

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบเป็นพื้นฐานในการศึกษาโดยเรียบเรียงกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 1.1 ประวัติ ปรัชญา ความหมาย และวัตถุประสงค์
  - 1.2 ลักษณะผู้ป่วยและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 1.3 ประโยชน์และข้อเสียการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 1.4 บทบาทพยาบาล
  - 1.5 ผู้ดูแลผู้ป่วย
2. การสอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 2.1 ความหมาย “การสอน”
  - 2.2 การสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก สไลด์ และการสาธิต
3. ทฤษฎีการดูแล
  - 3.1 ความหมาย “การดูแล”
  - 3.2 พฤติกรรมการดูแลในการปฏิบัติพยาบาล
  - 3.3 รูปแบบของการดูแล
  - 3.4 กระบวนการดูแล
4. แนวคิดการนำทฤษฎีการดูแลมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่บ้าน
5. การดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท
  - 5.1 ด้านร่างกาย
  - 5.2 ด้านจิตใจ
  - 5.3 การฟื้นฟูสุขภาพ
6. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
7. ความพึงพอใจ
  - 7.1 ความหมาย “ความพึงพอใจ”
  - 7.2 ทฤษฎีความพึงพอใจ
  - 7.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 1.1 ประวัติ ปรัชญา ความหมาย และวัตถุประสงค์ ประวัติความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนที่บ้านมีประวัติเริ่มต้นที่เมืองกีล (Gheel) ประเทศเบลเยียม (Belgium) ตั้งแต่ศตวรรษที่ 14 (ค.ศ. 1400) ต่อมาได้ขยายไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1796 ที่เมืองบอสตัน (ประพิน วัฒนกิจ, 2536 : 2 ; Rice, 1996 : 3) และเป็นแนวคิดใหม่ในการจัดดูแลการพยาบาลในบ้าน ปี ค.ศ. 1859 William Rathbone ซึ่งเป็นนักธุรกิจได้จัดตั้งโรงเรียนเพื่อฝึกพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านหลังจากที่พยาบาลได้ให้การดูแลสุขภาพแก่ภรรยาของเขา ก่อนที่เธอจะจากไป โดยได้รับความช่วยเหลือจาก Florence Nightingale ซึ่งได้เริ่มจัดโรงเรียนฝึกหัดพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เมืองลิเวอร์พูล เป็นการศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อช่วยเหลือ “ผู้ป่วยที่ยากจน” ในบ้านของพวกเขา (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1996 : 2)

ปี ค.ศ. 1886 เริ่มมีสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Visiting Nurse Associations = VNA<sub>s</sub>) เป็นพวกอาสาสมัครในเมืองบอสตัน (Boston) และฟิลาเดลเฟีย (Philadelphia)

ปี ค.ศ. 1898 แผนกบริการสุขภาพของเมือง ลอส แองเจลิส (Los Angeles) ได้ว่าจ้างพยาบาลระดับปริญญาตรีเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งเป็นบริการครั้งแรกในแผนกสุขภาพของรัฐบาลที่มีการจัดให้ต่อมาจึงได้ใช้คำว่า “พยาบาลสาธารณสุข” (Public Health Nurse)

จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1900 ผลการดำเนินงานโครงการนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ขยายเติบโตเรื่อยมา เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ซึ่งในปี ค.ศ. 1983 ได้นำระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาตามการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Related Groups หรือ DRG) ถูกนำมาใช้ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยต้องถูกจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งที่ยังมีความต้องการทักษะการพยาบาลเฉพาะด้าน (Skilled Nursing Care) หรือต้องอาศัยเทคโนโลยีพิเศษ จึงมีผลทำให้การดูแลสุขภาพที่บ้านถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อปัญหา (Keating and Kelman, 1988 : 4) และความต้องการของประชาชนในโครงการนี้มีเพิ่มมากขึ้น โดยมีการให้การดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จะมีคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ ได้รับความรู้ และให้การดูแลผู้ป่วย คอยรายงานผลให้กับแพทย์และพยาบาล โครงการนี้จะช่วยลดภาระการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย โดยให้ประชาชนมีความรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบบริการสาธารณสุขให้กับตนเอง ครอบครัว และชุมชน (ประพิน วัฒนกิจ, 2536 : 3-4)



ในประเทศแคนาดา เริ่มจัดบริการครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1977 ณ หน่วยงานบริการท้องถิ่นของเมือง Montreal และต่อมาได้มีการพัฒนาขยายไปสู่เมือง Alberta และเมืองอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว โดยเป็นบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

ในประเทศไทยได้เริ่มเมื่อประมาณ 40 ปี โดยจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเน้นการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ การสอนสุขศึกษา การเยี่ยมมารดา และทารกหลังคลอด ซึ่งได้ดำเนินการเรื่อยมา (วิลาวัลย์ เสนาวรัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538 : 2)

ปัจจุบันประชาชนไทยมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ คือ ความต้องการบริการสุขภาพอนามัยโดยมีส่วนร่วมสูงขึ้น ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น เอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมลง การเจ็บป่วยใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นนานขึ้น ลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้าน แบบแผนของโรคเปลี่ยนไป เป็นโรคไวรัล เชื้อโรคติดต่อ โรคจากพฤติกรรมและโรคเรื้อรัง เช่น อุบัติเหตุ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และเอดส์ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ในเวลาที่จำกัด การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม มีการนำเทคโนโลยีมาใช้แทนกำลังคนมากขึ้น เกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพเพิ่มมากขึ้น เกิดความพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการฟื้นฟูสุขภาพเป็นระยะเวลานาน

ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งเป็นปีแห่งการพัฒนาคุณภาพชีวิต โครงการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนที่บ้านของประเทศไทย เริ่มขึ้นในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536 โดย ดร. ประพิน วัฒนกิจ นักวิชาการพยาบาล 8 หัวหน้าฝ่ายมาตรฐานและวิชาการ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ริเริ่มโครงการนี้ โดยการสนับสนุนของอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์อุทัย สุขสุข) ขณะนี้โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายในระบบเครือข่าย พบส. ได้ดำเนินการกระจายความรู้และแนวคิดให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายให้นำไปปฏิบัติ และหรือร่วมมือเป็นที่มปฏิบัติการในโครงการดังกล่าว เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในชาติต่อไป (ประพิน วัฒนกิจ, 2536 : 3)

#### ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Ringsven and Jorenby (1988 : 68) ได้กล่าวถึงปรัชญาการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นแนวคิดเบื้องต้นของการดูแลที่บ้าน เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นผู้ควบคุมการดูแลตามสภาพ

แวดล้อมของพวกเขา ในบางครั้งพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้าน ต้องเตือนตนเองไว้เสมอว่า พยาบาลนั้นอยู่ในฐานะแขกที่ไปเยี่ยมบ้าน และเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล

Rice (1996 : 14-15) กล่าวถึง ปรัชญาของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ที่บ้าน เป็นการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในการให้การพยาบาลใน สภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ คือ ผู้ให้การดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยและสภาพ แวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นจุดสำคัญในการประเมิน ของผู้ป่วย/ผู้ให้การดูแล จะต้องครอบคลุมทั้งองค์รวมและต้องเน้นสภาพแวดล้อมภายใน บ้านเป็นหลัก

หลักของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นแนวทางในการจัดให้มีการ ใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและมีความพึงพอใจ มากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วย/ผู้ให้การดูแล จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพด้วยตนเอง และประสบผลสำเร็จในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน

สรุปปรัชญาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้านต้องคำนึงถึงผู้ป่วย เป็นจุดศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งองค์รวมในการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม ที่บ้านของผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนในชุมชน พยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มี บทบาทเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุข มีความพึงพอใจที่ได้รับความ สนใจ ดูแลจากบุคคลในครอบครัวในสภาพแวดล้อมที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล และการ เจ็บป่วยสามารถรักษาให้หายได้ที่บ้านโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าโรงพยาบาล

#### ความหมายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ และสิ่งสำคัญที่ทำให้การ ดูแลที่บ้านประสบความสำเร็จก็คือ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่าย (discharge) จาก การดูแลสุขภาพแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง พร้อมทั้งได้รับความร่วมมือจากแหล่งต่าง ๆ ตาม ความเหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความต้องการดูแลสุขภาพซึ่งจะแตกต่างกันไป ตามสภาพความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนช่วยให้การ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เป็นจุดรวมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการดูแลตนเอง เช่น การ ได้รับความรู้ที่ดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งสามารถจัดการ



