่วยกำลังมีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการ จะได้มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะเป็นวิธีที่ดีแต่วิธีนี้สิ้นเปลืองเวลาและต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง

1.2 การสอนแบบกลุ่ม เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเป็นกลุ่มจำนวนตั้งแต่สองคนขึ้นไป อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนจนถึง 35 คน กลุ่มใหญ่ตั้งแต่ 35-60 คน หรือ 60 คนขึ้นไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ข้อดี คือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่มกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และสามารถสอนได้คราวละหลายๆ คน แต่มีข้อเสีย คือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข

การที่จะให้ผู้เรียนสนใจการเรียนการสอนมากเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการสอนหรือกระบวนการถ่ายทอดของผู้สอน ถ้าผู้สอนมีการให้ความรู้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดี นอกจากนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เรียนและผู้สอนก็เป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการดูแลตนเองได้

สื่อการสอนแต่ละชนิดมีจุดประสงค์และวิธีการใช้ต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป การเลือกสื่อการสอนที่เหมาะสมจะช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหา มีความสนใจ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน สร้างเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนเป็นไปในทางที่ปรารถนาได้ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลืออีกวิธีหนึ่ง ซึ่งพยาบาลนำมาใช้ร่วมกับการสนับสนุน การชี้แนะเป็นวิธีที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการชี้แนะการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือการช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้รับบริการแต่ละคน การให้การสนับสนุนร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนยังรวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ในสถาบันหรือมูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็น

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคล เป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำ สนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาการมักจะมีเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นวิธีการสำคัญที่น่าจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและระดับประคองด้านจิตใจ ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน จึงมีปัญหาทางร่างกายและสังคมเป็นอย่างมาก ซึ่งให้การสนับสนุน ให้กำลังใจนั้น จะสามารถช่วยเหลือภาวะทางอารมณ์ ประกอบกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเฝ้าระวังอาการต่างๆ การชี้แนะวิธีการปฏิบัติ การช่วยอำนวยความสะดวกในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ตลอดจนการได้มีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่นจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ดังกล่าว จึงเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษา เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นความร่วมมือกันในการประเมินปัญหาและสถานการณ์ การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ในภาวะที่ต้องเผชิญกับสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเนื่องจากการเกิดโรค ครอบครัวต้องใช้องค์ความรู้ความสามารถอย่างสูงใน

การดูแลผู้ป่วย และต้องได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนให้พัฒนาศักยภาพและความสามารถให้มีการสะท้อนคิด พิจารณา ไตร่ตรอง และใช้ข้อมูลความรู้และประสบการณ์ของตนเองให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแล ระยะเวลาในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไว้ แต่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องและน่าสนใจ ดังนี้

สุภา ศิริสนธิ (2535) ได้ศึกษาผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองต่อการดูแลตนเองของนักเรียนที่เป็นโรคหุ้หน้าหวนกเรื้อรังในระดับประถมศึกษา ใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการทดลองพบว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรค และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการสนับสนุนให้เด็กมีการดูแลตนเองหลังทดลองพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤษณา ครามแสง (2539) ได้ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพรัองของการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยจำนวน 57 ราย กลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลอง 28 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับแผนพับเรื่องการดูแลเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยการสอน ซีแนะ สนับสนุนให้กำลังใจ และสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง จำนวน 2-5 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ในขณะที่หาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพรัองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สินินุช รัตนสมบัติ (2540) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 หลังจากประเมินก่อนการศึกษา (pre-test) 1 วัน และครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 อีก 1-2 วันประเมินหลังการศึกษา (post-test) หลังจากประเมินก่อนการศึกษา 5-7 วัน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุณีย์ ชินจันทร์ (2537) ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลบุตรของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยใช้แผนการเรียนรู้แบบกลุ่ม 6 ครั้ง และแผนพับประกอบการเรียนรู้ ประเมินผลหลังการศึกษาในอีก 2 สัปดาห์ต่อมาพบว่ากลุ่มที่ผ่านการเรียนรู้แบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมที่ไม่ได้ผ่านการเรียนรู้แบบกลุ่ม

