

บทที่ 3

สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีนั้นเป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งหัวข้อของการศึกษาออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. คำถามการวิจัย
2. วัตถุประสงค์การวิจัย
3. วิธีดำเนินการวิจัย
4. ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและความต้องการการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้

คำถามการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 นี้มุ่งแสวงหาคำตอบคำถามการวิจัย 2 คำถาม คือ

1. ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. ปัญหาและความต้องการการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีคืออะไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกฝ่าย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. กรอบการวิจัย

การวิจัยในชั้นตอนที่ 1 (R1) นี้ศึกษาความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายด้านรวม 8 ด้าน ได้แก่

- 1.1 ด้านอาหารและน้ำ
- 1.2 การได้รับออกซิเจน
- 1.3 ด้านการขับถ่าย
- 1.4 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 1.5 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ
- 1.6 ด้านการนอนหลับพักผ่อน
- 1.7 ด้านการติดต่อสื่อสาร
- 1.8 ด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา

2. ประชากร

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พ.ศ. 2550 จำนวน 6 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลต่อเนื่องสม่ำเสมอทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน
- 2.2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรีตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550

2.3 เนื่องจากการวิจัยและพัฒนาต้องใช้กระบวนการที่ต่อเนื่องและมีความจำเป็นที่จะต้องตามไปศึกษาที่บ้านของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสิงห์บุรี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับคำแนะนำในการดูแล หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบในงานอื่น และช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ดูภาคผนวก ก)

3.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ จอม สุวรรณโณ สร้างขึ้นและวิจัยได้นำมาปรับใช้ตามกรอบทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของโอเรียม ใช้สำหรับการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ดูแล แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยการประเมินความสามารถของผู้ดูแล 8 ด้าน ได้แก่

- 3.2.1 ด้านอาหารและน้ำ
- 3.2.2 ด้านการได้รับออกซิเจน
- 3.2.3 ด้านการขับถ่าย

- 3.2.4 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 3.2.5 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ
- 3.2.6 ด้านการนอนหลับพักผ่อน
- 3.2.7 ด้านการติดต่อสื่อสาร
- 3.2.8 ด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา

ในแต่ละด้านประกอบด้วยจำนวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน รวมทั้งหมด 29 กิจกรรมและแต่ละกิจกรรมมีคะแนน 3 ระดับ จาก 0-2 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 58 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินโดยสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก)

การให้คะแนน และการแปลความหมาย

0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ หรือไม่สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้บางส่วนและไม่มีประสิทธิภาพ หรือสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเพียงบางส่วน

2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ หรือสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนจริง

นอกจากนี้ได้แบ่งความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละด้านออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต้องแก้ไข โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ ค่าคะแนนที่ใกล้เคียงกับคะแนนเต็มแสดงว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ดังตาราง 2

ตาราง 2 เกณฑ์การแบ่งระดับความสามารถรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	ระดับคะแนน		
		แก้ไข	ปานกลาง	ดี
ด้านอาหารและน้ำ	0-10	0-3.3	3.4-6.7	6.8-10.0
ด้านการได้รับออกซิเจน	0-8	0-2.6	2.7-5.2	5.3-8.0
ด้านการขับถ่าย	0-12	0-3.9	4.0-7.9	8.0-12.0
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	0-10	0-3.3	3.4-6.7	6.8-10.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ความสามารถรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	ระดับคะแนน		
		แก้ไข	ปานกลาง	ดี
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน				
และการฟื้นฟูสภาพ	0-6	0-2.0	2.1-4.0	4.1-6.0
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	0-4	0-1.3	1.4-2.6	2.7-4.0
ด้านการติดต่อสื่อสาร	0-2	0-0.6	0.7-1.3	1.4-2.0
ด้านยาและการรักษา	0-6	0-2.0	2.1-4.0	4.1-6.0

3.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth Interview) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรีรวม 6 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่สุวงค์ จันทวานิช (2539, หน้า 82-84) ได้เสนอไว้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายในด้านต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามประเด็นการศึกษาที่ตั้งไว้ ดังนี้

3.3.1 การเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และได้นัดหมายวัน เวลา กับกลุ่มประชากรที่จะสัมภาษณ์โดยสัมภาษณ์ในวันที่ผู้ป่วยกลับบ้านหรือก่อนกลับบ้านไม่เกิน 1 วัน

3.3.2 การสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในด้านอายุรกรรมจึงมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลทำให้ได้รับความสะดวกได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเด็นในการสัมภาษณ์ แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ทีละประเด็นจนครบทุกประเด็น ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อคน