ช่วยเหลือดูแลตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และยอมรับความช่วยเหลือจากแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปกติจะรวมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการให้การดูแล เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง และโรคระบบประสาท ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้รับการบริการโดยตรง และช่วยให้สามารถกระทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลแผล ซึ่งจะต้องสอนให้ครอบครัวทราบถึงเทคนิคต่าง ๆ ในการดูแลด้วย (Phipps and Others, 1995 : 681-682)

American Medical Association ให้ความหมายการดูแลที่บ้าน เป็นการให้การดูแล การสังคมนาฬิกา การบำบัด การฝึกอาชีพ การบริการทางสังคม และการดูแลงานบ้านทั้งหมด เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งการให้บริการจะเป็นการขยายขอบเขตของการดูแลภายใต้ความรับผิดชอบการบำบัดของแพทย์ โดยแพทย์เป็นผู้แสดงความจำนงขอรับบริการให้แก่ผู้ป่วยของตนจากหน่วยงานบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ภายใต้การบำบัดรักษาของตน โดยดำเนินการอย่างมีรูปแบบเป็นทีมช่วยกันประเมินและวางแผนการให้การดูแลที่บ้าน (Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991 : 3)

Taylor and Lemone (1993 : 38-39) กล่าวว่า การดูแลที่บ้านเป็นองค์ประกอบของการดูแลต่อเนื่องที่สำเร็จรูปในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่แต่ละบุคคลและครอบครัวในบ้านของพวกเขา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือซ่อมแซมสุขภาพ หรือให้พวกเขามีความเป็นอิสระมากที่สุดขณะที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง และการเจ็บป่วยจะรวมถึงทั้งระยะสุดท้ายของความเจ็บป่วยด้วย

Humphrey and Milone-Nuzzo (1991 : 2) ได้กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การที่สถานบริการทางสุขภาพจัดขึ้นเพื่อให้บริการพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ และการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นให้ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการป่วยแบบเรื้อรังและเจ็บป่วยโดยการผสมผสานหลักการพยาบาลชุมชน ซึ่งเน้นเรื่องของสภาพแวดล้อม จิตสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสถานภาพบุคคลและครอบครัว บริการที่ให้นั้นเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่พิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการดูแลรักษาและสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย และต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

Ringsven and Jorenby (1988 : 67) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนประกอบของการดูแลสุขภาพที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคลและครอบครัวภายในบ้านของพวกเขา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการส่งเสริม คำปรึกษา หรือซ่อมแซมสุขภาพ

หรือมีความเป็นอิสระสูงสุดในการพึ่งตนเอง และรวมทั้งความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การบริการที่ให้ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว โดยมีการวางแผน ประสานงานเพื่อการส่งต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านเจ้าหน้าที่ให้การดูแลหรือตามข้อตกลงที่ได้ทำร่วมกัน

ประพิณ วัฒนกิจ (2536 : 5) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้าน เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยที่สาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล (2539 : 1) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุผู้ที่ต้องการพักผ่อนหรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

สรุป การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นบริการแบบเชิงรุกที่ผู้ป่วย และครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผน ประสานงาน ร่วมกับทีมสุขภาพ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ และรู้จักแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยพยาบาลซึ่งอยู่ในทีมสุขภาพจะมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้ดูแล โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม จิตสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และมีอิสระในการดูแลตนเอง

#### วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว หรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและมีความรับผิดชอบร่วมกัน พร้อมทั้งได้รับความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุน ให้ความรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวในที่พักอาศัยของตนเอง ด้วยการใช้ระบบสนับสนุน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดำรงรักษาสุขภาพ และมีอิสระในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชาชนในชุมชนได้ จากการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและการสอนให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ และเพื่อให้ภาวะสุขภาพจิตของ



ผู้ป่วยดีขึ้น เพราะได้ใกล้ชิดครอบครัวในยามเจ็บป่วย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536 : 5-6 ; จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2538 : 69-70 ; วิลาวัณย์ เสนาวัฒน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2539 ; Rice, 1996 : 14-15)

## 1.2 ลักษณะผู้ป่วยและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 1.2.1 ลักษณะผู้ป่วย

ผู้ป่วยสำหรับการดูแลที่บ้านมีดังนี้ (Phipps and Others, 1995 : 684) 1) ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลการพยาบาลด้วยตัวของพวกเขาเอง เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยสับสน มีนงง หลง ๆ ลืม ๆ ผู้ป่วยสูงอายุที่อ่อนแอ ผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ตามลำพัง แต่ผู้ดูแลที่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ และผู้ป่วยไม่มีบ้านอาศัยหรือบ้านอยู่ห่างไกลมากเกินไป 2) ผู้ป่วยที่ต้องการทำแผลและดูแลแผล เช่น ผู้ป่วยมีการทำแผลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยไม่สามารถทำแผลด้วยตนเอง และผู้ป่วยไม่สามารถทำแผลโดยปราศจากผู้อื่นเทศ 3) ผู้ป่วยที่ต้องการเครื่องมือพิเศษ 4) ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ซับซ้อนหรือฉีดยา 5) ผู้ป่วยที่มีแผลรูเปิด (เช่น Colostomy, Ileostomy) 6) ผู้ป่วยที่ต้องการการสอนเป็นพิเศษ (เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน การรับประทานยาที่ซับซ้อน การฉีดยา) 7) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8) ผู้ป่วยที่รับรู้เกี่ยวกับการรักษา (ด้านอาชีพ ร่างกาย ผิดปกติ) 9) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อต่างๆ (Foley, Gastrostomy, Suprapubic, Nasogastric, Tracheostomy) และผู้ป่วยจะต้องถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือสถานที่พักฟื้น ถึงโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือสถานที่พักฟื้น

นอกจากนี้ยังมีลักษณะของผู้ป่วยที่สำคัญ ซึ่งต้องการการส่งต่อเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ข้ออักเสบ มะเร็ง อุบัติเหตุเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว เบาหวาน ถุงลมโป่งพอง ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ

### 1.2.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีผู้รับผิดชอบหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะแบบใดก็ตาม เป็น บริการที่ตอบสนองให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งได้เป็นรูปแบบใหญ่ ๆ เป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การให้บริการโดยองค์กรหรือบริษัทธุรกิจหรือส่งธุรกิจ เช่น สมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำเมือง และรัฐต่างๆ ในประเทศอเมริกาเป็นองค์กรเอกชนที่รับผิดชอบการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน หลังจากได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาล ทั้งนี้สามารถเบิกจ่ายค่าบริการการดูแลที่บ้านได้จากระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือจากองค์กรเอกชน ซึ่งอาจเรียกว่า Proprietary Agency (ซึ่งในประเทศไทย ยังไม่มีรูปแบบดังกล่าว) 2) การให้บริการโดยโรงพยาบาล (Hospital Based Program) จัดตั้งโดยโรงพยาบาล ซึ่งมี 2 รูปแบบ มีหน่วยงานเฉพาะในโรงพยาบาลติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและหรือไม่มี

หน่วยงานเฉพาะ แต่จะมีพยาบาลในหอผู้ป่วยติดตามให้การพยาบาลที่บ้าน เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการอยู่และ 3) รูปแบบการบริการอื่นๆ ซึ่งมีการให้การดูแลแบบ Case Management หรืออาจเป็นรูปแบบที่รวมการดูแลสิ่งแวดล้อมด้วย และจัดผู้ช่วยเหลือประจำบ้าน รูปแบบทั้ง 3 มีความแตกต่างกันในระดับของการดูแลด้วยกัน จึงเป็นข้อดีในการเลือกรูปแบบการบริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ และความต้องการของผู้รับบริการด้วย

อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการตามลักษณะของผู้ให้บริการ ได้เป็น 2 แบบ ดังนี้ 1) พยาบาลจากองค์กรต่าง ๆ เช่น Visiting Nurse Association เป็นการให้การดูแลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และ 2) ทีมให้การดูแลระดับซับซ้อน (Comprehensive Health Care Team) เป็นกลุ่มที่มีพยาบาลชำนาญการคลีนิกร่วมให้การดูแลด้วย ในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ ต้องใช้เทคนิคการดูแลที่ซับซ้อนยุ่งยากที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน อุปกรณ์อื่น ๆ ซึ่งทีมนี้อาจหมายถึงทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary team) ที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้ดูแลระดับยุ่งยากซับซ้อนอย่างเบ็ดเสร็จที่บ้าน (รุจา ภูโพบูลย์, 2537 : 55-56 ; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2539 : 3)

