

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง
2. ครอบครัวผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถให้การดูแลของครอบครัวผู้ดูแล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

การผ่าตัดสมองเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการช่วยผู้ป่วยรอดชีวิตจากการมีสิ่งแปลกปลอมในสมอง ดังเช่น ก้อนเลือด หรือ ก้อนเนื้อ ซึ่งเบียดเนื้อสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ไม่รู้สึกตัว ความจำเสื่อม สูญเสียความสามารถในการคิด การสื่อสาร เป็นต้น ทั้งนี้ระดับการสูญเสียขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้องอก (Hickey, 2003) ปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองที่พบบ่อย ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มที่มีก้อนเลือดใต้ดura (subdural hematoma) จากการศึกษาผลลัพธ์จากการผ่าตัดก้อนเลือดในสมอง จากการศึกษาในโรงพยาบาลได้พบว่า หายเป็นปกติ ร้อยละ 56.2 และมีความพิการปานกลางร้อยละ 20.6 (Wu, Hsd, Liso & Wong, 1999) อย่างไรก็ตามจากการที่นำเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scanner: CT) มาใช้ในการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ทราบพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้การทำนายโรคแม่นยำขึ้น (สงวนสิน, 2546)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

การประเมินผลลัพธ์ของการรักษาภายหลังการผ่าตัดขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาของการได้รับการรักษาภายหลังมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ผลการรักษาอาจพบว่า 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง 2) ไม่สามารถทำอะไรได้ (persistent vegetative state) อยู่ในอาการหมดสติ 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลง หมดสติ ไม่รู้สึกตัวระยะยาว 3) ผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้นทั้งระดับปานกลางและรุนแรง ผู้ป่วยอาจช่วยเหลือตัวเองได้แต่มีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม หลงลืม เป็นต้น หรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ และ 4) หายเป็นปกติ สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดสมองอาจแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

1. ภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นระยะ 48-72 ชั่วโมงแรก ถือเป็นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกสูง (increase intracranial pressure)

2. ภาวะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตอาจเป็นช่วงภายหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ผลกระทบที่พบบ่อย มีดังนี้

2.1 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของแขนขา ผู้ป่วยอาจเสียการทรงตัวจากการมีพยาธิสภาพบริเวณซีรีเบลลัม (cerebellum) หรืออาจพบอาการสั่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2.2 พูดและสื่อสารไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้ายทำให้มีความผิดปกติของการพูดหรือสื่อภาษา ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายอาจพูดตะกุกตะกัก ไม่คล่องแคล่ว บางรายอาจไม่สามารถเขียนได้ด้วย

2.3 อาการชัก เกร็งหรือกระตุก ผลของการบาดเจ็บหรือผ่าตัดอาจพบว่าผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนต่อสมอง ซึ่งอาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการชัก เกร็งหรือกระตุก อาการนี้อาจพบตั้งแต่ 2-3 วัน จนถึง 6-8 เดือน

2.4 ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ จากการที่เจ็บป่วยมีผลต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ เนื่องจากความบกพร่องของการสื่อสาร ความรู้สึกต่อการขับถ่ายลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้

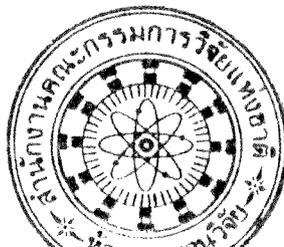
2.5 ความจำหรือการรับรู้เปลี่ยนไป ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ระบบประสาทและได้รับการผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความจำบกพร่อง สูญเสียความจำ ความสนใจและสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิม ขาดเหตุผลและการตัดสินใจ

2.6 พฤติกรรมแสดงออกเปลี่ยน ความผิดปกติบริเวณฟรอนทอน (frontal lobe) มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ขาดการเอาใจใส่ตนเอง ขาดเหตุผล การตัดสินใจ เป็นต้น