3.3.3 การจดบันทึกการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีจดบันทึกเนื้อหาที่เป็นประเด็นสำคัญไว้เป็นแนวทาง ขณะเดียวกันก็บันทึกเสียงไว้ด้วย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการสรุป ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละประเด็นผู้วิจัยได้ทบทวนและสรุปประเด็นเพื่อให้ผู้ดูแลได้ยืนยันข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง ทำเช่นนี้จนครบทุกประเด็น

3.3.4 การปิดการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์ครบทุกประเด็นแล้ว ผู้วิจัยได้ขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ข้อมูล พร้อมขอหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้กรณีที่ต้องการประเด็นเพิ่มเติม

ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ดำเนินการดังนี้

- 1) นำกรอบแนวคิดในการวิจัยดังกล่าวข้างต้นมาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์
- 2) สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด
- 3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์กับกรอบแนวคิดการวิจัยโดยให้โดยขอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง
- 4) ขณะที่สัมภาษณ์ เมื่อพบประเด็นที่เกี่ยวข้องก็ได้ปรับปรุงข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการให้มากที่สุด

ผู้วิจัยได้สร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยดำเนินการดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) ศึกษาเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) นำแบบประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจอม สุวรรณ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้
- 4) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) แล้วแก้ไข ปรับปรุง จนได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบการวิจัย

มีความชัดเจน และถูกต้องแล้วจึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการศึกษา เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ขอความร่วมมือในการศึกษา และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

4.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ และผ่านพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วัน

4.5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ และบันทึกในแบบประเมิน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เพิ่มเติมตามแนวทางการสัมภาษณ์ จนได้ข้อมูลครบถ้วน

5. การตรวจสอบข้อมูล

เมื่อได้เก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ที่ใช้ประกอบกัน ดังรายละเอียดข้างต้นแล้วนั้น เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปด้วยความถูกต้องมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบข้อมูลทั้งการตรวจสอบความตรง (validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

5.1 การตรวจสอบความตรง ผู้วิจัยได้เริ่มพัฒนากรอบความคิดการวิจัยในครั้งนี้ อย่างเป็นขั้นตอน และกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนไว้ชัดเจน เช่น การเลือกผู้ที่มีส่วนอย่างสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น ซึ่งเป็นการขจัดความอคติในการทำการวิจัยของผู้วิจัย จึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้วขั้นหนึ่ง

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) คือ

5.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เปรียบเทียบ และตรวจสอบ (cross-check) ความแน่นอนของข้อมูล (consistency) โดยนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (data sources) ที่เก็บโดยวิธีการเชิงคุณภาพต่างๆ มาเปรียบเทียบกับ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บในเวลา สถานที่ และจากบุคคล ที่ต่างกันต้องได้ข้อมูลที่ตรงกัน

5.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีในเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสารต้องได้ข้อมูลที่ตรงกัน

นอกจากนั้นการที่ผู้วิจัยได้จัดประชุมประชาพิจารณ์ (public dialogue) โดยเชิญผู้ที่มีส่วนอย่างสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรีทุกฝ่ายมาประชุมร่วมกันเพื่อรับทราบ ทบทวน ยืนยัน และปรับแก้ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ จนสามารถสรุปสภาพการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสิงห์บุรีในปัจจุบัน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องแม่นยำตรงมากที่สุด ก็นับเป็นการตรวจสอบความตรงของข้อมูลในอีกทางหนึ่งด้วย

5.2 การตรวจสอบความเที่ยง ความเที่ยงในงานวิจัยโดยทั่วๆ ไปนั้น ไม่ค่อย
 เหมาะกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความไว้วางใจได้หรือความเที่ยง โดย

5.2.1 ผู้วิจัยได้แสดงถึงจุดยืนของกรอบความคิดการวิจัย การได้มาของ
 ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มผู้ดูแล

5.2.2 ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) เช่นเดียวกับการ
 การตรวจสอบความตรงตั้งที่อธิบายไว้แล้ว

5.2.3 การตรวจสอบของนักวิจัยคนอื่น ที่สามารถใช้วิธีการศึกษาเดียวกันกับ
 ผู้วิจัย ตรวจสอบทบทวนงานวิจัยชิ้นนี้ได้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และ
 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ

6.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบ
 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร วิเคราะห์โดยหาคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย

6.3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่
 ได้จากการสัมภาษณ์ การศึกษาเอกสาร และการประชุมประชาพิจารณ์ ที่ได้ตรวจสอบแล้วนำมา
 วิเคราะห์ประกอบกัน โดยผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content
 analysis) แบบสร้างข้อสรุป โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) ตามกรอบการวิจัย
 โดยดำเนินการตามแนวทางที่ สุกางค์ จันทวานิช (2539, หน้า 136-137) เสนอไว้ คือ จำแนกข้อมูลที่
 วิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูล ใช้ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองของผู้วิจัยช่วย ประกอบกับคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยจำแนกข้อมูลชนิดต่างๆ ก่อน
 แล้วพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูล อธิบายถึงความสัมพันธ์ และสาเหตุของปรากฏการณ์ โดย
 ยึดกรอบการวิจัยเป็นหลัก

