

บทที่ 3

การพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถ การให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVA) เนื้องอกที่สมอง (brain tumor) หรือบาดเจ็บศีรษะ (head injury) พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาย้อนหลังในปี พ.ศ. 2540-2542 พบว่า ผู้ป่วยที่รับใหม่ในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากจำนวน 376 คน ในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 400 คนและ 424 คน ในปี พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีพยาธิสภาพระบบประสาท พบว่า ผู้ป่วยมีความพิการและรอยโรคหลงเหลือ ดังเช่น มีแขนและขาอ่อนแรง สูญเสียสภาพการทรงตัว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายมีความผิดปกติในการพูด การกลืนอาหาร การขับถ่าย (Brown, 1996) ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อีกทั้งต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นระยะเวลาอันยาวนาน

ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนโดยตรงของผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตสังคม การดูแลผู้ป่วยที่มีรอยโรคหลงเหลือจากการเจ็บป่วยอันเป็นผลจากมีพยาธิสภาพระบบประสาทก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะซับซ้อนกว่าการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงได้รับการสอนและฝึกทักษะเฉพาะที่เป็นปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การเดิน การสื่อสาร การให้อาหาร การดูแลการหายใจ เป็นต้น จากผู้ชำนาญที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยังต้องได้รับการฝึกฝนต่อที่บ้าน (วันเพ็ญ, 2546) นอกจากนี้ครอบครัวจะต้องให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตสังคมแก่ผู้ป่วยอีกด้วย การฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคมเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลต่อสภาพอารมณ์และจิตสังคมเป็นอย่างมาก อันเนื่องจากการไม่ยอมรับกับสภาพที่สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ครอบครัวต้องเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์และจิตสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

ระบบสนับสนุนของครอบครัวจะมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดผลสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วง ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การร่วมรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางธรรมชาติของผู้ป่วย (Mower, 1997; Rose, 1997) แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยจากการมีพยาธิสภาพระบบประสาทมีความซับซ้อนและยุ่งยากอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง นอกจากนี้ ครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและยังเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าครอบครัวจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากน้อย

เพียงใจ (Pallet, 1990) ครอบครัวยุคใหม่ที่ต้องรับผิดชอบสมาชิกที่เจ็บป่วยจากการมีพยาธิสภาพระบบประสาท จะต้องมีความรู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานของโครงสร้างและหน้าที่ระบบต่างๆ ภายในร่างกายเพราะการที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อทำให้ระบบการทำงานระบบอื่นๆ ผิดปกติด้วย ดังเช่น ความผิดปกติระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร หรือระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ที่มีปณิธานมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการและมีวิสัยทัศน์มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม จึงได้มีนโยบายการรับรองคุณภาพงานในโรงพยาบาล (hospital accreditation) อันเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับร่วมมือกันบริการเพื่อพัฒนาองค์กรให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเป็นหอผู้ป่วยหนึ่งที่มีการให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบางกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วย เช่น การช่วยเช็ดตัว แต่งตัว เป็นต้น และสามารถอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ แต่หากผู้ดูแลผู้ป่วยรายใดมีความวิตกกังวลหรือผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลกำลังใจ หอผู้ป่วยจะมีการยืดหยุ่นการอนุญาตให้ญาติเฝ้าดูแลได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพเริ่มมีการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยลักษณะทีมสหวิทยาการ โดยมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง อีกทั้งพยาบาลจะให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ ในลักษณะของการพูดคุยหรืออธิบาย ซึ่งการให้บริการพยาบาลยังไม่มีการจัดกระทำที่เป็นแบบสมบูรณ์ ผู้ดูแลมักคล้อยตามการตัดสินใจของทีมสุขภาพ ผู้ดูแลจึงไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมวางแผน ตัดสินใจและแก้ปัญหา ดังนั้นการบริการพยาบาลจึงยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง

มีการศึกษารูปแบบของการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ หรือการให้บริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งพบว่าก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการพัฒนาศักยภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากงานวิจัยของโสพรรณ (2544) ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองซึ่งศึกษากลุ่มตัวอย่าง 22 ราย ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับฟื้นฟูสภาพดีขึ้น ซึ่งการวิจัยดังกล่าวนี้ได้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับทีมสุขภาพตลอดช่วงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและผลิตสื่อที่เป็นคู่มือการดูแลให้แก่พยาบาลและญาติผู้ดูแลมีการเยี่ยมบ้านเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วย

คณะผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ที่มีความมุ่งหวังให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงได้ขยายขอบเขตของการวิจัยเพื่อส่งเสริมความสามารถดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและมีความต่อเนื่องของการดูแลไปจนถึงการเยี่ยมบ้าน โดยมีการประสานงานร่วมกันของทีมสุขภาพใน โรงพยาบาลและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพของ

ชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลให้สอดคล้องตามวิถีชุมชนอย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิด “การมีส่วนร่วม” (participation) โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลต่อเองที่บ้าน คณะผู้วิจัย เลือกศึกษาวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในระดับของความร่วมมือที่เป้าหมายร่วมกัน (mutual collaboration approach) (Holtzer & Schwart-Barcott, 1993) โดยประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จะได้อารมณ์แบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและไขสันหลังก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มจาก ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและต่อเองที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับการผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มละ 10 ราย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล

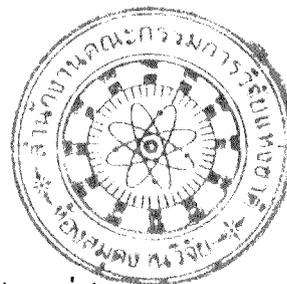
1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นมารดา ภรรยา บิดา สามีหรือบุตร และรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

คุณสมบัติที่ไม่นำมาศึกษา (exclusion criteria) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะช็อค การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระดับความรู้สึกรับ (Glasgow coma scale: GCS) ระดับการสูญเสียสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดสมอง (modified disability rating scale) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

3. แบบประเมินความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่มีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดการดูแลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเพื่อการรักษา ได้แก่ การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การให้อาหารทางสายยาง แบบประเมินนี้สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบการรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลกับพยาบาล และความพร้อมในการดูแลที่บ้าน แบบสัมภาษณ์นี้เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับเป็นแนวทางการสัมภาษณ์สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ภายหลังจากแก้ไขปรับปรุง นำแบบประเมินความสามารถให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อความเข้าใจในคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์การให้การดูแลจากผลการวิจัยโครงการย่อย ได้แก่ โครงการวิจัยเรื่องการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทย และโครงการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและครอบครัว และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม

1.2 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1.3 ศึกษากระบวนการเครือข่ายสนับสนุนการให้การดูแลของครอบครัวที่บ้านภายหลังจากจำหน่าย

1.4 ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2547

1.5 ประชุมกับแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

1.6 ประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแนวคิดการมีส่วนร่วม

1.7 ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังระบบประสาท โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้นำชุมชน 2 ชุมชน

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการและอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล

2.2 ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาพร้อมกลุ่มตัวอย่าง 2) วางแผนการปฏิบัติ และ 3) ปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติ ซึ่งทั้งสามส่วนนี้จะกระทำหมุนเวียนตลอดกระบวนการวิจัย โดยปฏิบัติตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาและต่อเนืองที่บ้าน ดังนี้

2.2.1 ปฏิบัติการวิจัยที่โรงพยาบาล

1) ผู้วิจัยประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกวัน

2) ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแลและสัมภาษณ์การรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวทางคำถามตามแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคภาวะสุขภาพ ความก้าวหน้าของการรักษาและความต้องการการดูแลของกลุ่มตัวอย่างแก่ครอบครัวผู้ดูแล และเริ่มปฏิบัติการดูแลโดยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการดูแลพื้นฐาน

4) ผู้วิจัยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมเป็นระยะให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับการให้การดูแล และปรับแผนกับกลุ่มตัวอย่างทุกวัน

5) เมื่อผู้วิจัยประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และพบว่าภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ผู้วิจัยเริ่มพัฒนาความสามารถในการดูแลในทักษะการดูแลเพื่อการรักษาที่จำเป็นของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยประเมินการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับ

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินความต้องการการพัฒนาทักษะการดูแลและเริ่มให้ข้อมูลและสอนการดูแลเพื่อการรักษา

6) ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว ผู้ดูแลเป็นระยะ โดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับพยาบาล ร่วมกับการสะท้อนคิดการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับแผนเป็นระยะ