การให้การพยาบาลติดตามอาจทำในลักษณะ ดังนี้คือ การพยาบาลระยะสั้นเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่ำกว่า 3 เดือน เช่น มารดา และทารกหลังคลอด ผู้ป่วยผ่าตัดมีแผลต้องให้การดูแลต่อ เป็นต้น การพยาบาลระยะยาว มุ่งเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวสามารถจัดระบบการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการการดูแลมากกว่า 3 เดือน และการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง (วิลาวณิชย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538 : 159 ; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2539 : 3)

การดำเนินงานบริการสุขภาพที่บ้านจะดำเนินงานโดยทีมสุขภาพจะมาจากหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงหรือจากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้อาจตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานที่ประกอบไปด้วยฝ่ายต่าง ๆ ดังนี้ ( สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538 : 8 ; Ringsven and Jorenby, 1988 : 116 ; Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991 : 5-6 )

พยาบาล (Nurse)

แพทย์ (Physicians)

นักสังคมสงเคราะห์ (Social workers)

โภชนาการ (Nutritionists)

นักกายภาพบำบัด (Physical therapist)



### พยาบาล

พยาบาลจะเป็นผู้วางแผนการออกบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรหลายวิชาชีพ พยาบาลที่ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล สามารถวินิจฉัยปัญหาครอบครัว สอนการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ และวางแผนจำหน่าย พร้อมทั้งส่งต่อไปยังสถานบริการต่าง ๆ เมื่อจำเป็น

### แพทย์

ผู้ป่วยทุกคนต้องมีแพทย์รับผิดชอบให้การรักษาที่โรงพยาบาล โดยทั่วไปแพทย์ จะต้องร่วมวางแผนการจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่อง แพทย์จะต้องให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ทีมสุขภาพที่จะไปให้การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและสถานบริการบางแห่ง แพทย์อาจจะร่วมทีมในการออกบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย

### นักสังคมสงเคราะห์

เป็นทีมสุขภาพที่ร่วมในการให้การดูแลขั้นพื้นฐานที่บ้าน จะช่วยผู้รับบริการทั้งด้านการเข้าสังคม การใช้สติปัญญา และอารมณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งช่วยเหลือผู้รับบริการติดต่อแหล่งทรัพยากรในชุมชน และจัดหาแหล่งสนับสนุนที่จะให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ

### นักโภชนาการ

ผู้ร่วมทีมสุขภาพจะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารโดยตรงแก่ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการเพื่อให้คำแนะนำด้านการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ให้การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน บางครอบครัวต้องการคนดูแลปฏิบัติเสมือนเป็นสมาชิกในครอบครัว ช่วยจัดทำอาหาร ป้อนข้าว ฯลฯ หลายองค์กรจะมีบริการเฉพาะอย่างสำหรับผู้จะขอรับบริการสามารถติดต่อได้ ซึ่งบางลักษณะจะเป็นบริการให้เปล่า และบางงานต้องจ่ายค่าบริการเองด้วย

### นักกายภาพบำบัด

หน่วยบริการสุขภาพที่บ้านทุกแห่งจะต้องใช้นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ประเมินระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วย และดูความสามารถการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ นักกายภาพบำบัดจะให้ความสนใจที่จะเยียวยาให้อวัยวะกลับสมบูรณ์ดังเดิม ซึ่งจำเป็นจะต้องร่วมทีมสุขภาพเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาเคลื่อนย้าย หรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพของอวัยวะบางส่วนที่ขาดการฝึกฝนทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พึ่งพาตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily Activities of Living) จะช่วยลดภาวะของครอบครัวได้ด้วย

### 1.3 ประโยชน์และข้อเสียการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ประโยชน์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ไพจิตร กสิวัฒน์ และพาณี สีตกะลิน, 2538 : 306-309)

1.3.1 ประโยชน์ต่อตนเอง ทางด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และความกังวลใจลดน้อยลง ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกอิสระ ได้พักผ่อนเต็มที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและด้านอื่น ๆ เช่น นอนเฝ้าบ้าน ดูแลลูกหลาน ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อยๆ ที่พอทำได้ ซึ่งไม่ขัดต่อโรคและการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยลืมความไม่สบายของตนเองได้บ้าง รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ จิตใจสบาย

1.3.2 ประโยชน์ต่อครอบครัว จะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เกิดความร่วมมือน่าสนใจ เห็นอกเห็นใจกัน มีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความอบอุ่นใจ ประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มทักษะการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้เกิดความคล่องตัว ชำนาญมากขึ้น และไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว เช่น ฝ้าบ้าน

1.3.3 ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ จะช่วยสงวนเตียงของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยที่อาการหนักมากกว่า และลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล

ข้อเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเพิ่มภาวะความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัว เพิ่มความเบียดเบียนให้กับครอบครัว ครอบครัวเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความมีอิสระ ในกรณีฉุกเฉินจะไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือได้ทัน เพราะบุคลากรไม่เพียงพอ (Martinson and Widmer, 1989 : 7)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเมื่อพ้นจากระยะรุนแรง (Acute) และกลายเป็นโรคที่เรื้อรัง เช่น โรคทางระบบประสาท ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลนั้นจะมีบทบาทที่สำคัญคือ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวหรือผู้ดูแล (Ringsven and Jorenby, 1988 : 111) จนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว จึงต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ บัณฑิต สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลการดูแลได้เช่นกัน (Rice, 1996 : 20) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญและควรได้รับการพัฒนาให้เป็นที่ยอมรับในหลายๆ ด้าน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ศรีสุภา รัศมีพงศ์, 2537 : 52)



#### 1.4 บทบาทพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในด้านนี้ เมื่อได้รับผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบ สามารถเริ่มบทบาทได้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้ผู้ป่วยก่อนกลับไปบ้าน สามารถประเมินผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวหรือผู้ดูแลได้

1.4.1 บทบาทของผู้ให้การปฏิบัติกรพยาบาล (Clinical Practice) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินผู้ป่วย ครอบครัว ภาวะการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล วางแผนร่วมกัน และปฏิบัติพยาบาล อาจจะให้กรพยาบาลโดยตรงในกรณีที่มีผู้ป่วยและครอบครัวมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด หรือให้กรพยาบาลทดแทนบางส่วน หรือเป็นเพียงสนับสนุนให้ความรู้ ทั้งนี้ขึ้นกับข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ส่วนวิธีการอาจจะเป็นการกระทำให้ ชี้นำ สนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

1.4.2 บทบาทในการสอน (Educator) ชี้นำ สนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเอง การที่รับบทบาทเป็นผู้สอน พยาบาลจะต้องมีความรู้เรื่องของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล อายุ การศึกษา วัฒนธรรม ความสนใจ ความพร้อมในการเรียนรู้ มีความรู้เนื้อหาวิชาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และเรื่องของผู้ป่วย ครอบครัว มีความต้องการรู้ การวางแผน การสอน/การเรียนรู้เป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม มีเป้าหมายที่เป็นจริง และมีการวางแผนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน

1.4.3 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counseling and Consultant) เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลในกรณีที่ไม่มีใจ ไม่แน่ใจในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านและมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ไม่แน่ใจว่าจะจัดการอย่างไร ซึ่งจะให้กรปรึกษายกยติติดตามให้กรดูแลที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ และเปิดโอกาสให้มาขอรับการปรึกษาได้ และบางครั้งผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมานานอาจจะเกิดอาการเหนื่อยหน่ายในการดูแล (Burn out) การให้คำปรึกษาจะช่วยลดภาวะเครียด และเป็นทางออกสำหรับญาติผู้ดูแลได้ และเป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

1.4.4 บทบาทด้านการเป็นผู้ประสานงาน และให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพและอื่น ๆ (Collaborator) เพื่อให้การดำเนินงานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานร่วมกันในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อ และทำหน้าที่เป็น Resource Person ในการประสานงานกับแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องแบบองค์รวม



1.4.5 บทบาทด้านการป้องกันรักษาสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient Advocate)

1.4.6 บทบาทด้านการเป็นผู้วิจัย (Researcher) โดยการนำปัญหาที่พบบ่อย ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มาทำการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และยังสามารถภาวะความเครียด ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น และลดการกลับเข้ามารักษาพยาบาลซ้ำ ๆ ด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้