ภาวนา กิรติยุดวงศ์ (2537) ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้การส่งเสริมพัฒนาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าโครงการครบ 4 เดือน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่า มีการรับรู้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น จัดได้ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังประเภทหนึ่ง ที่ต้องการการดูแลที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ผู้ดูแลต้องปรับบทบาทและแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ดูแล จนก่อให้เกิดความบกพร่องในการดูแล ต้องการได้รับการพยาบาลที่ตรงกับสภาพปัญหาที่มากกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ดูแลมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่ยอมรับ เมื่อรู้สึกท้อแท้หรือท้อสภาพที่เป็นอยู่ไม่ไหว ต้องการข้อมูลเพื่อที่จะช่วยลดความวิตกกังวล หากความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง จะยิ่งส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลมากขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลได้ โดยใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นพื้นฐาน ปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลมาใช้ โดยการให้ความรู้และข้อมูลด้วยวิธีการสอนตามความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค จะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมการเรียนรู้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมช่วยคิดและพิจารณา ตัดสินใจเลือกการกระทำ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การชี้แนะและสนับสนุน ให้กำลังใจ ประคับประคองด้านจิตใจมักจะดำเนินไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะพยายามดูแลผู้ป่วย ยอมรับการเจ็บป่วย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ ด้วยการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาแหล่งประโยชน์ ความช่วยเหลือจากญาติ บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้วยสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น เป็นการเสริมพลังความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้คิด พิจารณา ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยในการเผชิญปัญหา เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าวิธีการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของโอเรมเป็นระบบที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในรูปแบบการสอน การชี้แนะ

การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 2. วิธีการทางสุขศึกษา

สมทรง รัชษ์เฝ้า และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540, หน้า 51-63) กล่าวว่า วิธีการทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพในทางที่ดีตลอดไป

วิธีการทางสุขศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่ วิธีการสุขศึกษารายบุคคล วิธีการสุขศึกษารายกลุ่ม วิธีการศึกษาชุมชน วิธีการศึกษาสื่อมวลชน วิธีการศึกษาดังกล่าวต่างมีความสำคัญ และมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในลักษณะที่ต่างกัน ดังนี้

2.1 วิธีการสุขศึกษารายบุคคล ได้แก่ การถาม-ตอบ การบรรยาย การสาธิต การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป การให้คำปรึกษา ซีดีรอม (CD-rom) สำเร็จรูป วีดิทัศน์สำเร็จรูปและคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งประโยชน์ของวิธีการสุขศึกษารายบุคคล ได้แก่

2.1.1 สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียดสามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษา แนะนำเฉพาะบุคคล

2.1.2 ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ

2.1.3 สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้

2.1.4 ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้

2.1.5 สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบาย

เหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้

2.2 วิธีการสุขศึกษารายกลุ่ม ได้แก่ การอภิปราย การบรรยาย การสาธิต การสัมมนาและนิทรรศการ ซึ่งประโยชน์ของวิธีการสุขศึกษารายกลุ่ม ได้แก่

2.2.1 ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์

2.2.2 กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้แนวคิดและการปฏิบัติตัว

2.2.3 ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจแก้ปัญหาสุขภาพที่มีในท้องถิ่น

2.2.4 ทำให้เกิดทักษะในการใช้ความคิด

2.2.5 สามารถสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นให้เกิดแก่บุคคลในกลุ่ม

2.2.6 สามารถสร้างบรรยากาศของการทำงานร่วมกันแบบเป็นกลุ่ม

2.3 วิธีการทางสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ การจัดชุมชนหรือการเตรียมชุมชน การแสดงความคิดเห็นของชุมชนหรือประชาพิจารณ์ การฝึกอบรม การใช้ต้นแบบ ซึ่งประโยชน์ของวิธีการสุขศึกษาชุมชน ได้แก่

2.3.1 ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของชุมชนและหาทางช่วยเหลือได้ถูกต้อง

2.3.2 ทราบถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆทั้งที่เป็นบุคคล สถาบันเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนแหล่งทรัพยากรตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนดำเนินงานสุขศึกษา

2.3.3 เพื่อทราบถึงสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในการนำมาประกอบการพิจารณา

2.3.4 เข้าใจถึงค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมประจำถิ่น อันเป็นแนวทางในการปรับตัวให้กับชุมชน

2.3.5 เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับชุมชนและบุคลากรของหน่วยงานอื่นในชุมชน

2.3.6 ประชาชนมีโอกาสพัฒนาตนเองโดยการร่วมมือกันทำงานเพื่อชุมชน

2.3.7 ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจะมีความถาวรเพราะประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ

2.4 วิธีการสุขศึกษามวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สิ่งตีพิมพ์ รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร จุลสาร ฯลฯ หอกระจายข่าว สายด่วนสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งประโยชน์ของวิธีการสุขศึกษามวลชน ได้แก่

2.4.1 นำข่าวสาร ความรู้และข้อเท็จจริงไปถึงประชาชนทุกหนแห่งในระยะเวลาอันรวดเร็ว

2.4.2 ให้ข่าวสารเฉพาะเรื่องหรือแนวคิด หรือกระจายความคิดได้ตามต้องการ และรวดเร็ว

2.4.3 สามารถกระตุ้นให้ประชาชนสนใจปัญหาสุขภาพและคิดแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

2.4.4 สามารถชักชวนประชาชนให้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมที่ต้องการได้ ทำให้ความรู้ ความเชื่อทัศนคติที่เกิดขึ้นคงทน

2.4.5 สามารถใช้ร่วมกับวิธีการอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 หลักการสอนผู้ป่วย การสอนสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนช่วยสนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ความสามารถหรือทักษะบางประการและยังเป็น

วิธีการที่ดีและสำคัญมากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 131-133) ซึ่งมีหลักการสอนผู้ป่วย ดังนี้

2.5.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้บุคคล โดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมากบ้างแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยพยาบาลมีการไต่ถาม และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่า พยาบาลสนใจ ค้นหา ความต้องการของเขาในการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2.5.2 เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณา ในการตั้งเป้าหมายและการวางแผนดำเนินการสอน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

2.5.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีไข้สูง มีภาวะเครียด หรือมีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนั้นต้องสอน ให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจงและใช้เวลาสั้นๆ

2.5.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ โดยกระบวนการเรียนการสอน ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลหรือผู้ป่วยด้วยกันเอง ให้ผู้ป่วยมีโอกาสสัมผัส หรือฝึกหัดการกระทำต่างๆในการดูแลตนเอง ฝึกและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่าผิดตรงไหน เพราะเหตุใด เพราะการ ลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

2.5.5 การประเมินโดยการไต่ถาม จะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการเรียนกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องชี้แจงแก้ไข แต่พยายามหลีกเลี่ยงการตีเตียน ใช้คำชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

2.5.6 เนื้อหาและวิธีการสอน จะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวพยาบาลต้องประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

2.5.7 การจัดควบคุมสิ่งแวดล้อม ให้ส่งเสริมและไม่ขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้

2.5.8 สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความมีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เพราะความไว้วางใจและความเป็นมิตรจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

2.5.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

### 3. การเยี่ยมบ้าน (home visit)

เป็นเครื่องมือสำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วยแต่ผู้เดียว บริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือครอบครัว นั่นเอง การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านยังเป็นกลวิธีหนึ่งในการเข้าถึงชุมชน เพราะจะช่วยให้พยาบาลสาธารณสุขเข้าใจสภาพของชุมชน ปัญหาสุขภาพของชุมชน ในฐานะชุมชนเป็นผู้รับบริการ (community as a client) ตามเป้าหมายของการอนามัยชุมชนที่แท้จริง และยังเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับนโยบายเชิงรุกของเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2545, หน้า 60-61) จากการศึกษาของอรุณี รัตนพิทักษ์ (2540, หน้า 81) พบว่าผลของการพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองช่วยให้ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จากการศึกษาในส่วนนี้ ไม่ได้มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ แต่อาจถือได้ว่าการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีส่วนช่วยให้การควบคุมโรคดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหน้าได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน และมีความกระตือรือร้น ให้ความสนใจต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนไปในขณะเจ้าหน้าที่ให้บริการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

### 3.1 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านมีหลายประการขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ดังนี้

3.1.1 สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีภารกิจดี อยู่ดี สามารถดำรงตน และครอบครัวอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

3.1.2 รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาพิจารณาวินิจฉัย ปัญหา และวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

3.1.3 ให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ ก่อให้เกิดทัศนคติ และพฤติกรรม ที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งส่วนบุคคลและครอบครัว

3.1.4 ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค

3.1.5 ให้การพยาบาลที่จำเป็นที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยสอนญาติและผู้ป่วย ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้

3.1.6 แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบถึงแหล่งบริการด้านสาธารณสุข และรู้จักใช้บริการสาธารณสุข ได้ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น