2.7 ผิดปกติด้านจิตใจ อาจพบความผิดปกติด้านจิตใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูญเสียสภาพลักษณะจากคามพิการและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้รู้สึกว่าต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกความมีคุณค่าแห่งตนเองลดลง

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากครอบครัว ดังนี้

1. ดูแลให้ได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอกับร่างกาย การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่และโครงสร้างภายในร่างกาย อากาศ น้ำ และอาหารจะเป็นวัตถุดิบที่สำคัญในกระบวนการเผาผลาญและสร้างพลังงานให้กับร่างกายของผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฟื้นฟูสภาพ



2. คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและระบายให้เป็นปกติ เนื่องจากผลกระทบต่อการเจ็บป่วยส่งผลต่อการควบคุมการจับถ่าย ผู้ป่วยอาจสูญเสียการควบคุมการปัสสาวะและอุจจาระจากผลกระทบจากพยาธิสภาพที่สมองหรืออาจเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัวผู้ดูแล

3. การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน จากสภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลการทำมาสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การจับถ่าย การเคลื่อนย้าย การดูแลเหล่านี้เป็นการดูแลตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อความสุขสบายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

4. การนอนหลับพักผ่อน ผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องหายใจทางเครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการตรวจเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติหลังผ่าตัด ทุก 1-2 ชั่วโมง เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยอาจมีปัญหานอนหลับ จากความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ปวดศีรษะ เป็นต้น

5. พื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่มีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งแขนและขา จากพยาธิสภาพของโรคและการต้องนอนบนเตียงนานๆ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตจนถึงระยะการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และยังสามารถสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

6. พัฒนาการสื่อสาร ความคิดและด้านอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายที่มีการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสาร ความคิด และด้านอารมณ์ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ และฝึกต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้

7. พัฒนาการดูแลตนเอง ในระยะที่บ้าน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฝึกการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนทักษะการคิด การตัดสินใจ เพื่อช่วยกระตุ้นสมองกลับมาทำงานได้อย่างเร็ว

โดยสรุป จากผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งจากพยาบาลและครอบครัว ในอันที่จะฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำรงชีวิตต่อไป

ครอบครัวผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

จากผลกระทบการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกคนไหนคนใดที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยอาจกระทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต โดยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาล การให้ข้อมูลที่จำเป็นกับแพทย์และพยาบาล การสัมผัสซึ่งแสดงถึงความรัก ความห่วงใย และการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยตลอดเวลา (ศิริรัตน์, เกษณี, โขมพัคตร์, 2552)

การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เป็นรอยโรคหรือความพิการให้กลับทำหน้าที่ใกล้เคียงกับสภาพก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด การฟื้นฟูด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวต้องดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตสังคมอย่างมาก การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นวิธีการวิจัยที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับคุณค่าของประชาธิปไตย (value of democracy) และคุณค่าของความเป็นจริง ไม่มีการควบคุมและเน้นการให้อำนาจ (empowerment) แก่ผู้ร่วมในกระบวนการทุกคน (Kemmis & McTaggart, 1988) วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาด้วยเป้าหมายเพื่อการพัฒนาสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเน้นของการวิจัย คือ การแก้ปัญหา (problem solving) และเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น (Lauri, 1982) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบการสืบสวนการสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (self-reflective enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคมเพื่อพัฒนาหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1988)

คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการแบบอื่น คือ การมีส่วนร่วมมือกันหรือมีส่วนร่วม (collaborative/ participatory) กล่าวคือ ประชาชนหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่งร่วมมือกันและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ และแปลข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัย (Sheehan, 1990) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีลักษณะเป็นเกลียววงจรหลายวงจร (cyclical process) วงจรนี้เกิดจากการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการกระทำเพื่อแก้ไขหรือปรับปรุงการปฏิบัติ การนำแผนไปปฏิบัติการประเมินผล และการปรับปรุงแผนใหม่โดยอาศัยความร่วมมือระดับผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่าย เกลียววงจรที่เกิดขึ้นหลายวงจรนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (action plans) จะต้องมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคมมีความซับซ้อนไม่อาจคาดคะเนการปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบเกี่ยวกันเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (McTaggart, 1991)