2.2.2 ปฏิบัติการวิจัยที่ชุมชน

- 1) ผู้วิจัยเริ่มเยี่ยมบ้านภายหลังกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลและสังเกตการณ์การให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และร่วมปรับแผนการดูแลกับครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ
- 3) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการประเมินสอบถามและสังเกตการณ์มาวิเคราะห์พร้อมทั้งปรับปรุงและติดตามโดยการเยี่ยมบ้านเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 10 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุสูงสุด 70 ปี และน้อยสุด 22 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 60) จบการศึกษาระดับประถม (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย สาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยเป็น subdural hematoma (ร้อยละ 40) ได้รับการผ่าตัด craniotomy (ร้อยละ 80) รักษาตัวที่โรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 2 เดือน 10 วัน ถึง 4 เดือน 24 วัน เฉลี่ย 3 เดือน 1 วัน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุมากที่สุด 54 ปี น้อยที่สุด 32 ปี อายุเฉลี่ย 41.5 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 60) จบการศึกษาระดับมัธยม (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง และมีค้าขาย (ร้อยละ 30) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวต่อเดือน 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 70)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทุกคนเป็นเพศหญิง อายุมากที่สุด 54 ปี น้อยที่สุด 32 ปี อายุเฉลี่ย 41.5 ปี นับถือศาสนาพุทธ () จบการศึกษาระดับมัธยม () อาชีพรับจ้าง มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท

ผลการศึกษาการพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล ขอสรุปเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะการรักษาที่โรงพยาบาล

ช่วงเวลาแรกเริ่มจนถึงช่วง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด

จากสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสภาพที่รู้สึกตัวเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารหรือทำตามคำสั่งได้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทุกรายได้รับการ

ดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล โดยพยาบาลเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก 1-2 ชั่วโมง ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือการหายใจ โดยการใส่ท่อระบายหายใจ (endotracheal tube) และใส่เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ดังนั้น การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างช่วงนี้จึงถือเป็นภาวะการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนี้ จึงเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้น การพยาบาลมีดังนี้

1. ให้ความปลอดภัย การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยสิ่งที่สงสัยหรือคับข้องใจเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อสมาชิกของครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงอย่างกระทันหัน ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ในสภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถสื่อสารได้และต้องหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเกิดข้อสงสัยต่อการหายใจหรือรอดชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาในการจัดการภายในครอบครัว จากการทำสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยอย่างกระทันหัน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมากทั้งเป็นห่วงกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและเป็นห่วงครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน มึนงง ดังนั้น ในช่วงเวลาเช่นนี้ การให้ความปลอดภัยกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลทำให้คลายความวิตกกังวลและยึดอัดใจจากการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ให้ข้อมูลเป็นระยะ การได้รับข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการในช่วงเวลานี้ ได้แก่ 1) โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย 2) ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ 3) การผ่าตัดและแผนการรักษาพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการข้อมูลของครอบครัวในผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า ครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โอกาสรอดชีวิต (ทัศนีย์ และคณะ, 2551; ธาตทิพย์ 2541) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์พยาบาลเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะแรกเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการเช่นกัน เป็นต้น ดังเช่น ผลการประเมินระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะการประเมินความรู้สึกตัว การบอกผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังเช่นระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดหรือจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลขณะที่ครอบครัวผู้ดูแลยังอยู่ในภาวะสับสนหรือช็อกจากการเกิดการเจ็บป่วยอย่างกระทันหัน พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลสั้น ชัดเจน และตรงประเด็น (สุคติรี, 2541)

3. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า ขณะที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัว ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่ว่างจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความกลัวต่อสภาพผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ และสายต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นในขณะนี้จึงเริ่มเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมการดูแลตามความต้องการ เช่น ช่วยจับมือ-ขาผู้ป่วย ช่วยซักผ้าเช็ดตัวและยื่นให้พยาบาลเช็ดตัวผู้ป่วย ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น การเข้ามามีส่วนร่วมในระยะแรกนี้ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมกันกับที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยร่วมกันช่วยให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความมั่นใจและลดความกลัว โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลที่สนใจซักถามอาการเจ็บป่วยและความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะรวมถึงการขอช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมจะเพิ่มมากขึ้น เช่น เช็ดตัว และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ช่วยสังเกตการหายใจ ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมช่วงนี้ยังเป็นการให้เข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล

4. ประเมินครอบครัวผู้ดูแลเป็นระยะ การดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในระยะแรกเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด จึงทำให้เวลาส่วนใหญ่มุ่งไปที่การดูแลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผลให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลถูกละเลย การพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วย ผ่านพ้นช่วงเวลาช็อกและปฏิเสธ การเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด การยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยจะเป็นผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้าสู่การร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลได้รับข้อมูลเป็นระยะ และได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลประเมินครอบครัวผู้ดูแลโดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรมกรรมการปรับตัว การประเมินปัญหาและความต้องการรวมถึงการประเมินการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมเป็นระยะ

ช่วงภายหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถึงจำหน่ายกลับบ้าน

จากสถานการณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น และสัญญาณชีพคงที่ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเข้าสู่แผนการหยาบเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถหายใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นระยะที่เข้าสู่การฟื้นฟูสภาพกิจกรรมการพยาบาล คือ

1. ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ช่วงเวลาการฟื้นฟูสภาพจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาระดับความสามารถของผู้ป่วยและแผนการฟื้นฟูสภาพขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน การให้ข้อมูลช่วงนี้ ได้แก่ 1) วิธีการหยาบเครื่องช่วยหายใจ 2) การให้อาหารผู้ป่วย 3) การบริหารกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา และ 4) การฟื้นฟูความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังเปิด โอกาสซักถามและให้เวลาพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย

2. มีส่วนร่วมในการวางแผน ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพจากพยาบาลและทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตามมีการศึกษา พบว่า ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลจะช่วยพัฒนาความสามารถการดูแล สร้างความมั่นใจและเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเมื่อที่บ้าน (โสพรรณ, 2544) ดังนั้นพยาบาลจึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษา การพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งได้รับการพัฒนาตั้งแต่เริ่มแรก โดยการให้ข้อมูลและเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้อาหาร การฟื้นฟูสภาพที่กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องการฝึกเพิ่มเติม ได้แก่ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ดังนั้น พยาบาลจึงประสานงานกับแพทย์และนักกายภาพบำบัดในการส่งกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลฝึกการบริหารกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลได้รับการฝึกกับนักกายภาพบำบัดขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการบริหารกล้ามเนื้อจากนักกายภาพบำบัด พยาบาลทำหน้าที่ในการประเมินความสามารถในการบริหารกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

4. ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ การพัฒนาความสามารถให้การดูแลให้กับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ คือ การจัดบรรยากาศให้มีการประเมินผลร่วมกันระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง การประเมินผลร่วมกันนี้จะเป็นการประเมินผลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและการประเมินผลตนเองในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล การประเมินผลร่วมกันก่อให้เกิดบรรยากาศสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่น ความไว้วางใจกัน อีกทั้งยังเป็นการฝึกการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองของผู้ดูแล (สุคศิริ, 2541) การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและกล้าซักถามในข้อสงสัย การสร้างบรรยากาศนี้โดยการที่พยาบาลจัดกลุ่มผู้ดูแลประเมินผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง โดยการพูดคุยกับพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังจัดให้มีการประเมินผลระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถให้การดูแล

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จากการศึกษา พบว่า มีกลยุทธ์เพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความเชื่อมั่น การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวตั้งแต่วันแรกเมื่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล โดยการให้ความสนใจครอบครัวเช่นเดียวกับผู้ป่วย สังเกตและซักถามถึงความต้องการ

ของครอบครัว ขณะที่ดูแลผู้ป่วยการบอกถึงการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับและบอกถึงความก้าวหน้าของการรักษาและอาการเป็นระยะ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากแพทย์และพยาบาล จะทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่นการช่วยจับผู้ป่วย การบอกให้สัมผัสผู้ป่วยและบอกผู้ป่วยที่หูทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมหรือกลับบ้าน หรือร่วมเช็ดตัว พลิกตะแคงตัว หรือดูแลอื่นๆ จะสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน

3. สะท้อนคิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง กลยุทธ์การสะท้อนคิดกับครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จะช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เมื่อครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลให้เวลากับครอบครัวผู้ดูแลในการพูดคุยและสะท้อนคิดการเรียนรู้ถึงสิ่งที่ได้ฝึกดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลคิดและตัดสินใจด้วยตนเองจะเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ระยะการดูแลที่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ เน้นแนวคิดของการมีส่วนร่วม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีระบบการดูแลที่ประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ระบบการดูแล มีดังนี้

1. ระบบการดูแลภายในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คุณภาพการดูแลที่ดีย่อมขึ้นกับทักษะการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลและระบบสนับสนุน ดังนั้นพยาบาลจะต้องสนับสนุนการดูแลภายในครอบครัว ดังนี้

1.1 เสริมทักษะการดูแล การปรับสถานที่จากโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่มีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือมาเป็นการดูแลที่บ้าน โดยไม่มีใครช่วยตัดสินใจและแก้ปัญหา ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจ ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องเยี่ยมบ้าน และให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องรู้จากการศึกษา พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลต้องให้การดูแลที่บ้าน ปัญหาที่พบ ได้แก่ การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน-ขา และการเข้าใจถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย การสื่อสาร จากการศึกษ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 ราย มีปัญหาการสื่อสารในระยะแรก ดังนั้นการเสริมทักษะการดูแลจึงเน้นการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา และการอธิบายถึงสภาพอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปพร้อมทั้งบอกวิธีการดูแล สำหรับการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลทุกคนให้หมอนวดหรือหมอบ้านมานวดและจับเส้นให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมักให้หมอบ้านมานวด โดยมีความเชื่อว่า การนวดจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (สุคศิริ, 2541, เพลินพิศ และคณะ 2552)

1.2 ให้ความรู้ครอบครัว จากการศึกษา พบว่า ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่รู้สึกตัวแต่สับสนและรู้สึกตัวดี สมาชิกในครอบครัวบางคนเกิดความรู้สึกกลัว ไม่รู้จะมีส่วนช่วยผู้ดูแลอย่างไร ดังนั้นพยาบาลประเมินความรู้และทักษะการดูแลและสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมในครอบครัว โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นบางทักษะ เช่นการให้อาหารทางสายยาง สอนวิธีการพองผู้ป่วย หรือบริหารร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น

1.3 เสริมกำลังใจ การศึกษา พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยกลับบ้าน ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการช่วยเหลือจากพยาบาลดังเช่นรักษาที่โรงพยาบาล ร่วมกับการต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพา ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า บางครั้งรู้สึกถึงการเป็นภาระของการดูแล ดังนั้นพยาบาลที่เยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ โดยการพูดเป็นกำลังใจ บอกความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะ พูดคุยซักถามและให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ดูแล

2. ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการศึกษาาระยะเตรียมก่อนการวิจัย โดยการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน 2 ชุมชน พบว่า กลุ่มผู้นำชุมชนต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพระบบประสาท ลักษณะการช่วยเหลือของผู้นำชุมชนมีได้หลายลักษณะ ดังนี้

1) **เยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ** จากการศึกษาสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนทั้งสองชุมชน พบว่า การเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจเป็นระยะ เป็นสิ่งที่ผู้นำชุมชนสามารถมีส่วนร่วม จากการศึกษาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ดูแล พบว่า เป็นความต้องการเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการช่วยเหลือจากพยาบาลดังเช่นในโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการดูแลและตัดสินใจแก้ปัญหาเพียงผู้เดียว การมีกลุ่มผู้นำชุมชนไปเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ ทำให้เกิดกำลังใจ ดังนั้นการจัดระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดผู้นำชุมชนเยี่ยมเยียนเป็นระยะจึงเป็นวิธีการหนึ่ง

2) **เป็นที่ปรึกษา** ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านย่อมก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวผู้ดูแล ปัญหาที่พบมีทั้งปัญหาที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยและปัญหาการจัดการ เช่น ขาดผู้ช่วยเหลือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือไปนวด ปัญหาการเงิน เป็นต้น ผู้นำชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือ และเสนอแนวทางแก้ปัญหาแก่ครอบครัวผู้ดูแลได้

