

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นความเจ็บป่วยทางระบบประสาทที่รุนแรงมากโรคหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่เรื้อรังตามมา ดังประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา พบความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 780,000 คนต่อปี โดยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 87 ซึ่งผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีความพิการหลงเหลืออยู่ (Viscogliosi, Bellevilly, Desrosiers, Caron, & Ska, 2009) แม้จะมีการดูแลรักษาแล้วก็ตาม จึงส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงถึง 65 ล้านบาทในปี 2008 เพียงปีเดียว (Demaerschalk, Hwang, & Leung, 2008) ในประเทศไทยพบการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โดยจะพบในคนที่อายุเฉลี่ยมากกว่า 55 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่าย ที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉลี่ยคิดเป็น 46,524 บาท ต่อราย ต่อจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย (งานเวชสถิติกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา, 2553) ด้วยเหตุนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาต่อไป

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นความผิดปกติที่เกิดจากหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการอุดตัน จนทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ประสาทค่อยๆเสื่อมตายลงกลายเป็นรอยโรคเกิดขึ้นในเนื้อสมอง (Urden, Stacy, & Lough, 2006) แล้วมีผลให้เกิดเป็นความพิการตามมาอันได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัด (Dysarthria) หรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ (Aphasia) ร่วมกับมีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้ออ่อนล้าลงในส่วนที่มีอาการอ่อนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทรงตัว การใช้สายตาเพื่อการมองเห็น การเดิน และส่งผลไปถึงกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยว กลืน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะมีความผิดปกติเกิดขึ้น (Flynn, Mac, & Doney, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติในด้านความรู้สึกรู้สึก ไม่สามารถตัดสินใจ เรียนรู้ หรือคิดคำนวณดังเช่นปกติได้ (นันทกา ภักดีพงษ์, 2553) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงจากภาวะปกติ

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional Ability) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตให้ดำรงหรือส่งเสริมโครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์เพื่อให้ไปถึงจุดสูงสุดของแต่ละบุคคล ความสามารถของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ ในชีวิตการศึกษา และแหล่งประโยชน์ในชีวิต (Orem, 1985) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ร้อยละ 40 จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Manns, Tomczak, Jelani, Cress, & Haennel, 2009) เนื่องจากปัจจัยด้านผู้ป่วยในเรื่อง อายุที่สูงขึ้น ความรุนแรงของโรค รวมถึงความผิดปกติของระบบประสาทด้านความรู้สึกร่างกาย (Carod-Artal, Trizotto, Coral, & Moreira, 2009; Chan & Wong, 2009; Flynn et al., 2008) จึงส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย คือ ความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว การเดิน การทรงตัว รวมถึงการทำงานที่สัมพันธ์กันของร่างกายเสียไป ทั้งนี้เกิดจากความแข็งแรงและ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ร่วมกับการมองเห็นของผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงครึ่งซีกและยังมองเห็นภาพซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง โดยเกิดจากความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อและการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย คู่ที่ 5, 7, 9 และ 10 ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคี้ยวกลืนเสียไป ในด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารได้ เนื่องจากตำแหน่งที่มี ความสำคัญเกี่ยวกับความเข้าใจและการสื่อสาร มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น และ ส่วนสุดท้ายด้านการจับถ้าย ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการจับถ้ายตามปกติ มีอาการปัสสาวะราดเกิดขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) จากความสามารถ ในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่ลดลงนั้น จะส่งผลต่อโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

ภาวะแทรกซ้อน เป็นอาการ และอาการแสดง (Signs and Symptoms) ที่เกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บป่วยจากโรคเดิมที่เป็นการวินิจฉัยหลักซึ่งดำเนินอยู่ มีผลทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเช่น ปอดอักเสบติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากการสำลัก ร้อยละ 50 การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 20 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 21 และอื่น ๆ เช่น การพลัดตกหกล้มร้อยละ 9 (Seliam, 2009) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง การปรากฏรายชื่อซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการเจ็บป่วยที่เป็นการวินิจฉัยหลักโดยแพทย์ก่อนระยะเวลาที่โรงพยาบาลแห่งนั้นกำหนดไว้ ภายใต้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยใน (อุมมา จันทวิเศษ และคณะ,

2552) จากการสำรวจลักษณะการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่า มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลก่อนเวลานัดปกติ คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีสาเหตุจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 20 (สุภาพร ขจรฤทธิ์, 2547) ผลที่เกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคเดิมที่เป็นการวินิจฉัยหลัก ส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนานมากขึ้น โดยเฉลี่ย 10.8-20.7 วัน (Tirschwell, Kukul, & Longstreth, 1999) ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับเช่นกัน การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นคือ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้โดยเร็ว และเป็นไป อย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล โดยจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Tan, Heng, Chua, & Chan, 2009) และบุคคลที่มีความสำคัญในการทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ สมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแล (Williams, 2008)