ความสามารถของผู้ดูแล ปัญหา และความต้องการการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.
 2550 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอ
 ผู้ป่วยใน ได้ผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 6 ราย มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กำหนด และ
 สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

1. ลักษณะผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย เพศชาย 3 ราย จากภาวะเจ็บป่วยที่
 เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว และสูญเสียการ

เคลื่อนไหวร่างกาย สภาพของผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะสุขภาพเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อยหายใจได้เอง 4 ราย และอีก 2 ราย หายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ (tracheostomy tube) นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายต้องให้อาหารทางสายยาง และมีสายสวนปัสสาวะคา 2 ราย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอย่างมากทุกด้าน แต่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งหมดซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดชีวิต และการดูแลผู้ป่วยนี้ผู้ดูแลต้องเริ่มเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการในการดูแลดังต่อไปนี้

- 1.1 ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 1.2 ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีเสมหะคั่ง ไม่ติดเชื่อบริเวณทางเดินหายใจ
- 1.3 ถ่ายอุจจาระได้ ปัสสาวะได้ไม่ติดเชื่
- 1.4 ร่างกายสะอาด และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาด
- 1.5 ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อข้อต่อ ไม่มีแผลกดทับและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
- 1.6 พักผ่อนอย่างเพียงพอสีหน้าไม่อิดโรย
- 1.7 ได้รับการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง
- 1.8 ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ลักษณะผู้ดูแล

ผู้ดูแลจำนวน 6 รายที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 เพศชาย ร้อยละ 16.67 มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 50 เป็นหลาน ร้อยละ 16.67 ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเลย ร้อยละ 33.33 ผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นลูกจ้างในบ้านมาก่อน และอีกส่วนหนึ่งรับจ้างดูแลผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 83.33 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีผู้ดูแล ร้อยละ 16.67 ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยและทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้มาก่อน ผู้ดูแลทุกคนได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากพยาบาลเพียงอย่างเดียว ส่วนความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมีผู้ดูแล ร้อยละ 50 ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดียว และผู้ดูแลอีก ร้อยละ 50 มีผู้ช่วยเหลือสับเปลี่ยนบางเวลา นอกจากนี้มีผู้ดูแล ร้อยละ 66.67 ที่ต้องรับผิดชอบงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ชายของ ทำงานบ้าน ทำนา มีผู้ดูแลเพียง ร้อยละ 33.33 ที่ไม่ต้องรับผิดชอบงานอื่น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100 รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=6)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	5	83.33
ชาย	1	16.67
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	3	50.00
หลาน	1	16.67
บุคคลอื่น	2	33.33
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มีประสบการณ์	5	83.33
ประสบการณ์	1	16.67
หน้าที่ดูแลผู้ป่วย		
ดูแลคนเดียว	3	50.00
มีผู้ช่วยเหลือ	3	50.00
งานรับผิดชอบอื่น		
มี	4	66.67
ไม่มี	2	33.33
ช่วงเวลาดูแลผู้ป่วย		
ตลอด 24 ชั่วโมง	6	100.00

3. ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาและความต้องการ การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำแนกรายด้าน โดยแบ่งคะแนนรายด้านออกเป็น 3 ช่วงเพื่อเป็นเกณฑ์ในการประเมินความสามารถว่าอยู่ในระดับดี ปานกลาง ต้องแก้ไข พบว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับดี 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน การดูแลด้านการติดต่อสื่อสาร และ การดูแลด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา ส่วนที่เหลืออีก 4 ด้านนั้นผู้ดูแลสามารถดูแลได้ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ระดับคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสามารถรายด้าน	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
ด้านอาหารและน้ำ	0-10	4-10	6.83	ปานกลาง
ด้านการได้รับออกซิเจน	0-8	3-6	3.75	ปานกลาง
ด้านการขับถ่าย	0-12	3-6	4.25	ปานกลาง
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	0-10	7-10	8.33	ดี
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ	0-6	3-5	3.83	ปานกลาง
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	0-4	2-4	3.17	ดี
ด้านการติดต่อสื่อสาร	0-2	2	2.00	ดี
ด้านยาและการรักษา	0-6	6	6.00	ดี