1.4.7 บทบาทด้านการเป็นนักบริหาร

1.4.8 บทบาทเป็นผู้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

(สมจิต หनुเจริญกุล, 2536 : 40-41 ; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537 ; สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2534 : 5-6 ; Beare and Myers, 1994 : 95-99)

กรอบแนวคิดในการพยาบาล (สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538 : 8-11 ; Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991 : 19)

ใช้ Nursing Process เป็นกรอบในการปฏิบัติงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว (Assessment) โดยให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดทางด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความเชื่อต่าง ๆ ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ การศึกษา ความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสาร ค่านิยม บทบาทของสมาชิก อำนาจการตัดสินใจ ผู้ที่รับภาวะในครอบครัว การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของสมาชิก ประเมินสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยแหล่งประโยชน์ในชุมชน ผู้ที่สนับสนุนครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข จะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยเสมอ และยอมรับว่าเป็นปัญหาที่สมควรจะแก้ไขจริง และเป็นการวินิจฉัยที่ชัดเจนพร้อมทั้งนำเอาหลาย ๆ สาขาวิชา มาร่วมในการวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว



ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Care Planning) ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเสมอ และจะต้องระบุเป้าหมาย (Outcome) ของการดูแล ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล บางครั้งพยาบาลมีบทบาทเข้าไปให้การพยาบาลโดยตรง บางครั้งพยาบาลมีบทบาทเพียงผู้ให้การสนับสนุนที่แนะนำเท่านั้น และการวางแผนการดูแลควรรู้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) โดยเลือกปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ เช่น บทบาทในการให้การพยาบาลโดยตรง สอน สาธิต สนับสนุน การให้การปรึกษา การช่วยเสริมสร้างสิ่งแวดล้อม บทบาทในการประสานงาน พยาบาลต้องมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ให้การดูแล หรือครอบครัว และทีมสหสาขาวิชา (ทีมสุขภาพ) ในการปฏิบัติการดูแลการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรลุผลของการดูแลตามเป้าหมายที่วางไว้ในปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ก็ต้องเป็นไปด้วยความเอื้ออาทร

ขั้นที่ 5 ประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล พบปัญหา อุปสรรคอะไรบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่เกิดการเรียนรู้ และไม่สามารถจัดระบบการดูแลตนเองได้ การประเมินผลผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยทุกครั้ง

### ลักษณะงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

พยาบาลจะเป็นผู้นำทีมในการจัดการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลให้สามารถบริหารจัดการ เพื่อสนองตอบความต้องการดูแลที่บ้าน โดยการให้ความรู้ด้วยการสอน เคารพสิทธิของผู้ป่วย และคำนึงพื้นฐานของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และอำนวยความสะดวกให้เหมาะสม ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ตระหนักถึงความรับผิดชอบที่พึงมีต่อการดูแลที่บ้าน ตระหนักถึงแรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ โครงสร้างทางสังคม ครอบครัว ที่มีต่อความเชื่อและการตัดสินใจ เป็นสื่อกลางประสานงานระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ดูแล การให้ข้อมูลด้วยภาษาเข้าใจง่ายและมีความยืดหยุ่น ให้คำปรึกษาเมื่อสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรือผู้ป่วยมีภาวะเครียด จากการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ กระตุ้นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในแผนการรักษาพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์และแผนการดูแลที่บ้าน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว จัดทำแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ พยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดทักษะในการดูแลช่วยเหลือ โดยประยุกต์ทฤษฎีต่าง ๆ ที่สำคัญคือ ศาสตร์ทางด้านการศึกษาพยาบาล (เช่น ทฤษฎีการดูแล) มาผสมผสานกับ

แบบแผนการดูแลสุขภาพและการแพทย์ เพื่อให้มีการวางแผนดูแลรักษาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การจัดระบบการดูแลให้ประสบความสำเร็จ ระบบการพยาบาลที่ดีต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในอาชีพอื่นๆ ด้วย เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และองค์กรต่าง ๆ ในสังคม เช่น มูลนิธิต่าง ๆ มีหน่วยงานเฉพาะที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษากับผู้ดูแล มีระบบส่งต่อที่ดี ชัดเจน มีการประสานงานกับหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชน เพื่อให้ปัญหาที่ผู้ดูแลกังวลอยู่ได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลจะต้องมีความรอบรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ

(สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538 : 7-13 ; Humphrey and Milone-Nuzzo, 1991 : 16-18 ; Rice, 1996 : 23-32)

จากบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นบทบาทที่สำคัญ ซึ่งต้องรับผิดชอบเฉพาะลงไปในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคระบบประสาทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเป็นทั้งผู้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ มีความรับผิดชอบครอบคลุมไปทั้งทางด้านการบริหาร และด้านบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยตรงแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นกุญแจความร่วมมือและประสานงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ทั้งในและนอกแผนกโรงพยาบาล เช่น ทีมสุขภาพ พยาบาล-สาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วย/ญาติ หรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้บรรลุถึงคุณภาพการให้บริการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งแบบองค์รวม (Holistic)

### 1.5 ผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วย ชนิดเรื้อรัง เป็นภารกิจที่ค่อนข้างหนักของผู้ให้การดูแล เนื่องจากต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจจากการจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลที่จำเป็น ยา และอาหารที่เหมาะสม ส่วนทางด้านจิตใจมักทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ วิตกกังวล และความเครียดในระดับสูงกว่าคนปกติ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539, 22) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จันท์เพ็ญ แซ่ห่วน และคณะ (2537) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับไม่มี ถึงระดับต่ำ



สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบจำลองเชิงสาเหตุ ความเครียดในบทบาทของภรรยา ผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่า เศรษฐฐานะสังคม และ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนเจ็บป่วย มีผลโดยตรงต่อแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็น ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ปัจจุบันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและผู้พิการได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลได้พัฒนามีประสิทธิภาพสูงขึ้น ทำให้ ผู้ป่วยรอดจากการเสียชีวิต แต่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ เช่น อัมพาต ดังนั้นพื้นฐานที่จะ นำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องผู้ดูแลที่บ้านมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 85-86) 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นยังมีคนอยู่มากเท่าไร ดูเหมือนว่า คนที่จะลงมือช่วยจริง ๆ ยิ่งลดน้อยลงเท่านั้น สิ่งที่น่าประหลาดใจและมักพบอยู่เสมอก็คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางคนดูเหมือนว่าจะมีญาติมาเยี่ยมมากมาย แต่พอ ถามว่าใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว ก็อาจจะไม่ได้คำตอบในทันที 2) ความ คล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ เช่น ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือเป็นบุคคล ในครอบครัว ญาติพี่น้องที่สืบสายเลือดเดียวกัน หรือบุคคลที่มีเชื้อชาติเดียวกันจะให้ความ ช่วยเหลือกันมากกว่า และ 3) แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive for helping) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจของบุคคลจะช่วยผู้อื่นหรือไม่เพราะเหตุใด แรงจูงใจในการ ให้ความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (Egoistic Motivation) เช่น คาดว่าจะได้รางวัลตอบแทน ซึ่งอาจเป็นค่าจ้างการยอมรับของสังคม และแรงจูงใจที่ เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสารเห็นใจ (Altruistic Motivation) เช่น พื้นฐานของความเป็นญาติ ความสัมพันธ์ในอดีตระหว่างผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ

ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลของผู้ดูแลที่บ้านในระยะ แรกบุคคลมักจะทำไป เพราะมีความสงสาร เข้าใจ แต่เมื่อช่วยเหลือไปนาน ๆ ก็อาจทำไป เพราะป้องกันคำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน เป็นต้น ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจมีแรงจูงใจใน การให้ความช่วยเหลือแบบ Altruistic สลับกับ Egoistic ในแต่ละระยะของการให้การดูแล ผู้ป่วย

#### ความหมาย

ผู้ดูแล (Family Caregiver หรือ Informal Caregiver, Primary Caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ 1) ญาติหรือ บุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดามารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคล สำคัญในชีวิต 2) ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความ พิกการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมี ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่าง

ต่อเนื่อง 3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และ 4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแห่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่าง ๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 : 86)

### คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแล

จากรายงานการวิจัยในประเทศไทย ชนิตา มณีวรรณ (2535) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน อาชีพแม่บ้าน เป็นครอบครัวเดี่ยว และมีฐานะการเงินไม่มั่นคง นอกจากนี้มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในแต่ละครอบครัวจะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลสมาชิกในครอบครัว นับเป็นภาระหนักของผู้ดูแลเนื่องจากการเพิ่มงานจากที่มีอยู่แล้วตามปกติและด้วยความห่วงใยและเอื้ออาทร ภาระกิจในแต่ละวันของผู้ดูแลจะหมดไปกับการดูแลซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อันส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ดูแล การบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระ และเวลาเป็นส่วนตัว รวมถึงฐานะการเงิน นอกจากนี้ยังต้องอดทนกับพฤติกรรมและสภาพ อารมณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลซึ่งแปรปรวนไป เป็นเหตุให้ผู้ดูแลตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่ สะสม มีความทุกข์ เหนื่อยหน่าย และเหนื่อยลำเรื่อวัง ซึ่งอาจส่ง ผลทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นโรคกระเพาะอักเสบ (ชนิตา มณีวรรณ, 2537 : 243) ผู้ดูแลบางรายกลัวติดโรค กลัวอันตรายไม่กล้าเข้าใกล้ ไม่กล้าจับต้องผู้ป่วย ทอดทิ้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนแหว่งจواره ปัสสาวะสกปรกเป็นเวลานาน เกิดผลกดทับบริเวณก้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งสิ้น

นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะได้รับ คำแนะนำไปแล้วอย่างดีก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพิน ประสานอิทธิคม (2535) พบว่า การเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาจำกัด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เรือวังกลับบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรือวังไม่สามารถจดจำคำสอนได้ ทั้งหมด ขาดทักษะ และความชำนาญ ทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการให้ พยาบาลไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพราะต้องการความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม ต้องการที่ บริการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ต้องการความอบอุ่น กำลังใจ เพราะการดูแลผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและไม่มีผู้ช่วยดูแล ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยมากเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทหมดกำลังใจ



ภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลที่บ้านเมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบและบทบาทต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีแนวโน้มทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจถดถอยลงตามลำดับ และมีผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย ซึ่ง ยูพาฟิน ประสารอิคม และคณะ (2536 : 35) ได้เสนอแนะว่า การเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน พยายามที่รับผิดชอบต่อควรรให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการ คือ ผู้ดูแลต้องการเวลาที่เพียงพอของตัวเองบ้าง ต้องการทราบปัญหา ต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วทันทีที่มีปัญหา ต้องการบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจเพื่อรับฟังและช่วยแก้ไขในสิ่งที่ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ให้ดีขึ้นหรือหมดไป และต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทประสบความสำเร็จได้ดีขึ้น คือ

**อายุ** ผู้ดูแลที่อายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดี ก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่อายุมากสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย ย่อมให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยเหลือด้านแรงงานมากกว่า

**เพศ** ในการสอนเพื่อเพิ่มแรงจูงใจนั้นพยาบาลจะต้องทราบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นเพศหญิงหรือชาย เพราะเพศที่ต่างกันอาจจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า

**ระดับการศึกษา** ผู้มีการศึกษาจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น

**สถานภาพสมรส** ผู้ดูแลที่คู่สมรสเจ็บป่วยความเครียดที่เกิดจากการดูแลขึ้นกับว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างกันดีหรือไม่ หากมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแล

การดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัว จะมีลักษณะเฉพาะ คือ การดูแลจะทำเป็นประเพณีสืบทอดกันมาในครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่ง

สัมพันธภาพในสังคม ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ และผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย เรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่น ๆ ให้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง (ฟาวริคา อิบราฮิม, 2539 : 21-22)

### ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

#### สุขภาพกาย

เมื่อมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ภาวะการดูแลต้องตกเป็นของสมาชิกในครอบครัวด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม บางรายปวดหลัง บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาวะการดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป

#### ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่าง ในขณะเดียวกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทมากเกินไป ภาวะเช่นนี้ผู้ดูแลต้องการเวลา ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ จะทำให้มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรือรับรู้ความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแล และไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจึงรู้สึกถูกคุกคาม เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยมีดังนี้ คือ สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในขณะนั้น ผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอ จะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าผู้มีสุขภาพสมบูรณ์ ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหานั้นมาก่อน จะทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ และมีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดได้มากกว่าผู้ที่เคยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาแล้ว และการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือบริการต่าง ๆ เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้การเผชิญความเครียดหรือเอาชนะสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น



### เครือข่ายทางสังคม

สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่น ๆ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียด ซึ่งในสังคมไทย ญาติ พี่น้อง ของผู้ดูแลมักจะไปมาหาสู่กันเสมอ

### บทบาทผู้ดูแล

ผู้ดูแลจะให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กร หรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งในระหว่างการรักษา ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ และรู้จักแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย

### การจัดเตรียมผู้ดูแล

จะมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงอยู่ 3 คน คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล หรือบุคลากรที่มีหน้าที่จัดเตรียมผู้ดูแล ต้องมีการจัดเตรียมผู้ดูแลที่ดี ถ้าไม่มีการจัดเตรียมที่ดีก็จะมีผลกระทบเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้มาก ทำให้เกิดความเครียด แม้จะมีบุคลากรทางสุขภาพในชุมชนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่บ้าง เช่น พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ แต่ก็ไม่เพียงพอกับความต้องการที่เกิดขึ้น ในการจัดเตรียมผู้ดูแลที่ดีนั้น ภายหลังจากเตรียมแล้วผู้ดูแลควรมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ มีทักษะเพียงพอ รู้จักแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งรู้จักวิธีเผชิญปัญหาและคลายความเครียดด้วย

วิธีการเตรียมผู้ดูแล มีดังนี้ 1) มีการวางแผนล่วงหน้าในการเตรียมตัวผู้ดูแล พยาบาลต้องเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จนเมื่อการรักษาในโรงพยาบาลสิ้นสุดลง พยาบาลต้องให้ผู้ดูแลรับทราบปัญหาของผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สำคัญ พยาบาลควรจัดบันทึกหรือทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลไว้เป็นระยะ ๆ 2) จัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การอบรมจัดเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ 3) ฝึกหัดทักษะที่จำเป็น เช่น การให้อาหารและน้ำ การให้ยา การดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันแผลกดทับ และการตรวจสอบอาการผิดปกติทางระบบประสาท และ 4) แนะนำการเลือกใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ช่วยดูแลผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลมีข้อมูลเพียงพอในการเลือกและตัดสินใจ

จากเหตุผลที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ดูแลจะเป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้านจะต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ มากมาย ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ดูแล ดังนั้นในการให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสอน ให้คำแนะนำ ปรีกษา นิเทศผู้ดูแลให้พร้อมก่อนที่จะทำการ

จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรือพยาบาลสาธารณสุขเพื่อให้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและมีกำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ มีความ พึงพอใจและมีความสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะความ เจ็บป่วยหรือพิการเป็นสิ่งที่มนุษย์มีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง และเป็นภาวะที่ผู้ป่วย ต้องการผู้ดูแลที่ไว้วางใจ เข้าใจ มีความรู้ มีทักษะอย่างดี พยาบาลในฐานะบุคลากรที่มี หน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมพร้อมในบทบาทของผู้ดูแล เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของผู้ร่วมทีมสุขภาพ

## 2. การสอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 2.1 ความหมาย

Wiles (1975 : 10) ได้ให้ความหมายของการสอนไว้ 4 ประการ คือ

1) การชี้แนะ ให้ความช่วยเหลือแนะนำ จัดหาวัสดุ และส่งเสริมให้คิดทำสิ่งต่าง ๆ ที่ ผู้เรียนอยากทำ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ โดยที่ผู้สอนเป็นผู้รวบรวมแล้วจัด ความรู้ที่เกี่ยวกับเกณฑ์ความจริงให้ง่ายและน่าสนใจ เพื่อสะดวกในทางที่ผู้เรียนจะเข้าใจ และรับไว้ได้ 3) การที่ผู้สอนทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีประสิทธิภาพในการ เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง และ 4) การแนะ แนวทางให้แก่ผู้เรียนโดยใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้เจริญงอกงามและพัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนาตามวัตถุประสงค์ของการ ศึกษา

กาญจนา เกียรติประวัติ (2524 : 46) ได้กล่าวว่าการสอน คือ กระบวนการต่าง ๆ ที่บุคคลได้กระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญา สิ่งสำคัญคือ กระบวนการนี้ต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน สามารถปรับตัวให้ชีวิตมีความสุขด้วย