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีภาวะเสื่อมถอยทางสุขภาพในครอบครัวมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (Williams, 2008) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะปรากฏ ใน 2 ลักษณะคือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) เป็นผู้ดูแลกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงในการสนองตอบความต้องการในชีวิตขั้นพื้นฐาน และติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลที่คอยอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล หรือเป็นผู้ให้การดูแลแทนผู้ดูแลหลักบางครั้ง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ในการศึกษา ในครั้งนี้มุ่งศึกษาในผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองด้านความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน (จรรยา ทับทิมประคิษฐ์, 2547; จูไร เกลี้ยงเกลา, 2547) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย (Flynn et al., 2008) ด้านการป้องกันอันตรายรวมถึงภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อผู้ป่วยกลับรักษาตัวที่บ้าน (เพ็ญศรี สิริวรารมย์, 2550)

การรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นับว่าเป็นการทำหน้าที่ซึ่งต้องใช้ความอดทนอย่างสูง จากการศึกษาถึงการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลพบว่า ในระยะแรกตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยจนกระทั่ง 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลจะเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลเนื่องจาก ขาดความรู้ และทักษะในการดูแล ผนวกกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่มีกำลังใจในการดูแล เกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้น (จรี รัตนเสถียร, 2550; สิริชชา จิรจารุภัทร, 2551; อ้อมใจ แก้วประหลาด, 2551; Houts, Nezu, & Bucher, 1996) และเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยไม่มีเวลาพักผ่อนแต่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ซึมเศร้า เบื่อหน่ายที่ต้อง

รับภาระในการดูแลผู้ป่วย (ภรภัทร อิมโอจู, 2550; วรธิดา มาศเกษม, 2552; Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005; Chuang, Wu, Ma, Chen, & Wu, 2005; Leong et al., 2009) ทั้งนี้ ความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลจะมีความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเฉพาะใน ระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ดูแล เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (Adams, 2003) นอกจากนั้นการ ดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 40 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายตามมาได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547; Reinhard, Given, Huhtala, & Bemis, 2010) ความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแล จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้เช่นกัน (Chuang et al., 2005; Leong et al., 2009) ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จะมีผลต่อความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลเกิดขึ้นได้

การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ทำ หน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อพัฒนาสมรรถนะ ความรู้ ทักษะในการ ดูแล พร้อมกับมีการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย (Williams, 2008) และนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น กิจกรรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลประกอบด้วย การเรียนรู้ของ ผู้ดูแลด้านความรู้ และการฝึกทักษะการปฏิบัติการดูแล ตลอดจนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่าง การดูแลผู้ป่วย (จินะรัตน์ ศรีรัตนกัญญา, 2540; Grant et al., 2006) ซึ่งควรได้รับการส่งเสริม ความสามารถอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนภายหลังกลับพักรักษาตัวที่บ้านเพื่อทำให้ ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาความสามารถของตนเองให้มากขึ้น (Williams, 2008)

นอกจากนี้การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังเป็นการสร้างเสริม ประสิทธิภาพในด้านการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลให้แก่ผู้ดูแล ขณะผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน รวมทั้งการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ สุขภาพและผู้ดูแล มีจุดประสงค์เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีแบบแผนและมีคุณภาพในการ ดูแลตลอดการเจ็บป่วย (จารึก ธานีรัตน์, 2545; นิมนวล ชูขึงสกุลทิพย์, 2552; Houts et al., 1996) และยังเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้กับความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใน 1 เดือนแรกซึ่งพบว่ามีเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด โดยส่งผลต่อความพึงเครียดในการดูแลของ ผู้ดูแลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ (Cameron, Cheung, Streiner, Coyte, & Stewart, 2006) ดังนั้น การ ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จะมีผลต่อผู้ดูแล ในด้านทักษะการดูแล การตัดสินใจเพื่อ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้าน รวมถึง การจัดการทางด้านอารมณ์ (Grant et al.,

2006) ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Shyu, Chen, Chen, Wang, & Shao, 2007) อีกทั้งยังส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น (นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2552) โดยผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง (จรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547; จูไร เกลียงเกลา, 2547) ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้ (Tan et al., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ถ้าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยสามารถปรับตัวเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และมีผลต่อการฟื้นฟูจากโรคของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงนำมาซึ่งการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในครั้งนี้