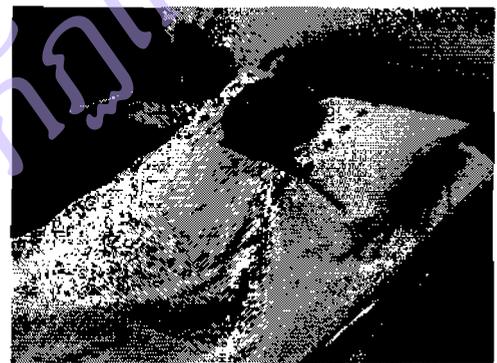
จากการพิจารณาดมรายกิจกรรม พบว่า

กิจกรรมที่ผู้ดูแลทุกคนสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) มีจำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การป้องกันอุบัติเหตุ การส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน การเก็บรักษายา และการสังเกตอาการผิดปกติและพาผู้ป่วยมาตรวจ กิจกรรมที่ผู้ดูแล ร้อยละ 66.67 สามารถดูแลได้ถูกต้องครบถ้วนรองลงมา มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และการทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 50 มี 3 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันการสำลักอาหาร การประเมินและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน การทำความสะอาดในช่องปาก

กิจกรรมที่ผู้ดูแลทุกคนสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) มีจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ การดูแลท่อเจาะคอ และการดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ รองลงมา มี 2 กิจกรรมที่ผู้ดูแล ร้อยละ 83.33 สามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน ได้แก่ การประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ และการป้องกันข้อติด กิจกรรมที่ผู้ดูแล ร้อยละ 66.67 ดูแลได้ถูกต้องบางส่วนมี 4 กิจกรรม ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร การสระผม การป้องกันแผลกดทับ และการประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ และอีก 6 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วนคิดเป็น ร้อยละ 50 ได้แก่ การป้องกัน

การสําลักอาหาร การแก้ไข้ปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร การดูแลให้ไดรับนํ้าอยางเพียงพอ การประเมินและแก้ไข้ภาวะขาดออกซิเจน การประเมินการถายอุจจาระที่ผิดปกติ และการแก้ปัญหาท้องผูก

กิจกรรมที่ผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) มีเพียง 2 กิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 83.33 ได้แก่ การดูแลเมื่อปัสสาวะค้าง และร้อยละ 50 ได้แก่การประเมินการถายอุจจาระที่ผิดปกติ



ภาพ 3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับการจัดเวทีประชุมเพื่อคินข้อมูลที่เป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2550 เวลา 9.00 -11.30 น. ณ ห้องประชุมเอ็กซ์เรย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาร่วมกันเรียนรูู้ รั้บรู้ ทบทวน และยืนยันข้อมูลจำนวน 6 คนนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ปฏิบัติกันอยู่เป็นประจำในช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับรู้ ทบทวน และยืนยันทีละประเด็นจนครบทุกประเด็น แล้วผู้วิจัยได้นำมาตรฐานทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้านมาให้เปรียบเทียบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ปฏิบัติกันอยู่เป็นประจำดังกล่าวข้างต้นนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาประชุมร่วมกันได้เห็นพ้องต้องกันเป็นเอกฉันท์ว่ายังมีระดับความสามารถที่เป็นปัญหาและต้องการการพัฒนา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6-12

3.1 ด้านอาหารและนํ้า พิจารณาตามรายกิจกรรมได้ดังนี้

3.1.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 66.67 ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ รองลงมาร้อยละ 50 ได้แก่ การป้องกันการสำลักอาหาร ที่เหลืออีก 3 กิจกรรมพบร้อยละ 33.33 ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

3.1.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 66.67 ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร รองลงมาร้อยละ 50 พบ 3 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันการสำลักอาหาร การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

3.1.3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ร้อยละ 16.67 พบ 2 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลด้านอาหารและน้ำ

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน		ดูแลไม่ถูกต้อง 0 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร	2	33.33	4	66.67	0
การป้องกันการสำลักอาหาร	3	50	3	50	0	0
การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ	4	66.67	2	33.33	0	0
การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร	2	33.33	3	50	1	16.67
การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	2	33.33	3	50	1	16.67

ปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลด้านอาหารและน้ำ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยจะได้รับอาหารทางสายยางตามสูตรของโรงพยาบาลประมาณวันละ 1,500 แคลลอรี่ ผู้ดูแลจะไปเรียนทำอาหารเหลวในปริมาณที่ต้องให้ใน 1 วันกับนักโภชนาการ หรือซื้ออาหารสายยางกับทางโรงพยาบาลเป็นประจำ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลสามารถให้อาหารได้ถูกวิธีทราบวิธีป้องกันการสำลักอาหารแต่มักไม่ทราบวิธีการแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาในการให้อาหารทางสายยาง และไม่ได้ให้น้ำหรือน้ำผลไม้ระหว่างมือซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ผู้ดูแลมักจะกล่าวว่า

“เวลาจะให้อาหารก็ให้หัวสูงๆไว้ก่อน ให้ช้าๆ รอให้อาหารไหลลงเอง”

“ก่อนให้อาหารจะดูดเอาอาหารมาดูถ้าย่อยไม่หมดอาหารจะเหลือ แต่ถ้าไม่ได้ว่าต้องเหลือก็หมดแล้วไม่ต้องให้มือนั้น”