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2532 : 383) ได้กล่าวว่า การสอน หมายถึง การจัด ประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และการสอนเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้สอนและผู้เรียน ในแบบที่ผู้สอนเป็นผู้จัดองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เฉพาะอย่าง

จากคำจำกัดความของการสอน ที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การสอนคือ การกระทำของผู้สอนโดยการชี้แนะ ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้เฉพาะอย่างและสามารถนำไปปฏิบัติได้



การสอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการให้ความรู้แก่ประชาชน และเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพอนามัยแก่ผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถพึ่งตนเอง และช่วยเหลือครอบครัว ทั้งนี้อาจจะเป็นผลของการสอนโดยตรง หรือโดยอ้อมด้วยวิธีการสอนหลายรูปแบบที่ผู้สอนต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อหา และจำนวนของผู้เรียน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสอนเป็นกลุ่ม เพราะการสอนเป็นกลุ่มเป็นการสอนที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 383)

ประเภทการสอนเป็นกลุ่ม แบ่งตามจำนวนผู้เรียนได้ดังนี้

2.1.1 การสอนกลุ่มขนาดกลาง และกลุ่มใหญ่ คือ มีผู้เรียน 35-60 คน และ 60 คนขึ้นไป รูปแบบการสอนที่ใช้กันมากคือ การบรรยาย หรือการอภิปรายกลุ่มใหญ่

2.1.2 การสอนกลุ่มย่อย คือมีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป จนถึง 35 คน รูปแบบการสอนที่ใช้กันมาก ได้แก่ การอภิปรายเป็นกลุ่ม การใช้สถานการณ์จริง สถานการณ์จำลอง การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ

ความสำคัญของการสอนเป็นกลุ่มที่มีต่อผู้เรียน จะช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย

ความสำคัญของการสอนเป็นกลุ่มที่มีต่อผู้สอน จะช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายในการสอน และช่วยให้ผู้เรียนได้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียนหลายคน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเภทการสอนคือการสอนกลุ่มย่อยที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งในการสอนแบบนี้ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นแหล่งของการเรียนรู้ นั้น เกิดขึ้นระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและอีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง วิธีการสอนแบบนี้มีหลายวิธี ได้แก่ การบรรยายกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้สถานการณ์จริง การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 383) วิธีการสอนที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการทดลองสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลครั้งนี้คือ การสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก สไลด์ และการสอนโดยการสาธิต

2.2 การสอนโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก ภาพสไลด์ และการสาธิต

การบรรยาย เป็นวิธีการสอนผู้เรียนเป็นกลุ่ม เป็นการสอนที่ผู้สอนเป็นผู้ตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ ผู้เรียนมีกิจกรรมเพียงส่วนน้อย ผู้สอนจะพูดอธิบาย ขยายความ แยกแยะองค์ประกอบให้ผู้เรียนฟัง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 393)

### ข้อดีของการสอนแบบบรรยาย

2.2.1 เป็นวิธีการสอนที่เหมาะสม เมื่อผู้สอนต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ ข้อมูลพื้นฐานข้อความจริงที่ค้นพบใหม่เป็นกลุ่มพร้อม ๆ กันและเมื่อผู้สอนต้องการชี้ประเด็น หรือสาระสำคัญ หรือทิศทางให้ผู้เรียนทุกคนเข้าใจตรงกันและไปเป็นไปทางที่ใกล้เคียงกัน

2.2.2 เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าการลงทุน เมื่อนำไปสอนในกลุ่มใหญ่มาก ก็สามารถเรียนรู้เนื้อหาวิชาได้ในเวลาเดียวกัน

2.2.3 เป็นวิธีที่ผู้สอนสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเป็นกลุ่ม เกิดความสนใจ และช่วยให้ข้อความจริง หลักการหรือทฤษฎีต่าง ๆ จากตำราเป็นสิ่งที่ชีวิตชีวา น่าศึกษามากกว่าที่ผู้เรียนจะไปศึกษาด้วยตนเอง

2.2.4 ในการบรรยายผู้สอนสามารถเล่าประสบการณ์ส่วนตัวในส่วนที่เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาเพิ่มเติมในระหว่างการบรรยาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาวิชาได้มากขึ้น

ข้อจำกัดของการสอนแบบบรรยาย จะทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการ เรียนรู้น้อย การบรรยายไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล พื้นฐานเดิมของผู้เรียน แบบแผนการเรียนรู้ของผู้เรียน และความสามารถในการบรรยายหรือการสื่อสารเป็นทักษะ เฉพาะตัว ดังนั้นผู้สอนอาจต้องใช้เวลาในการเตรียมตัวนาน เพื่อที่จะเป็นผู้บรรยายที่ สามารถจูงใจผู้เรียนติดตามและให้ผู้เรียนสนใจในการฟังการบรรยายจนจบได้

ในการสอนแบบบรรยายจำเป็นต้องมีการใช้สื่อการสอนให้มาก ทั้งนี้ เพราะการบรรยายเป็นการสอนที่ผู้สอนแบบทางเดียวไปสู่ผู้เรียนเป็นส่วนใหญ่ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากการฟังเท่านั้น ซึ่งในการวิจัยของคอนเว็นนั้นอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และ กาย จากการวิจัย พบว่าคนเราจะเรียนรู้ จากการดูด้วยตาถึง 75% ฟัง ด้วยหู 13% ลูบคลำสัมผัส และต้องด้วยมือ 6% ลิ้มรสด้วยลิ้น 3% และดมกลิ่นด้วยจมูก 3% เช่นเดียวกัน หากผู้เรียนได้เรียนรู้จากการผสมผสานของสัมผัสทั้ง 5 อย่างก็จะสามารถ ได้รับความรู้ได้ 100% (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532 : 531)

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอน จึงควรจัดให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัส หลายทาง น่าจะได้ผลดีกว่า การรับรู้ที่ผ่านทางใดประสาทอย่างเดียว ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากการสอนโดยการบรรยายแล้ว ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อการสอนที่ผู้เรียนสามารถรับรู้จาก การมองเห็นได้อีก 2 ทาง คือ ภาพพลิก (Flip chart) ภาพสไลด์ และการสอนด้านสุขภาพ อนามัยนี้ นอกจากนี้สื่อการสอนหลายทางแล้ว การที่ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยโรกระบบ ประสาทที่บ้านได้นั้น ผู้ดูแลหรือผู้เรียนต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะปฏิบัติ และได้ฝึกปฏิบัติตาม แบบอย่างที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำการสาธิตมาสอนควบคู่กับการบรรยาย เพื่อให้ผู้ดูแล หรือผู้เรียน ได้รับการฝึกทักษะ จนคล่องแคล่ว ชำนาญ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532 : 406) เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทที่บ้าน



### ภาพพลิก (flip chart)

ภาพพลิกหรือสมุดลำดับภาพหรือภาพชุด มีลักษณะคล้ายสมุดรวมภาพขนาดใหญ่จำนวนหลาย ๆ ภาพที่เป็นเรื่องราวเดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน ภาพต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในเนื้อหาสาระตามลำดับ การจัดทำอาจทำด้วยกระดาษวาดเขียนชนิดบางหรือหนาก็ได้ นำมาเย็บติดกันเป็นเล่ม และใช้กระดาษแข็งทำเป็นปกให้ตั้งหรือแขวนได้ ลักษณะเด่นของภาพพลิกคือ ใช้ง่าย สะดวกและผู้เรียนจะมีความสนใจยิ่งขึ้นถ้ามีภาพประกอบคำบรรยาย (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532 : 551)

ส่วนประกอบของภาพพลิกประกอบด้วย 1) แผ่นภาพขนาดประมาณ 2 ฟุต x 3 ฟุต จำนวนเหมาะสมกับ เนื้อเรื่องที่สอนควรมีประมาณ 5 - 15 ภาพ และในแต่ละแผ่นประกอบด้วยภาพและ/หรืออักษรบรรยาย 2) ปกหน้าและปกหลัง เป็นปกแข็ง มีแกนยึดตรงกลางไม่ให้พับเข้าหากันเมื่อตั้ง

คุณลักษณะของภาพพลิก มีขนาดใหญ่พอที่จะมองเห็นได้ชัดเจน มีความเด่นชัดในด้านสี รูปทรง แสดงเนื้อหาชัดเจนไม่คลุมเครือ มีความง่ายต่อการเรียนรู้ เข้าใจ มีขั้นตอน ง่ายต่อการดู และมีความสวยงามโดยมีองค์ประกอบศิลป์