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิด ความเป็นพลวัตรในการดูแลของผู้ดูแล ของวิลเลียม (Williams, 2008) ที่พบว่าตลอดการดูแล ผู้ดูแลมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านทักษะ การเรียนรู้ จึงนำมาซึ่งการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยประกอบไปด้วย การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีการเจ็บป่วย ด้วยการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล ร่วมกับการสอนทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จนผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในโรงพยาบาล (Cameron & Gignac, 2008) และภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับพักรักษาตัวที่บ้าน จะมีความแตกต่างในด้านความพร้อมของอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม ที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลจะยังไม่มีทักษะการดูแลที่ดี จึงทำให้ไม่กล้าปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ได้รับการฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้าน (สิริชชา จิราภรณ์, 2551; Houts et al., 1996)

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ จะมีการติดตามส่งเสริมความสามารถให้แก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแล ซึ่งเป็นขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และยังเป็นທີ່ปรึกษาในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย และเป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ในด้านการดูแลให้แก่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่พบว่า เกิดปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลมากที่สุด (Adams, 2003)

โรงพยาบาลกบินทร์บุรีเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 180 เตียง สถิติปี 2550-2552 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 882 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด และหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ภายในระยะเวลา 28 วัน พบการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ประกอบด้วย การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักร้อยละ 76.8 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ร้อยละ 74.6 เกิดแผลกดทับร้อยละ 65 (ฝ่ายสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี, 2553) มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละราย คิดเป็น 8,500-34,954 บาทต่อราย (ฝ่ายสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี, 2553) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด จะมีการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ในวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ด้วยการสอนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาที่พบเจอในผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล ภายหลังจำหน่ายมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผลการติดตามเยี่ยมพบปัญหาคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในเขตอำเภอกบินทร์บุรี พบสาเหตุเนื่องจากผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้และทักษะ ในการดูแลจะไม่มี ความมั่นใจและไม่กล้าปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วย (สิริชชา จิราภรณ์, 2551)

จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการทราบเรื่องข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยด้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 74.20 ด้านการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันร้อยละ 70.40 ด้านความต่อเนื่องในการดูแลรักษาแม้ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 70 (อรัญญา ไพรวลัย, 2550) บ่งบอกถึงผู้ดูแลต้องการได้รับการส่งเสริมความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้เรียนรู้แล้วในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัว ในโรงพยาบาล และในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการมุ่งเน้นสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะผู้ดูแล เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แต่การศึกษาในครั้งนี้ได้นำแนวคิดความต่อเนื่อง ในการดูแลของวิลเลียม ที่ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลด้วยการสนับสนุนความรู้ ทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล ร่วมกับการสร้างข้อตกลงในการดูแล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดพันธะทางใจระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยจะส่งผลให้เกิดผู้ดูแลที่มาด้วย ความสมัครใจ รวมทั้งการติดตามผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืนได้ รวมถึงการศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงด้านกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแล ยังมีได้กล่าวถึงการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดความเป็นพลวัตรในการดูแลของผู้ดูแลของวิลเลียม ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และ ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังสิ้นสุด โปรแกรม และ กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับการดูแล โดยผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่อง มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังสิ้นสุด โปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุด โปรแกรม มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ดูแล โดย ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Two Groups Post Test Only Design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ประชากร หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี

ตัวแปรอิสระ หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม หมายถึง ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยประยุกต์แนวคิดความเป็นพลวัตรในการดูแลของผู้ดูแล ของวิลเลียม (Williams, 2008) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค สาเหตุ การเกิดโรค การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังเกิดโรค และการฝึกทักษะปฏิบัติการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลผู้ดูแล ร่วมกับการให้ความรู้ที่มีแบบแผนด้วยกระบวนการ ให้เรียนรู้เรื่องโรคและสอนทักษะที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และ การดูแลด้านจิตใจ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะจนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ระยะที่ 2 เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัปดาห์แรกจะมีการติดตามส่งเสริมความสามารถโดยใช้โทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ส่วนในสัปดาห์ 3 ติดตามโดยใช้โทรศัพท์ จนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดรวมระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งกิจกรรมจะเน้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลมากกว่าเดิม

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ การดูแลทางด้านจิตใจ อย่างถูกต้องปลอดภัย ประเมินด้วยแบบประเมินการปฏิบัติในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ผู้วิจัยประยุกต์จาก

แบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จารึก ธานีรัตน์ (2545)