3.2 ด้านการได้รับออกซิเจน พิจารณาตามรายกิจกรรมได้ดังนี้

3.2.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) มากที่สุดพบร้อยละ 50 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน

3.2.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 100 มี 3 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ การดูแลท่อเจาะคอ ที่เหลือร้อยละ 50 อีก 1 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลด้านการได้รับออกซิเจน

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบ ทางเดินหายใจ	0	0	6
การประเมินและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน	3	50	3	50
การดูดเสมหะ	0	0	6	100
การดูแลท่อเจาะคอ*	0	0	2	100

พบปัญหาสำคัญคือ ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ถูกต้องครบถ้วนเรื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ การดูแลท่อเจาะคอ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจจำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องการหายใจจากผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะคั่งค้าง และไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถดูดเสมหะได้แต่มักไม่ค่อยได้เคาะปอดเพื่อเอาเสมหะที่คั่งค้างออก นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เจาะคอ ผู้ดูแลไม่ได้ใช้หลัก Aseptic Technique ในการดูดเสมหะและทำแผลเจาะคอ แต่สามารถนำ Inner tube ออกล้างต้มได้วันละ 2 ครั้งพร้อมช่วงเวลาทำแผล เช้า – เย็น ผู้ดูแลสามารถจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกแต่ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ สามารถประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยที่ผิดปกติได้แต่ไม่ครบถ้วน การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีแนวโน้มให้ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจได้ ผู้ดูแลบางท่านกล่าวว่า

“เห็นพยาบาลเกาะปอดก่อนดูดเสมหะแต่ไม่เคยลองทำเอง”

“ดูดเสมหะในท่อต้องเว้นช่วงดูด บอกไม่ถูกเหมือนกันว่าจะเว้นนานแค่ไหน”

“ไม่รู้ว่าปราศจากเชื้อเป็นอย่างไร ได้ยินพยาบาลพูดแต่ไม่เข้าใจ”

3.3 ด้านการขับถ่าย พิจารณาตามรายการกิจกรรมได้ดังนี้

3.3.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 33.33 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ปัญหาท้องผูก รองลงมา ร้อยละ 16.67 มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ปัญหาท้องเสีย และการประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ

3.3.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) มากที่สุด ร้อยละ 100 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ รองลงมาอันดับที่ 2 ร้อยละ 83.33 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ รองลงมาอันดับที่ 3 ร้อยละ 50 มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ และการแก้ปัญหาท้องผูก รองลงมาอันดับที่ 4 พบร้อยละ 33.33 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ปัญหาท้องเสีย และที่พบน้อยที่สุดร้อยละ 16.67 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลเมื่อปัสสาวะค้าง

3.3.3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 83.33 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลเมื่อปัสสาวะค้าง รองลงมา ร้อยละ 50 มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ และการแก้ปัญหาท้องเสีย และที่พบน้อยที่สุดร้อยละ 16.67 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ปัญหาท้องผูก

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลด้านการขับถ่าย

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน		ดูแลไม่ถูกต้อง 0 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ	0	0	3	50	3
การแก้ปัญหาท้องผูก	3	50	3	50	0	0
การแก้ปัญหาท้องเสีย	1	16.67	2	33.33	3	50
การประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ	1	16.67	5	83.33	0	0
การดูแลเมื่อปัสสาวะค้าง	0	0	1	16.67	5	83.33
การดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะค้าง	0	0	2	100	0	0

ปัญหาที่พบคือผู้ดูแลไม่สามารถประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ แก้ปัญหาเมื่อปัสสาวะค้างไม่ได้ และการดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ไม่ถูกต้อง รวมถึงเรื่องการ

แก้ปัญหาท้องเสีย และการประเมนปัสสาวะที่ผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดมีปัญหาเรื่องการควบคุมการขับถ่าย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก มีให้สายหัก พับ งอ ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและต้องคอยสังเกตลักษณะสีของปัสสาวะผู้ดูแลต้องดูแลเรื่องการขับถ่ายทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบอกผู้ดูแลได้และจะถ่ายปัสสาวะ อุจจาระรดที่นอน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลทำความสะอาดภายหลังผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้งและเปลี่ยนแผ่นรองขับปัสสาวะเมื่อชุ่ม ไม่ให้ผู้ป่วยนอนแช่ปัสสาวะอุจจาระเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ในผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน บางรายแพทย์ให้ยากระตุ้นให้ขับถ่ายหรือ อาจล้วงให้อุจจาระออกมา ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเรื่องความสะอาดได้ดี แต่ไม่ได้ประเมินลักษณะของปัสสาวะที่ผิดปกติและในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ผู้ดูแลไม่ได้เฝ้าระวังการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ดังที่ผู้ดูแลได้กล่าวไว้ว่า