เป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คือ การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตภายใต้สภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งท้าทาย

ความสามารถของพยาบาล ทีมสุขภาพ และระบบบริการเป็นอย่างมาก (Black & Matassarini-Jacob, 1993) การมุ่งหวังให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองและดูแลผู้ป่วย ได้อย่างผาสุกเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิการ ตลอดจนการทำหน้าที่ตามศักยภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและจงใจ (deliberate action) โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อช่วยเหลือบุคคลผู้รับบริการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองและเพื่อสร้างระบบของการดูแล การพยาบาลจึงเน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีความพร้อม เน้นที่การพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 1991)

การดูแลตนเองจึงเน้นถึงความเป็นอิสระของผู้รับบริการในการรับผิดชอบและควบคุมบริหารจัดการกับภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้การสนับสนุนการดูแลตนเองนั้น นโยบายของรัฐจำเป็นต้องจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ (Anderson, 1991) การดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้าน (home health care) จึงเป็นบริการหนึ่งที่จะสนับสนุน แนะนำ และช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน (home healthcare nurse) จะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่บ้าน (Cloonan & Belyea, 1993) การพยาบาลที่บ้าน จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัวสามารถที่จะคิดและตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพของสมาชิกในภาวะเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

โสพรรณ (2544) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย ทีมพยาบาลจำนวน 30 คน ญาติผู้ดูแล 22 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 20 คน ซึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย 1) ปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล 2) การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล และ 4) ผลลัพธ์การดูแล ปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลมี 5 ระยะ คือ ต้องการที่พึ่ง พร้อมมีส่วนร่วม ร่วมดูแล สร้างความมั่นใจ ก่อนกลับบ้านและยืนได้ด้วยตนเอง การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแล พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล สร้างความมั่นใจและอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแล คือ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความเอื้ออาทรของทีมพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้และช่วยเหลือ ประสิทธิภาพการดูแล ความหวัง การสะท้อนคิดพิจารณา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมีระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาล คือการกระตุ้นให้เข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การให้ข้อมูลความรู้อย่างต่อเนื่อง การทำเป็นแบบอย่าง การสนับสนุน และการเสริมแรง

สุดศิริ (2541) ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มละ 15 ราย การศึกษาเริ่มจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมความสามารถในแต่ละระยะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล 2) พัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตนเอง 3) พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท และ 4) พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถการดูแล ประกอบด้วย 1) สร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ 2) สะท้อนคิดพิจารณา 3) การมีส่วนร่วม 4) หากกลุ่มช่วยเหลือ 5) สร้างพลังความสามารถในการดูแล 6) ผสมผสานความเชื่อการดูแล 7) สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล 8) ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 9) สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ และ 10) เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถผู้ดูแล ได้แก่ 1) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 2) ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม 3) ความหวัง 4) การช่วยเหลือของครอบครัว 5) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 6) ระดับความต้องการการดูแล 7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม 8) ความสามารถในการตัดแปลง/ ปรับวิธีการดูแล และ 9) ภาวะเศรษฐกิจ

พิกุล (2539) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย การศึกษาเริ่มจากการให้บริการที่คลินิก ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยให้บริการ 1-6 ครั้งต่อเดือน ติดต่อกัน 3-6 เดือน โดยใช้กระบวนการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการประเมินความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเอง การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การค้นหาวิธีการลงมือกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านโดยอาศัยชุมชนเป็นฐานและใช้ระบบการจัดการเป็นรายกรณี ผลการวิจัยพบว่า บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มี 6 หมวด คือ จัดการกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จัดวางระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และประสานงานร่วมมือกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่พบในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย รักษาและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและเกียรติของตนเอง แสวงหาการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วย ดูแลและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี คงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข เรียนรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างมี