#### ข้อดีของภาพพลิก

ภาพพลิกสามารถใช้ในการแนะนำหรือการสอนได้ง่าย เนื่องจากสามารถนำติดตัวไปได้ และวิธีการใช้ไม่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายในการผลิตถูก อาจใช้วัสดุที่มีอยู่แล้ว เช่น กระดาษ ใช้เครื่องมือในการผลิตไม่มาก เช่น กระดาษแข็ง สีเขียนภาพ ฯลฯ สามารถกำหนดรูปแบบได้ตามต้องการ ตามความสามารถของผู้เรียน เช่น การใช้ภาพพลิกประเภทภาพการ์ตูนสำหรับสอนสุขศึกษาในเด็ก เป็นต้น และไม่ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก หรืออุปกรณ์ประกอบอื่น ๆ เนื่องจากภาพพลิกเป็นอุปกรณ์ที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตัว นำไปใช้สอนได้ทันทีไม่ต้องมีเครื่องฉายหรือจอ เช่น สไลด์

#### ข้อจำกัดของการใช้ภาพพลิก

ภาพพลิกใช้ไม่ได้กับทุกเนื้อหา เนื่องจากการสอนบางเรื่องผู้เรียนจะไม่สามารถเข้าใจได้ดี เมื่อเห็นการสาธิตมากกว่าการเห็นในภาพ เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ หลังผ่าตัด เป็นต้น ใช้ง่ายกับผู้เรียนในปริมาณจำกัด เนื่องจากขนาดของภาพมีขนาดจำกัด การนำไปใช้สอนในผู้เรียนกลุ่มใหญ่เกินไปทำให้ผู้เรียนบางส่วนไม่อาจมองเห็นภาพได้ ทำให้หมดความสนใจต่อการเรียนรู้ได้ และคุณค่าความสนใจอาจขึ้นอยู่กับผู้สอน นั่นคือการวางท่าที่เหมาะสม คำพูดที่ชัดเจน การเว้นจังหวะ และเน้นคำพูดได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ฟังสนใจมากกว่าการบรรยายไปเรื่อย ๆ ซึ่งทำให้ผู้ฟังเบื่อและหมดความสนใจในตัวผู้สอน และภาพพลิกการเรียนการสอนจึงไม่ประสบผลสำเร็จถึงแม้ภาพพลิกนั้นจะจัดทำอย่างดี และสวยงามเพียงใด

## ภาพสไลด์

ภาพสไลด์เป็นสื่อการสอนที่ผลิตด้วยฟิล์มโปร่งแสง ขนาดเล็ก ๆ แต่แต่ละแผ่นคิดด้วยกรอบสไลด์ การใช้ภาพสไลด์ประกอบการเรียนการสอนนั้นใช้ได้สะดวกมาก ทั้งนี้เพราะการเรียงภาพสไลด์เพื่อใช้ในการเรียนการสอน สามารถจะเรียงลำดับอย่างไรก็ได้ตามความต้องการของผู้สอนซึ่งเหมาะที่จะใช้สอนในกลุ่มใหญ่ กลุ่มเล็ก และรายบุคคลก็ได้ (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532 : 568)

การผลิตสไลด์ประกอบการสอน

การผลิตสไลด์อาจทำได้โดยใช้ฟิล์มขนาด 35 มม. ถ่ายทำตัดฟิล์มออกแต่ละภาพแล้วเข้ากรอบกระดาษหรือพลาสติก

ขั้นตอนการผลิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ของการเรียนการสอน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย กำหนดเนื้อหาสาระ และวิเคราะห์เนื้อหาสาระ กำหนดกิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน กำหนดงบประมาณ และ จัดทำงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมการทำโครงร่างและเขียนบทสไลด์

ขั้นตอนที่ 3 ลงมือผลิต เป็นขั้นที่ลงมือปฏิบัติตามแบบที่ได้จัดไว้ ซึ่งจะต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ และมีประสบการณ์โดยตรง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล หลังจากทีผลิตเสร็จแล้ว จำเป็นต้องตรวจหาข้อบกพร่องต่าง ๆ

## การสาธิต

ความหมาย

การสาธิต คือ กระบวนการที่นำของจริงมาแสดงให้เห็นตัวอย่าง มีการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้จริง หรือสนทนากับผู้ป่วย หรือบุคคลอื่น ให้เป็นตัวอย่างจริง บางครั้งแสดงในสถานการณ์จริง กับตัวผู้รับบริการ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 406)

จุดมุ่งหมาย

การสอนโดยการสาธิตเป็นการสอนเพื่อมุ่งให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะเฉพาะอย่างและการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย

จุดหมายของการสอนโดยการสาธิตแก่ประชาชนทั่วไป หรือผู้ป่วย ได้แก่ แสดงวิธีการดูแลตนเอง ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวหรือช่วยเหลือชุมชนของตน และแสดงวิธีการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ใหม่ ๆ

หลักการสอนโดยการสาธิตครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้ คือ ผู้สอนต้องมีความพร้อม และทักษะการปฏิบัติในเรื่องที่จะสอนอย่างชำนาญ เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และผู้รับบริการให้พร้อมก่อนการสอน แจ้งวัตถุประสงค์ของการสอนให้ผู้เรียนทราบและ



เตรียมคู่มือการสาธิต ใช้เวลาในการสาธิตให้ผู้เรียนดูเป็นตัวอย่างพอสมควรและให้โอกาสผู้เรียนลองฝึกปฏิบัติทักษะอย่างเพียงพอ ระหว่างที่ผู้สอนแสดงตัวอย่างให้ดู ต้องอธิบายเหตุผลและหลักการของการปฏิบัติร่วมไปด้วย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยควบคู่กันไป การแสดงให้ดูต้องทำให้เห็นเป็นลำดับขั้นที่ชัดเจน ต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสาธิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้สอนต้องพยายามสังเกตผู้เรียนระหว่างการสอนเพื่อประเมินผลการสอนและเพื่อแก้ไขปัญหา ความไม่เข้าใจ หรือเข้าใจผิดของผู้เรียนได้ทันที ผู้สอนควรสาธิตอย่างสมบูรณ์ขั้นหนึ่งก่อนแล้วจึงทำซ้ำแต่ละขั้นซ้ำ ๆ อีกครั้ง และผู้สอนต้องกระตุ้นให้ผู้เรียนปฏิบัติตามบทบาทของผู้เรียนอย่างเต็มที่ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัติ ความขั้นตอนที่ผู้สอนแสดงให้ดู ผู้สอนต้องสร้างเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้โดยการให้กำลังใจและแรงเสริมในรูปแบบต่าง ๆ

### 3. ทฤษฎีการดูแล

#### 3.1 ความหมายการดูแล

การดูแลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535 หมายถึง การเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง และความหมายโดยทั่วไปของการดูแลเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต

Mayeroff (1971 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2538 ; 41) กล่าวว่า การดูแลคนนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองโดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันนั้น เกิดขึ้นเช่นเดียวกันกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธ์ภาพต่อกันและกัน การเปิดเผยตนเองของพยาบาลต่อผู้รับบริการ นั่นคือมีความไว้วางใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้ พลังงาน และเทคนิควิธี เป้าหมายอยู่ที่การสนองตอบต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จ

Leininger (1981 : 9) ได้อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) และการอำนวยความสะดวก (facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตหรือสภาพของมนุษย์

Morse and others (1991 : 121) ให้ความหมายการดูแลทางการพยาบาลสรุปได้ 5 แนวคิด คือ 1) การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล 2) การดูแลเป็นอุดมคติหรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม 3) การดูแลเป็นความรู้สึก 4) การดูแลเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และ 5) การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อนำมาบำบัดรักษา

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538 : 42) กล่าวว่า การดูแล “เป็นกระพี” (ส่วนของเนื้อไม้ที่หุ้มแก่น) ของวิชาชีพการพยาบาล คือ เป็นเนื้อแท้ของการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลที่มองเห็นได้ ระบุได้ และเป็นสิ่งที่ผู้บริการบอกได้ว่าเป็นอย่างไร

พาริดา อิบราฮิม (2539 : 9) กล่าวว่า การดูแลต้องประกอบด้วยความรู้สึก เทคนิคปฏิบัติ และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นทั้งศิลปและศาสตร์อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง และเป็นความจริงหรือสัจจะ (Fact & Truth)