“ถุงปัสสาวะต้องอยู่ต่ำๆ แต่ให้วางบนเตียงได้ ถ้ากลับไปบ้านคงต้องวางกับพื้นเพราะเตียงไม่มีที่แขวน”

3.4 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล พิจารณาตามรายการกิจกรรมได้ดังนี้

3.4.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 100 มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การเช็ดตัว และการเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน รองลงมาอันดับที่ 2 ร้อยละ 66.67 มี 1 กิจกรรมได้แก่ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รองลงมาพบร้อยละ 50 ได้แก่ การทำความสะอาดในช่องปาก และที่พบน้อยที่สุดร้อยละ 33.33 ได้แก่ การสระผม

3.4.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 66.67 ได้แก่ การสระผม รองลงมาพบร้อยละ 33.33 เท่ากัน มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดในช่องปาก และการทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย

3.4.3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) พบร้อยละ 16.67 เพียงกิจกรรมเดียว ได้แก่ การทำความสะอาดในช่องปาก

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน		ดูแลไม่ถูกต้อง 0 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การทำความสะอาดในช่องปาก	3	50	2	33.33	1	16.67
การเช็ดตัว	6	100	0	0	0	0
การสระผม	2	33.33	4	66.67	0	0
การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน	6	100	0	0	0	0
การทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย	4	66.67	2	33.33	0	0

พบปัญหาคือ ผู้ดูแลดูแลได้ไม่ถูกต้องครบถ้วนในเรื่องการสระผม เรื่องการทำความสะอาดในช่องปาก ในการดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมทดแทนให้ทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลทั้งหมดสามารถเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายได้สะอาด ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้ารวมทั้งทำความสะอาดและเปลี่ยนแผ่นรองขับถ่ายหลังบัสสวาระและอุจจาระได้ ส่วนเรื่องการสระผมผู้ดูแลเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยากจึงไม่ค่อยปฏิบัติ ผู้ดูแลบอกว่า

“ไม่ได้สระผมใช้น้ำลูบ ๆ สบ ๆ ง่าย ๆ เช็ดเอา”

3.5 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ พิจารณาตามรายการกิจกรรมได้ดังนี้

3.5.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 100 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันอุบัติเหตุ และรองลงมาพบร้อยละ 16.67 ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ

3.5.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 83.33 มี 1 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันข้อติด รองลงมาพบร้อยละ 66.67 ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ

3.5.3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลดูแลไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) พบร้อยละ 16.67 เท่ากัน 2 กิจกรรม ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันข้อติด

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน		ดูแลไม่ถูกต้อง 0 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การป้องกันแผลกดทับ	1	16.67	4	66.67	1
การป้องกันข้อติด	0	0	5	83.33	1	16.67
การป้องกันอุบัติเหตุ	6	100	0	0	0	0

พบปัญหาคือ ผู้ดูแลดูแลได้ไม่ถูกต้องครบถ้วนเรื่อง การป้องกันข้อติดและเรื่องการป้องกันแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้ดูแลได้ดูแลโดยจัดให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวพลิกตะแคงตัวทุก 2 – 4 ชั่วโมง แต่ไม่สม่ำเสมอ ช่วงเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมาจากบ้านแล้ว 1 ราย อีก 5 รายยังไม่เกิดแผลกดทับ ส่วนปัญหาเรื่องข้อติดนั้นมีผู้ป่วย 2 รายที่เกิดข้อติดมาแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเกิดเพิ่มขึ้นในรายที่เกิดแล้วและในรายที่ยังไม่เกิดข้อติดเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้บริหารข้อต่อให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีผู้ดูแลบางท่านกล่าวว่า

“ไม่ทราบวิธีการบริหารข้อต่อ”

“มีวหนังสือเป็นรอยแดงไม่ต้องนวดไม่ต้องทำอะไรหรอกเดี๋ยวก็หายได้ แต่พยาบาลบอกให้พลิกตัวบ่อยๆ”

3.6 ด้านการนอนหลับพักผ่อน พิจารณาตามรายกิจกรรมได้ดังนี้

3.6.1 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 100 ได้แก่ การส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รองลงมา พบ ร้อยละ 33.33 ได้แก่ การประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ

3.6.2 กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องบางส่วน (1 คะแนน) พบมากที่สุดร้อยละ 66.67 ได้แก่ การประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในการดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน		ดูแลได้ถูกต้อง บางส่วน 1 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ	2	33.33	4	66.67
การส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	6	100	0	0