3.1.7 ติดตามผลการรักษาพยาบาล คำแนะนำและการช่วยเหลือต่างๆ

3.1.8 ดูแลการสุขภาพีบาล ความเป็นอยู่ภายในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม

### 3.2 ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

#### 3.2.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

- 1) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัวตามสภาพปัญหา ที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองในการที่จะปรึกษาปัญหาต่าง ๆ
- 4) ญาติที่ได้รับการฝึกหัดให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะได้ การสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วย จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นระหว่างคนไข้ ญาติ และพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งมีผลทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความพยายามที่ต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ
- 5) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดภายในบ้าน โดยไม่ต้องแยกตนเองจากครอบครัว ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมทางด้านกำลังใจ ช่วยให้หายจากโรคเร็วขึ้น

#### 3.2.2 ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป

- 1) ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกสุขลักษณะ
- 2) ทราบถึงวิธีการป้องกันโรค
- 3) เข้าใจและมองเห็นความสำคัญในความรับผิดชอบของตนถึงการที่ต้องพยายามช่วยตนเองและชุมชนในเรื่องสุขภาพ

#### 3.2.3 ประโยชน์ต่อพยาบาลอนามัยชุมชน

- 1) ทราบถึงภูมิหลังของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมอนามัย สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของครอบครัวและชุมชน
- 2) ได้เห็นสภาพที่แท้จริงของครอบครัว ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง ทั้งปัญหาโดยตรงและปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 4) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศรัทธาในตัวพยาบาลอนามัยชุมชนและหน่วยงาน ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะปัญหาบางอย่างสามารถแก้ไขได้เมื่อไปเยี่ยมบ้านเท่านั้น การเยี่ยมบ้านยังช่วยให้พยาบาลสามารถดัดแปลงวิธีการ ใช้ทรัพยากรได้เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาของแต่ละครอบครัว

3.3 หลักการเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชน ควรยึดหลัก ดังนี้

3.3.1 การประเมินครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหาต่างๆ ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินครอบครัว มีดังนี้

- 1) โครงสร้างทางประชากรของครอบครัว
- 2) แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว
- 3) การเจริญเติบโตและพัฒนาการของครอบครัว
- 4) บทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 5) พฤติกรรมอนามัย
- 6) สิ่งแวดล้อมต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต
- 7) สภาวะแวดล้อมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

3.3.2 การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว ปัญหาของครอบครัว พิจารณาได้

3 ลักษณะ คือ

- 1) ความบกพร่องทางสุขภาพ คือ สภาวะที่ไม่ปกติทางร่างกายหรือจิตใจ
- 2) ภาวะคุกคามทางสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอันตรายต่างๆ
- 3) สภาวะวิกฤติ คือ สภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและต้องการการปรับตัว

3.3.3 การวางแผนช่วยเหลือครอบครัว หมายถึง การกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือ เพื่อแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3.4 การปฏิบัติตามแผน หมายถึง การพยาบาล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาแนะนำ การช่วยเหลือ ตลอดจนอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ผู้เยี่ยมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งกำหนดไว้ในแผนการช่วยเหลือ

3.3.5 การประเมิน เป็นขั้นตอนที่จะวัดว่า เมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ได้บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด

3.4 การเลือกการเยี่ยม ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ควรจะเลือกไว้เพื่อให้การดูแลที่บ้านได้แก่

- 3.4.1 ผู้ที่มีอาการผิดปกติทั้งหมด
- 3.4.2 ผู้ที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมาก
- 3.4.3 ผู้ที่ขาดความรู้ ความเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรม

อนามัยไม่ถูกต้อง

3.4.4 ผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง

3.4.5 ผู้ที่มีปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วย

3.5 การจัดลำดับการเยี่ยม เป็นการจัดลำดับว่า จะดูแลรายใดก่อนหลัง โดยยึดหลักความเร่งรัดและป้องกันการแพร่กระจายของโรค

3.6 กระบวนการเยี่ยมบ้านมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

3.6.1 ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม การเตรียมพร้อมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แฟ้มอนามัยครอบครัว บัตรบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ข้อมูลการเยี่ยมครั้งก่อน ถ้ามีข้อมูลอื่นที่จำเป็นรวมถึงการเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยม (กระเป๋าเยี่ยมบ้าน) และยานพาหนะที่จะไปเยี่ยม