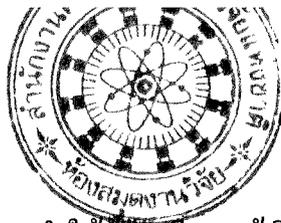
วิจารณ์งานจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ รักษาไว้ซึ่งอำนาจในการควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสถานการณ์เอคส์ และจากการประเมินประสิทธิผล พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีอาการเจ็บป่วยน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เข้าร่วมโครงการได้เพียง 1-2 เดือน และค่อนข้างมีความคงตัวไปจนถึง 6 เดือน

สุทธิดา (2541) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 ราย เริ่มดำเนินการวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน แล้วกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านชั่วคราวขึ้น นำไปปฏิบัติบริการสุขภาพที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า 1) โครงสร้างการจัดบริการ ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักรถบำบัด ทำหน้าที่ให้การดูแลในสถานบริการและให้คำปรึกษา พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นผู้จัดการเฉพาะราย มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) กระบวนการจัดบริการ จัดตามการตอบสนองของผู้รับบริการ แบ่งเป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 ชีวิตสืบสนบริการสุขภาพที่บ้าน คือ การพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรค กระบวนการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามแผนการดูแลเฉพาะราย วงจรที่ 2 เริ่มต้นเรียนรู้ ต่อสู้อุปสรรค บริการสุขภาพที่บ้าน คือ การพัฒนาทักษะและการปรับบทบาท โดยพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเอง ปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลและพัฒนาสื่อการสอน วงจรที่ 3 ชีวิตต้องดำเนินต่อไป บริการสุขภาพที่บ้าน คือ พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการกลับสู่สังคมและการประสานการจัดบริการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3) ประเมินผลลัพธ์ของบริการสุขภาพที่บ้าน กระทำโดยเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการดูแลแต่ละวงจร พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้ถูกต้อง และชำนาญมากกว่าเมื่อเริ่มต้นการดูแล ผู้รับบริการพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในการปฏิบัติตนที่บ้าน ได้ความสะดวกประหยัด ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบและกระบวนการจัดบริการสุขภาพที่บ้านซึ่งใช้วิธีการจัดการเฉพาะรายที่มีผู้จัดการเฉพาะรายทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ผู้จัดการ ผู้ให้ความรู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านทดแทนวิชาชีพอื่น และเป็นตัวแทนของผู้รับบริการ

สิริลักษณ์ (2540) ศึกษา รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 11 คน การดำเนินการ

วิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ก่อนผ่าตัด 2) หลังผ่าตัดและก่อนกลับสู่สังคม 3) ขณะอยู่บ้าน 4) มาตรวจตามนัด ทุกระยะดำเนินการวิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยได้ผลสรุป 2 ประการ คือ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและสื่อที่เป็นคู่มือการปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย 1. การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นคุณภาพกับผู้ป่วย 2. การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมี 5 วงจร คือ ทำไมต้องเป็นฉัน เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง ชีวิตคนครึ่งคนขวากหนามชีวิตใหม่ ปรับตัวและดูแลตนเองได้และอุทิศตนเพื่อผู้อื่น 3. กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมี 8 วิธี คือ 1) ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 2) ให้ข้อมูลและความรู้ 3) สะท้อนปัญหาวางแผนและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน 4) สนับสนุนด้านจิตใจ 5) เพื่อนช่วยเพื่อน 6) เอื้ออำนวยความสะดวก 7) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 8) ประสานงานและเจรจาต่อรอง 4. ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความหวังและเป้าหมายในชีวิต การได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวกำลังใจจากทีมสุขภาพเพื่อนช่วยเพื่อนและการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคได้แก่ การขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ การขาดความร่วมมือการวางแผน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อนและการขาดการสนับสนุน การนำรูปแบบนี้ไปใช้ให้เกิดผลสำเร็จ พยาบาลจะต้องมีความรู้ มีทักษะ มีความเมตตา เอื้ออาทร มุ่งมั่นและมีสติรู้คิดพิจารณา