ปัญหาที่พบคือผู้ดูแลดูแลได้ไม่ถูกต้องครบถ้วนเรื่องการประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยบางรายซึมลง หลับตลอดหรือหลับลึกผู้ดูแลจะเข้าใจว่าผู้ป่วยนอนหลับ ผู้ดูแลส่วนใหญ่คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและเงียบสงบคอยเอาใจผู้ป่วยช่วยเหลือจัดท่านอนในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบายไม่ให้นอนทับแขนขาข้างที่อ่อนแรงและผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ให้มียุ่ง มด หรือแมลงต่างๆ รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย ผู้ดูแลได้กล่าวว่

“ไม่เคยเจอหลับผิดปกติ ไม่รู้ว่าเป็นยังไง”

3.7 ด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลปฏิบัติได้ดังนี้

พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 100 สามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน)
คือ กิจกรรมการกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย
รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในการดูแลด้านการติดต่อสื่อสาร

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ
การกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย	6	100

การดูแลด้านการติดต่อสื่อสารนี้พบว่า ผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้ดีในการกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลทั้งหมดดูแลผู้ป่วยด้วยความรักเอาใจใส่ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล รวมทั้งการพูดคุยเพื่อกระตุ้นความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีอาจสืบเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานโดยตรงของผู้ป่วยจึงดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยได้ดี

“ทุกครั้งเวลาทำอะไรให้ก็จะบอกอากง”

“ที่แรกคิดว่าแม่ไม่รู้เรื่องแต่สังเกตเห็นเวลาพยาบาลบอกจะเจาะเลือด
วัดความดันแกก็เกร็งจะขยับหนี”

3.8 ด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา พิจารณาตามรายกิจกรรมได้ดังนี้

กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) พบร้อยละ
100 ทั้ง 3 กิจกรรม ได้แก่ การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน การเก็บรักษายา และการสังเกต
อาการผิดปกติและพาผู้ป่วยมาตรวจ

รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 12

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในการดูแลด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา

ความสามารถของผู้ดูแล	ดูแลได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ
การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน	6	100
การเก็บรักษายา	6	100
การสังเกตอาการผิดปกติและพาผู้ป่วยมาตรวจ	6	100

พบว่าผู้ดูแลทุกคน ไม่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดต้อง
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและผู้ดูแลจะเป็นผู้ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้มาตรฐานตามนัด ดูแลให้
ได้รับประทานยาทางสายยางได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ดูแล
สามารถประเมินสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลก่อนถึงวันนัดได้

“จัดยาตามที่พยาบาลบอก ไม่เคยแยกยาออกจากถุง”

“มาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง”

จากการวิจัยในระยะที่ 1 สามารถสรุปสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการ
ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้
ดังปรากฏในตาราง 13

ตาราง 13 สรุปสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงห์บุรี เป็นรายด้าน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	สภาพปัจจุบัน	ปัญหาและความต้องการการพัฒนา
1. ด้านอาหารและน้ำ	ผู้ดูแลทุกคนทราบวิธีการให้อาหารสายยางแก่ผู้ป่วยเพราะได้รับการสอนจากพยาบาลและผู้ป่วยจะได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอแต่ไม่ทราบว่าให้น้ำระหว่างมื้ออาหารได้และไม่ทราบการแนวทางปฏิบัติเมื่อเจอปัญหาขณะให้อาหารสายยางรวมทั้งจำที่พยาบาลสอนได้ไม่ครบถ้วน	ผู้ดูแลสามารถให้อาหารสายยางผู้ป่วยได้เพราะต้องให้เป็นประจำแต่เมื่อพบปัญหาขณะให้ไม่สามารถแก้ไขได้และอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยตามมาได้ ดังนั้น ผู้ดูแล ต้อง ทราบ รายละเอียดและปฏิบัติได้ครบถ้วนทั้งหมด
2. ด้านการได้รับออกซิเจน	ผู้ดูแลทั้งหมดไม่ทราบวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ การประเมิน แก๊สในภาวะขาดออกซิเจน สามารถดูดเสมหะได้แต่ในรายที่มีท่อเจาะคออยู่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ผู้ดูแลยังไม่พบปัญหาที่อาจตามมาจากการปฏิบัติไม่ถูกต้องขาดความรู้ และไม่ตระหนักถึงวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง
3. ด้านการขยับถ่าย	ผู้ดูแลไม่ทราบการแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยท้องเสีย ไม่ได้ประเมินลักษณะของปัสสาวะที่ผิดปกติและในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ผู้ดูแลยังดูแลได้ไม่ถูกต้อง	ผู้ดูแลขาดความรู้ในการแก้ปัญหาท้องเสีย การประเมินลักษณะของปัสสาวะที่ผิดปกติและในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ผู้ดูแลขาดความเข้าใจในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