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการ รับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย การโต้ตอบสื่อสาร ความจำ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Functional Independent Measure) ที่ได้มีการแปล และ พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทคนไทย โดย ฉัญญา จิตประไพ และ ภาริส วงศ์แพทย์ (2542)

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หมายถึง จำนวนครั้งของการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักคือโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาที่มากขึ้น ได้แก่

การติดเชื้อที่ปอด หมายถึง การอักเสบของเนื้อปอดอย่างเฉียบพลัน ที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อ การสำลัก สามารถวินิจฉัยได้โดยการ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วย อาการไอ ไข้ หอบ ฟังเสียงหายใจมีเสียงผิดปกติ สีเสมหะข้น ตรวจด้วยรังสี ทรวงอก พบความเปลี่ยนแปลงของภาพฉายรังสี และการ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หมายถึง การติดเชื้อตำแหน่งใด ตำแหน่งหนึ่งของระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่ไตจนถึงรูเปิดท่อทางเดินปัสสาวะ มีการวินิจฉัยได้โดยการ ประเมินความเปลี่ยนแปลง ที่ประกอบด้วย สีปัสสาวะขุ่นเข้ม มีอาการปัสสาวะขัด กระปิบกระปวาย ปัสสาวะลำบาก ปวดถ่วงท้องน้อย อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส อาการหนาวสั่น และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

การเกิดแผลกดทับ หมายถึง บริเวณที่มีความเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อผิวหนัง จากการขาดเลือดอันเป็นผลมาจากการกดทับเป็นเวลานาน อาการแสดงที่เห็นแบ่งได้ 4 ระดับคือ ระดับที่ 1 บริเวณที่ถูกกดจะมีรอยแดง ไม่หายภายใน 30 นาที เมื่อลดการกดทับมีรอยกดทับแต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีย่อยลึกขาด ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก เช่น แผลลอกหรือพองเป็นตุ่มน้ำ เป็นแผลตื้นๆ รอบแผลแดง อาจมีน้ำเหลืองซึม ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ฟังผิด เป็นหลุมลึกอาจเจาะไปยังเนื้อเยื่อบริเวณนั้น มีน้ำเหลืองหรือหนองจากแผล ระดับที่ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึก ถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อ ที่ตายจะสีม่วงคล้ำหรือดำ ประเมินด้วยแบบประเมิน ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินสภาพผิวหนังของ จูตินันท์ วัฒนชัย น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และอำภาพร พัววิไล (2552)

การส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ที่ปฏิบัติกันเป็นประจำ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ด้วยพยาบาลวิชาชีพที่รับผู้ป่วยไว้วันแรก ตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดของพยาบาล รวมถึงการสอนทักษะการดูแลที่พบว่าเป็นปัญหา ในผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง สอนการทำอาหารปั่นโดยนักโภชนาการ การสอนกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพแก่ผู้ดูแลในวันก่อนจำหน่าย ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยพยาบาลฝ่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (Home Health Care)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองมีการขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มีอาการแสดงของร่างกายอ่อนแรง ชักไ้ชักกหนึ่งของร่างกาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด และผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ตรวจโดยศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในพื้นที่ใกล้เคียง พบรอยโรคสมองข้างที่มีพยาธิสภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความเป็นพลวัตในการดูแล ของวิลเลียม (Caregiving Dynamic) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา วิลเลียม (Williams, 2008) ได้กล่าวถึงผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลโดยเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งการทำหน้าที่ดูแลนั้นจะมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจึงเรียกว่าความเป็นพลวัต และความเป็นพลวัตในการดูแลที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบด้วย 6 ประการ คือ การมีข้อผูกมัดหรือ ข้อตกลง (Commitment) เพื่อจะทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่ต้องดูแล พร้อมกับมีความสามารถในการดูแลได้อย่างเหมาะสม (Self-care) และต่อเนื่องในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะต้องสามารถเจรจาต่อรอง (Negotiation) กับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ทั้งนี้ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ จะต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ (Support) ในการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของผู้ดูแลแต่ละคน (New Insight) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ รวมถึง มีความคาดหวัง และสามารถยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Expectation Management) องค์ประกอบเหล่านี้ ถ้าหากเกิดขึ้นในการดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่าง