3.6.2 ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม นอกจากความรู้ทางการแพทย์แล้วยังมีทักษะจำเป็น ดังนี้

3.6.3 ทักษะการให้บริการด้านจิตวิทยาสังคม

3.6.4 ทักษะการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยา ได้แก่ ชีวประวัติ

ผังเครือญาติ เป็นต้น

การเยี่ยมจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ซึ่งถูกกำหนดจากปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ นอกจากนี้เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม ในการเยี่ยมจะต้องมีการประเมินในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวทาง ดังนี้

I = immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นในการดูแล

N = nutrition เพื่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง

H = home environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน

O = other people สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือพึ่งพากันหรือไม่

M = medication การชั่งประวัติเรื่องยารวมถึงสมุนไพร ยาพื้นบ้านของผู้ป่วย มีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

E = examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิต การดูแลการตรวจมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้น

S = spiritual health ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วย ถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S = service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ทราบถึง ความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการและสะท้อนถึงบริการที่ให้แกผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์ แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเอง เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

3.7 ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ต้องมีการนำข้อมูลที่ได้อาจบันทึกในแบบฟอร์มการ เยี่ยมบ้าน เพื่อให้แพทย์และเพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น

### การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สิทธิรัฐ ประพุทธินิติสาร (2546, หน้า 18-47) กล่าวว่า การพัฒนาหรือการแก้ปัญหา "ตัวปัญหา" "ผู้อยู่กับปัญหา" เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา โดยให้เขาสามารถ ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ปัญหาทุกรูปแบบอย่างถูกจุดและยั่งยืน นักวิจัยหรือนักพัฒนาควรปรับ วิธีคิดแบบใหม่ โดยมีหลักสำคัญ คือทำอย่างไรจึงจะให้ผู้ที่อยู่กับปัญหา ผู้ที่เผชิญกับปัญหาเป็น ผู้มีบทบาทหลักในการวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุแห่งปัญหาเหล่านั้นอย่างเป็นระบบ ค้นหาทาง แก่ที่ปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาและการแก้ปัญหาแนวทางหนึ่ง เรียก "การวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

#### 1. องค์ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นความพยายามของนักวิชาการและ นักพัฒนาในการสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของงานวิจัยส่วนหนึ่งกับงานพัฒนาอีกส่วนหนึ่ง และพยายามเชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกมาเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (PAR) จึงเป็นการวิจัยและพัฒนาแบบหนึ่งที่ทำกับชุมชน และมีการเชื่อมโยงส่วนที่ เป็นการวิจัย (research) กับส่วนที่เป็นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา (development) เข้าด้วยกัน

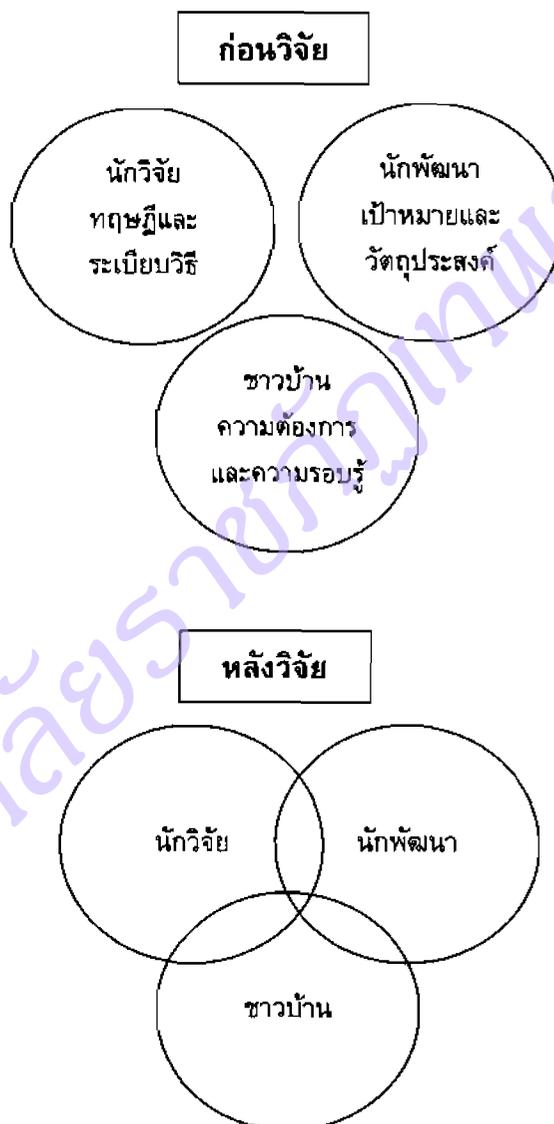
#### 2. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กร หรือชุมชนเข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยกระทำร่วมกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้น จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของคนที่อยู่กับ ปัญหา (problems people) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่ คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกกระทำ แต่เป็นผู้กระทำที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติหรือทางสังคมศาสตร์ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากฝ่ายชาวบ้าน ในการวิจัยชนิดนี้สิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงถึงคือ การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับชาวบ้านอยู่ตลอดเวลา และการทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราว เพื่อให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