ตาราง 13 (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	สภาพปัจจุบัน	ปัญหาและความต้องการการพัฒนา
4. ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้สระผม และทำความสะอาดในช่องปากให้ผู้ป่วย	ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยากในการสระผม และการทำความสะอาดในช่องปากรวมทั้งไม่ทราบวิธีปฏิบัติ
5. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ	ผู้ดูแลดูแลเรื่องการป้องกันข้อติดและการป้องกันแผลกดทับได้ไม่ถูกต้อง ขาดการปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยังไม่พบปัญหา	ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีปฏิบัติอย่างถูกต้อง ขาดคำแนะนำในการป้องกันข้อติดและการป้องกันแผลกดทับ
6. ด้านการนอนหลับพักผ่อน	ผู้ดูแลไม่ทราบการประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยบางราย ซึมลง หลับตลอดหรือหลับลึก ผู้ดูแลจะเข้าใจว่าผู้ป่วยนอนหลับ	ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติได้
7. ด้านการติดต่อสื่อสาร	ผู้ดูแลทั้งหมดมีการกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย พุดคุยเพื่อกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีรวมทั้งสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล	ไม่พบปัญหาด้านนี้
8. ด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา	ผู้ดูแลจะเป็นผู้ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้มาตรวจตามนัด ดูแลให้ได้ รับประทานยาทางสายยางได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ	ไม่พบปัญหาด้านนี้

และเมื่อพิจารณาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นรายบุคคลแล้วพบว่า แต่ละคนมีปัญหาและความต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป ดังปรากฏในตารางที่ 14

ตาราง 14 สรุปปัญหาและความต้องการการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกเป็นรายบุคคล

กิจกรรมการดูแล	ทำถูกต้อง ครบถ้วน	ทำถูกต้อง บางส่วน	ทำไม่ถูกต้อง
1. ด้านอาหารและน้ำ			
1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร	คนที่ 4,5	คนที่ 1,2,3,6	-
1.2 การป้องกันการสำลักอาหาร	คนที่ 3,4,5	คนที่ 1,2,6	-
1.3 การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ	คนที่ 2,3,4,5	คนที่ 1,6	-
1.4 การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้อาหาร	คนที่ 4,5	คนที่ 1,2,3	คนที่ 6
1.5 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	คนที่ 4,5	คนที่ 1,2,6	คนที่ 3
2. ด้านการระบายอากาศและการได้รับออกซิเจน			
2.1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ	-	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-
2.2 การประเมินและแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน	คนที่ 3,4,5	คนที่ 1,2,6	-
2.3 การดูดเสมหะ	-	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-
2.4 การดูแลท่อเจาะคอ*	คนที่ 1	คนที่ 2	-
3. ด้านการขับถ่าย			
3.1 การประเมินการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติ	-	คนที่ 4,5,6	คนที่ 1,2,3
3.2 การแก้ปัญหาท้องผูก	คนที่ 2,3	คนที่ 1,4,5	คนที่ 6
3.3 การแก้ปัญหาท้องเสีย	คนที่ 3	คนที่ 1,6	คนที่ 2,4,5
3.4 การประเมินปัสสาวะที่ผิดปกติ	คนที่ 5	คนที่ 1,2,3,4,6	-
3.5 การดูแลเมื่อปัสสาวะค้าง	-	คนที่ 5	คนที่ 1,2,3,4,6
3.6 การดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้**	-	คนที่ 1,2	-
4. ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล			
4.1 การทำความสะอาดในช่องปาก	คนที่ 2,3,5	คนที่ 4,6	คนที่ 1
4.2 การเช็ดตัว	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-
4.3 การสระผม	คนที่ 1,3	คนที่ 2,4,5,6	-
4.4 การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-
4.5 การทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย	คนที่ 1,2,3,4	คนที่ 5,6	-
5. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ			
5.1 การป้องกันแผลกดทับ	คนที่ 4	คนที่ 1,2,3,5	คนที่ 6
5.2 การป้องกันข้อติด	-	คนที่ 2,3,4,5,6	คนที่ 1
5.3 การป้องกันอุบัติเหตุ	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-

ตาราง 14 (ต่อ)

กิจกรรมการดูแล	ทำถูกต้องครบถ้วน	ทำถูกต้องบางส่วน	ทำไม่ถูกต้อง
6. ด้านการนอนหลับพักผ่อน			
6.1 การประเมินการนอนหลับที่ผิดปกติ	คนที่ 5,6	คนที่ 1,2,3,4	-
6.2 การส่งเสริมให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	คนที่ 3,4,6	คนที่ 1,2,5	-
7. ด้านการติดต่อสื่อสาร			
7.1 การกระตุ้นสื่อสารกับผู้ป่วย	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-
8. ด้านการจัดการเรื่องยาและการรักษา			
8.1 การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-
8.2 การเก็บรักษายา	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-
8.3 การสังเกตอาการผิดปกติและพาผู้ป่วยมาตรวจ	คนที่ 1,2,3,4,5,6	-	-