ต่อเนื่อง แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล จากองค์ประกอบที่นำไปสู่ความต่อเนื่องของผู้ทำ
หน้าที่ดูแลนี้ ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เพื่อจะส่งผลให้
เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นการเจ็บป่วยทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วย มีความพิการหลงเหลืออยู่ เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง ส่งผลให้ความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น อย่างรวดเร็วแต่อยู่อย่างถาวร (Coulman, 2004) ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยคือ สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใน ครอบครัวเดียวกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (Williams, 2008) ในการรับบทบาทผู้ดูแลจะมีความเป็นพลวัตรในการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้น เนื่องจาก ได้รับการสนับสนุนความรู้ ทักษะในการดูแล (Support) จากทีมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลเพื่อฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมี การฟื้นฟู การสร้างความเห็นใจ ความเข้าใจในผู้ป่วยให้เกิดแก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดเป็นข้อผูกมัดหรือ ข้อตกลง (Commitment) ซึ่งเป็นพันธะทางใจที่ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดและ นักโภชนาการร่วมกันการสอนทักษะให้แก่ผู้ดูแล โดยทั้งหมดจะคำนึงถึงความแตกต่างกันของผู้ดูแล แต่ละคน (New Insight) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ และทักษะที่ได้รับการถ่ายทอด (Self-care) และยังทำหน้าที่ ในการเจรจาต่อรอง (Negotiation) เพื่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ภาวะของโรคในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น รวมทั้งมีความเข้าใจในเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จึงทำให้มีความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล (Expectation Management)

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการ ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การฟื้นฟูดูแลภายหลังการเกิดโรค ร่วมกับการ เรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติการดูแล ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดความ มั่นใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย การศึกษาในครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดความเป็นพลวัตรในการดูแลของ วิลเลียม (Williams, 2008) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม มีการแบ่งการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลเป็นสองระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะแรก การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เป็นระยะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย ประเมินปัญหา ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแล แต่ละคน เพื่อทำให้ทราบความแตกต่างของผู้ดูแลแต่ละคน (New Insight) และให้ความรู้อย่างมี แบบแผนด้วยกระบวนการ ให้เรียนรู้เรื่องโรค และสอนทักษะที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย พร้อม

ทั้งให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะจนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ (Support) รวมทั้งมีการสร้างข้อตกลงหรือข้อผูกมัดในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล (Commitment) ด้วยการสนับสนุน ให้ผู้ดูแลมีความเห็นใจ สงสารในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และพร้อมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยความสมัครใจ มีความสามารถเจรจาต่อรอง (Negotiation) วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยความรู้ และเข้าใจในการดำเนินของโรค มีความคาดหวังการเจ็บป่วยอย่างมีเหตุผล (Expectation Management)

ระยะที่สอง เป็นการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำ ประกอบด้วย การติดตามด้วยโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อประเมินผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ร่วมกับให้กำลังใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นคุณค่าในการได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินในเรื่องความสามารถในการดูแล พร้อมทั้งส่งเสริมความสามารถ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน อย่างเหมาะสมในบริบทของผู้ป่วยที่พบเจอ จนกระทั่งผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากภาวะโรคดีขึ้น มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น ลดน้อยลง ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลระหว่างผู้ป่วยอยู่ใน
โรงพยาบาล (ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา-จำหน่ายจากโรงพยาบาล)
ประกอบด้วย

- การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล
- ประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูล ของผู้ดูแลก่อน
ให้ความรู้ ร่วมกับนักกายภาพ และนัก โภชนาการ
- การให้ความรู้ให้มีแบบแผนเพื่อส่งเสริมความสามารถ
ในการดูแลและ การสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านกิจวัตร
ประจำวัน การป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้าน
จิตใจผู้ป่วย ร่วมกับนักกายภาพ และนัก โภชนาการ
- สรุปและทบทวนการเรียนรู้ และ ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับใน
ทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญ
- ตั้งเป้าหมายในการดูแล เพื่อสร้างข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย
ของผู้ดูแล
- สรุปปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ดูแล และ
ผู้วิจัย

ระยะที่ 2 การส่งเสริมความสามารถอย่างต่อเนื่องในการดูแล (หลัง
จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 เดือน)

ประกอบด้วย

- ติดตามประเมินปัญหาของผู้ดูแลเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน
- การทบทวน ความรู้ ทักษะ ร่วมกับการส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะ
การปฏิบัติดูแลที่ถูกต้องให้เกิดในผู้ดูแล
- สนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการทำหน้าที่ดูแล
ผู้ป่วย
- ประเมินความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
- ปรับและทบทวนเป้าหมาย ข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
ของผู้ดูแล

ความสามารถในการทำกิจกรรม
ของผู้ป่วย

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

- คิดเชื่อก่อน
- คิดเชื่อระบบทางเดิน
- ปัสสาวะ
- แผลกดทับ