### 3. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชื่อในปรัชญาว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่อยู่กับข้อมูลอยู่กับความจริง เป็นผู้ที่รู้ดีเท่ากับนักวิจัยหรืออาจจะรู้มากกว่านักวิจัย การเลือกปฏิบัติใด ๆ ก็ตามที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงต้องเริ่มจากชาวบ้านด้วยไม่ใช่จากสมมติฐานของผู้วิจัยหรือนักพัฒนาแต่ฝ่ายเดียวและผู้ที่เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ ทั้งชาวบ้าน นักวิจัย และนักพัฒนาควรมีบทบาทในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และพัฒนาบทบาทของทั้งสามฝ่ายต่างก็มีความเท่าเทียมกัน การวิจัยลักษณะนี้จึงเป็นการเรียนรู้ผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีและระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนักพัฒนารวมทั้งความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้านดังภาพประกอบ



ภาพ 2 เปรียบเทียบโลกทัศน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย  
ที่มา : (สิทธิธัญ ประพุทธนิตสาร, 2546, หน้า 23)

จากภาพวงกลมแต่ละวงที่แสดงโลกทัศน์ หรือวิธีมองปัญหาของคนแต่ละกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย ส่วนโลกทัศน์ของแต่ละฝ่ายต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ตนยึดถือ จากเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนสามกลุ่มจะมี “โลกทัศน์ร่วม” และความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนา ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัยและการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ในลักษณะการศึกษาชุมชนเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหา คือ ค่อยๆ ศึกษาไปแล้วทำกิจกรรมไป กลุ่มประชากรผู้ถูกวิจัยเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ร่วมในการกระทำวิจัย โดยการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ นับตั้งแต่การเริ่มตัดสินใจว่าควรจะศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักสูตรและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหา การวิจัย

การเลือกกระบวนการประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และเสนอสิ่งที่ค้นพบ

นอกจากนี้สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร (2546, หน้า 24-30) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (right) เป็นเอกสิทธิ (privilege) เป็นการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นกระบวนการบริหารการพัฒนาชุมชน และเป็นเครื่องมือชีวิตการพัฒนาชุมชน

3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่มีชีวิต (dynamic and organic process) เริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบันมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคต จะมีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาและกิจกรรมล่วงหน้าได้ เชื่อว่าผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะร่วมทำงานได้ จะต้องเริ่มจากคนที่ รู้สึก (feel) ต่อปัญหาหรือความต้องการของตนไปสู่การคิด (think) การกระทำ ซึ่งยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในด้านสติปัญญา จิตใจและมีติด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมอื่นๆ

3.3 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการแสวงหาความรู้และการกระทำ จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดราบเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถรวมกลุ่มกันได้ และคำนึงถึงภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ

3.4 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดจากการปรับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น จากการสั่งการจากหน่วยเหนือมาเป็นชุมชนหรือชาวบ้านผู้ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการดำเนินการ ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่แก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ ถ้าเขารู้และเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาตนเองและชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เป็นการจุดพลังให้ชุมชนรับรู้การเรียนรู้ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน เป็นการเรียนรู้ของชุมชนอันเกิดจากการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน ทำการศึกษาชุมชน เน้นการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพ ปัญหา แนวทางแก้ปัญหาด้วยการวางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประเมินงานเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