โชมพัคตร์ (2540) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ต่อการฉายรังสี ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรคเป็นยา/เหมือนยา เหมือนแดด/เหมือนไฟและเป็นสิ่งที่น่ากลัว 2) ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ต่อการฉายรังสีในกลุ่มที่กลัว ลังเล ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ มีเจตคติไม่ดีต่อโรคและการรักษามาเป็นเต็มใจ เชื่อมั่นเข้าใจและพร้อมจะอธิบายให้คนอื่นเข้าใจ 3) ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะฉายรังสี แบ่งออกเป็น 3 วงจร ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี เป็นการส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตใหม่ ยอมรับการฉายรังสีและมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษาที่ได้รับ ในวงจรนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการฉายรังสี มีการปรับตัวยอมรับการรักษาที่ได้รับ มีความรู้ ความเข้าใจมีเจตคติต่อการรักษา มีการปรับตัววิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเรียนรู้ถึงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม การให้ความรู้และสนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจในระยะมีการวางแผนการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม การปรับตัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และให้



ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสีที่เพียงพอ การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ข้อจำกัดด้านร่างกาย นิสัยประจำตัว ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการได้รับความรู้ไม่เพียงพอและปัญหาเศรษฐกิจ 4) ผู้ป่วย 10 รายได้รับรังสีครบตามปริมาณที่กำหนด 5) รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วยการเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การเตรียมตัวของพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยโดยใช้กลวิธีที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่เหมาะสม การค้นหาวิถีที่เหมาะสม การสะท้อนการปฏิบัติ การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ การใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พบเพื่อนผู้ป่วยหรือผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์มาแล้ว โดยผ่านกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ 6) สื่อในการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือเรื่องจะปฏิบัติตัวอย่างใดเมื่อฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การจัดสาธิตตัวอย่างที่ใช้บ่อย จัดสาธิตตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและวิถีทัศน์เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

สิริวรรณ (2541) ศึกษาการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีและได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จำนวน 11 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 คน และ 3) ทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักอรรถบำบัด จำนวน 30 คน ผลการวิจัยได้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายและมีการประสานงานแบบเป็นทางการ 2) กระบวนการวางแผนจำหน่ายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาความสามารถเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัดหรือฉายรังสีและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง โดยสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะเป็นการพัฒนาทักษะของทีมสุขภาพให้สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล โดยการสอนและสาธิต ประกอบภาพลึกลับ วิดีทัศน์และแผ่นพับ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทุกวัน โดยใช้หลักบริหาร บริการและการกระจายงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพในขณะที่มีทีมสุขภาพยังสามารถปฏิบัติงานประจำได้เช่นเดิม และระยะที่ 3 มีทักษะ คือ ทีมสุขภาพมีทักษะในการเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้สร้างระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพและส่งต่อไปสถานบริการใกล้บ้าน และ 3) ผลลัพธ์ ผู้ป่วย 11 คน ได้รับการรักษาครบตามแผน มีความรู้และเข้าใจต่อวิธีการรักษาตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและกลับบ้านด้วยความมั่นใจ สามารถลดจำนวนวันในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลงได้ ไม่มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น และทีมสุขภาพรับการวางแผนจำหน่ายเป็นภาระงานประจำ พยาบาลประจำการเป็นผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่าย โดยมีบทบาทเป็นผู้จัดการ ประสานงาน ให้บริการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและติดตามนิเทศให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องตามแผนและตรงตามความต้องการ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองมักได้รับผลกระทบภายหลังการเจ็บป่วย จากการมีความพิการหรือรอยโรคหลงเหลือ เช่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เสียการทรงตัว สูญเสียความจำ การสื่อสาร มีสภาพอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เป็นต้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การส่งเสริมความสามารถในการให้การดูแลเป็นบทบาทของพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ การจัดบริการพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีเครือข่ายชุมชนสนับสนุนจะนำไปสู่คุณภาพการดูแล