3) **ช่วยหาค้นช่วยดูแล** ในสถานการณ์ที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย บางครั้งพบปัญหาการดูแล นอกจากนี้เมื่อกลับไปอยู่บ้านครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ผู้นำชุมชนสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย หรือหากคนช่วยดูแลช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องทำงาน จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีอาชีพทำสวนยางต้องออกจากบ้านไปตัดยางช่วงกลางคืนหรือช่วงหัวรุ่ง (ช่วงเวลาประมาณ 03.00 น. ถึง 05.00 น.) ดังนั้นผู้นำชุมชนอาจหาค้นช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องทำงาน อย่างไรก็ตามจากการศึกษา ชุมชนหนึ่งซึ่งมีผู้นำชุมชนนับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ผู้นำชุมชนที่

เป็นผู้ชายไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นเพศหญิงได้ ดังนั้น การจัดหาคนผู้ดูแลแทน ช่วงเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องไปทำงานควรคำนึงถึงวัฒนธรรมและศาสนาของแต่ละครอบครัว

4) **จัดหาสิ่งของที่จำเป็น** การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพที่บ้านครอบครัวอาจต้องใช้ กายอุปกรณ์ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ หรือต้องปรับสภาพบ้านให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยเพื่อช่วย ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูอย่างเต็มที่ เช่น การมีราวเกาะเดิน ไม้เท้า (walker) ผู้นำชุมชนสามารถจัดหาอุปกรณ์ที่ จำเป็นและมอบให้กับครอบครัวตามความจำเป็น

3. **ระบบการบริการสุขภาพในชุมชน** การพัฒนาความสามารถในการดูแลที่บ้านของครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เช่น พยาบาลจากสถานีอนามัย เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่พบคือ เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลไม่ทราบว่าผู้ป่วยใหม่ใน ครอบครัว ดังนั้นพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อ โดยมีเอกสารไปยังสถานี อนามัยโดยตรง หรือให้ครอบครัวผู้ดูแลนำเอกสารไปยังสถานีอนามัยด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาหาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนจาก การสนทนากลุ่ม โดยมีได้ศึกษาโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา จึงเสนอเป็นแนว ทางการมีส่วนร่วมของชุมชน

บรรณานุกรม

- ขวัญตา บาลทิพย์, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ และศิริวรรณ พิริยะคุณธร. (2546). การทบทวน องค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล และผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2534-2543. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(2), 1-26.
- จอม สุวรรณ โฉม. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุรณัน. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเอง ที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, จารุวรรณ มานะสุรการ และ สุกศิริ หิรัญชุนหะ. (2551) *ประสบการณ์การใช้ บริการสุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและครอบครัว*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 31(3), 21-33.
- ศรีรัตน์ อินเกต, เกษิณี เพชรศรี และโฆมพัคตร์ มณีวัต. (2552). *ความต้องการและการมีส่วนร่วมของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(1), 73-80.
- สุกศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Acorn, S. & Roberts, E. (1992). Head injury: Impact on the wives. *Journal of Neuroscience Nursing*,
 24(6), 324-328.
- Fleming, J.M., Thy, B. & Maas, F. (1994). Prognosis of rehabilitation outcome in head injury using
 the disability rating scale. *Arch Phys Med Rehabil*, 75, 156-163.
- Gibbon, B. & Little, V. (1995). Improving stroke care through action research. *Journal of Clinical
 Nursing*, 4, 93-100.
- Hall, K.M., Karzmark, P. Stevens, M., Englander, J. O'Hare, P., Wright, J. (1994). Family stressors in
 traumatic brain injury: A two-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*, 75, 876-884.
- Holter, I.M. & Schwartz-Barocct. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how
 can it be used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Johnson, L.H. & Roberts, S.L. (1996). Hope facilitating strategies for the family of the head injury
 patient. *Journal of Neurosciences Nursing*, 28 (4), 259-266
- Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H. & Kepler, K. (1992). Traumatic brain injury: Family response and
 ovoutcome. *Arch Phys Med Rehabil*, 73, 771-778
- Robinson, K.M. & Steele, D. (1995). The relationship between healt and social support in caregiving
 wives as perceived by significant others. *Journal of Advanced Nursing*. 21, 88-94.
- Rose, L.E. (1997). Caring for caregivers: Perceptions of social support. *Journal of Psychosocial
 Nursing*, 35(2), 17-24.
- Szabo, V. & Strang, V.R. (1999). Experiencing control in caregiving. *Image: Journal of Nursing
 Scholarship*, 3(1), 99-103.