3.5 เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างถอนรากถอนโคน เพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและเต็มทีตลอดกระบวนการของการวิจัยตั้งแต่ การทำความเข้าใจและนิยามปัญหาของการวิจัย การเลือกวิธีการแก้ปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ การทำกิจกรรม ที่จะตามมาจากผลการวิจัย และยังคงให้กลุ่มคนไร้อำนาจต่อรอง (powerless group) เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย ทั้งนี้เพื่อจะก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชน เกิดความหวงแหนทรัพยากรต่างๆ

ของตนและมุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง นักวิจัยภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยการความสะดวกและเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ตลอดกระบวนการวิจัยเท่านั้น

#### 4. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ได้พัฒนาตนเองในการทำให้ไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

4.1 เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเอง และเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของตนเองและชุมชน

4.2 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

4.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

4.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

#### 5. วิธีการวิจัย

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2546, หน้า 28-29) กล่าวว่า จุดเน้นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวิธีการวิจัย ดังนี้

5.1 เน้นการศึกษาชุมชน เป็นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของ ชาวบ้าน การเก็บข้อมูลเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชนหรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยกันวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในชุมชน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาและการพัฒนา

5.2 เน้นการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรท้องถิ่นที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหา

5.3 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะต้องคำนึงเชิงเศรษฐศาสตร์ในแง่ของความคุ้มค่า ความเหมาะสมกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม ความเชื่อและอื่นๆ ร่วมด้วย

5.4 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอน และสามารถดำเนินการได้เองหลังจากสิ้นสุดการวิจัยหรือเมื่อนักวิจัยออกจากพื้นที่แล้ว

#### 6. ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีที่ไม่ยึดติดรูปแบบอันเป็นมาตรฐานใดๆ การรวบรวมข้อมูลทำได้ในหลายๆ รูปแบบ ซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกัน

กับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่มเข้ามา ตลอดจนการติดตามประเมินสถานการณ์และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การเข้าสนาม การสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายประชาชน วิธีการทำได้หลายวิธี เช่น การตะล่อม (probe) การประชุมกลุ่ม การใช้วีดิทัศน์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์ การสำรวจ การให้คำปรึกษา การทำแผนที่ของชุมชน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การอภิปราย ส่วนการที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการโดยใช้วิธีการใดนั้น ต้องมีความกลมกลืนและขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2546, หน้า 33-34)

#### 7. บทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นักวิจัยต้องมีบทบาท (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2546, หน้า 34-36) ดังนี้

7.1 ต้องตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง มีความรู้สึกที่ไม่รู้ นอกจากนี้ยังต้องตระหนักในระบบคุณค่าของตนเองเมื่อต้องสัมพันธ์กับค่านิยมของประชาชนในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไปจากตนเอง

7.2 ยอมรับการไม่รู้และพยายามเรียนรู้จากคนในชุมชนโดยผ่านมิตรภาพ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

7.3 หลังจากที่ได้ข้อมูลพอสมควรหรือเข้าใจปัญหาของท้องถิ่น ต้องร่วมกันกับชาวบ้านหาทางออกหรือการแก้ไขปัญหา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นงานหนักและมักเกี่ยวพันกับความขัดแย้งอันเกิดจากโครงสร้างอำนาจท้องถิ่น แต่การก้าวเดินอย่างมีจังหวะ ปลูก กระตุ้นให้ชาวบ้านตระหนักและเปิดใจกว้างออก จะช่วยให้ชาวบ้านได้เรียนรู้และเห็นทางออกที่ไม่จำเป็นต้องมีการปะทะหรือนำไปสู่ความขัดแย้งเสมอไป นอกจากนั้นการแก้ไขปัญหโดยชาวบ้านมีส่วนร่วมเป็นระบบการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาไปด้วย

7.4 คนนอกที่เข้าไปเรียนรู้ในชุมชนหรือชนบท ต้องเตรียมเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ความขัดแย้งของชนชั้นผู้นำในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขากับอำนาจภายนอก อิทธิพลของเขาต่อนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนา

เพราะฉะนั้น การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ผลของกระบวนการเรียนรู้จะทำให้ทุกฝ่ายที่เป็นหุ้นส่วนได้รับ (take) และได้ให้ (give)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากเป็นการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการ

องค์ความรู้ ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ

#### 8. การนำองค์ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการวิจัย

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา เนื่องจากการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพและปัจเจกบุคคล ดังนั้น การจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกระทำร่วมกันในด้าน 1) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) ร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีในครั้งนี้