จึงสรุปได้ว่า การดูแลเป็นศิลปและศาสตร์ที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงมีความเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ประกอบด้วยความรู้สึก ความรู้ ความนึกคิด และสามารถมองเห็นได้ ระบุได้ และบอกได้ว่าเป็นอย่างไร เพื่อมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือ สร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเทคนิควิธี กระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างการสนองตอบความต้องการของบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดความเจริญเติบโต ความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับของความมีสุขภาพดี

### 3.2 พฤติกรรมการดูแลในการปฏิบัติกรการพยาบาล

Mayeroff (1972 : cited in Tschudin, 1992 : 1-3) ได้กล่าวถึงการดูแลว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำเร้งแห่งตน (Actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า

#### 1. การรู้จัก (Knowing)

เป็นความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดสืบเนื่องมาจากการมีความรู้ ถ้าพยาบาลรู้จักและเข้าใจในผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดีพอแล้ว สัมพันธภาพการดูแลจะเกิดขึ้นได้ การรู้จักเชิงวิชาชีพนั้นต้องอาศัยความรู้ในส่วนของสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วย ซึ่งความรู้ต้องศึกษาร่วมกับพฤติกรรมมนุษย์ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา และที่สำคัญพยาบาลต้องรู้จักตนเอง มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

#### 2. ความจริงใจ (Honesty)

เป็นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา ร่วมกับการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา



### 3. ความหวัง (Hope)

เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดความต้องการ เพื่อเกิดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติการณ์ดูแลอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

### 4. ความกล้า (Courage)

เป็นการปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวก ยึดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณ และค่านิยม การปกป้องสิทธิตนเองและผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้

### 5. ความอดทน/อดกลั้น (Patience)

มีเป้าหมายที่จะให้คนค้นพบตัวเอง ได้เจริญเติบโตไปด้วยตนเอง จึงต้องให้โอกาสคนได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง การพยาบาลเน้นที่การมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งความอดทน อดกลั้นนั้น จะช่วยให้พยาบาลได้คิดค้นหาวิธีที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

### 6. ความไว้วางใจ (Trust)

เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเกี่ยวข้องกับความจริงใจและความอดทน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความเป็นบุคคลของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

### 7. ความถ่อมตน (Humility)

เป็นลักษณะของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลความเป็นบุคคล ความเป็นอิสระหรือเอกสิทธิและเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการใช้อำนาจหรือความรู้สึกเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย ไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นของตน แต่เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเฉพาะ และมีสิ่งที่น่าสนใจจากผู้ป่วยมากมาย

### 8. การเลือกใช้แนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms)

เป็นการเรียนรู้ที่จะให้การดูแลโดยการมองปัญหาจากหลายแนวทางหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสม

Leininger (1991 อ้างถึงใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2539 : 11) ผู้เริ่มทฤษฎีการดูแลและเจ้าของทฤษฎี Transcultural Nursing ได้เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ (Human Care) เป็นปรากฏการณ์เพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ สำหรับการพยาบาลการดูแลเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไป จะมีแบบแผนหรือกระบวนการที่เฉพาะ ซึ่งระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีแบบแผนเฉพาะของการปฏิบัติวิชาชีพคือ วัฒนธรรมเฉพาะซึ่งจะมีลักษณะการดูแลที่แตกต่างไปจากระบบการดูแลของประชาชนผู้รับบริการการให้บริการสุขภาพที่บรรลุเป้าหมายจะต้องเป็นการดูแลที่มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมและระบบของวิชาชีพ

การดูแลนั้นเกิดมาจากแนวคิดของการให้ความสุขสบายและความสมบูรณ์พูนสุข (Nurturance) ซึ่งเราทำการดูแล (Caring) การสร้างความเจริญเติบโตและสติปัญญาโดยจะต้องเรียนรู้ การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาลที่จัดได้เป็นพฤติกรรมการดูแล กระบวนการดูแล และสัมพันธภาพการดูแล

Leininger (1977) ให้ขอบเขตการดูแลไว้ 10 ประการ ดังนี้คือ ความสุขสบาย (Comfort) ความสนใจ (Attention) การสัมผัส (Touch) การปกป้อง (Protection) ความไว้วางใจ (Trust) การร่วมรู้สึก (Empathy) การประทับประคอง การสนับสนุน (Support) ความเมตตากรุณา (Compassion) การช่วยเหลือยามทุกข์ยาก (Succorance) และการเฝ้าระวัง (Surveillance)

Watson (1979) ได้เสนอทฤษฎีการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีมิติจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการสร้างองค์ความรู้ ในศาสตร์การพยาบาล

เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ ใ้บุคคลมีภาวะคลุยภาพของกาย จิต และวิญญาณ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการดูแลเยียวยาตนเอง การดูแลตามแนวคิดนี้เป็นอุดมคติ หรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของกาย-จิต-จิตวิญญาณ ที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจ (Transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการ จึงเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค กระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ได้แก่

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม (The formation of a humanistic - altruistic system of values)

เป็นข้อผูกพันและความพอใจที่ได้มาจากการให้ เป็นความเกี่ยวพันความสามารถที่จะมีทัศนคติต่อมนุษยชาติด้วยความรักและยกย่องนับถือในความแตกต่างและความ เป็นบุคคลหนึ่ง

2. การปลูกฝังความเชื่อและความหวัง (The instillation of faith-hope) พยาบาลต้องปลูกฝังในสำนึกของผู้ป่วย มีความเชื่อ และความหวัง

ในการพยาบาลและการรักษา ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาล และยินยอมที่จะเปลี่ยนทัศนคติ โดยเฉพาะความเชื่อในตัวบุคคลก็ไม่ควรจะละเลย เนื่องจากเป็นสิ่งสนับสนุนและได้รับการยอมรับว่าเป็นอิทธิพลที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ



3. ความไวต่อการรับรู้ตนเองและต่อผู้อื่น (The Cultivation of sensitivity to one's self and to others)

ความไวต่อการรับรู้ตนเองและการปลูกฝังการตัดสินใจ ทัศนคติ ค่านิยม สัมพันธภาพของมนุษย์ พัฒนามาจากขั้นตอนของอารมณ์

การตระหนักรู้และการพัฒนาการของความรู้สึก (feeling) นำไปสู่ Self-actualization โดยผ่านการรับรู้ในตนเอง (Self-acceptance) และการเติบโตทางจิตวิทยา (Psychological growth)

4. การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือ และไว้วางใจ (The development of a helping - trust relationship)

การสร้างนั้นพยายามทำความเข้าใจกับบุคคลอื่นเป็นอันดับแรก รวมทั้งรู้จักโลกทัศน์ความเป็นตัวของตัวเอง ช่องว่างในชีวิต และทัศนคติของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นและยับยั้งหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ

5. การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ (The Promotion and Acceptance of the expression of Positive and Negative feeling)

ความมั่นคงทางความรู้สึกและความคิดทางปัญญาเป็นสิ่งที่บุคคลค้นหาและความไม่มั่นคงระหว่างความคิดและความรู้สึกนั้นสามารถที่จะนำไปสู่ความวิตกกังวล ความเครียด ความสับสน หรือความกลัว และมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่ก่อให้เกิดผลทางพฤติกรรม

พยายามควรได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอที่ยอมให้กระทำในเรื่องที่เสี่ยงสำหรับตนเองพอ ๆ กับเสี่ยงกับผู้อื่น การตรวจสอบความจริงก็สามารถเกิดได้สำหรับพยายาม และบุคคลอื่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อสถานภาพนั้นอย่างเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของการหลีกเลี่ยงความรู้สึกที่แท้จริง ในทางกลับกันสัมพันธภาพของการช่วยเหลือจะดำเนินไปอย่างลึกซึ้งระดับความซื่อตรงนั้นมีความจำเป็นสำหรับการปฏิบัติของศาสตร์การดูแล

6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ปัญหา (The Systemic use of the scientific problem solving method for decision making)

การพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ช่วยให้พยาบาลสร้างกฎเกณฑ์ธรรมดา ฐานข้อมูลธรรมดาที่จะแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการตัดสินใจและกำหนดรูปแบบการปรับเปลี่ยนการพยาบาล

7. การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนระหว่างบุคคล (The promotion of interpersonal teaching learning)

การเรียนรู้ การสอน ระหว่างบุคคลที่มีการปฏิบัติเป็นกระบวนการ โดยมุ่ง การติดต่อข่าวสาร ซึ่งจะพิจารณาธรรมชาติการเรียนรู้ และสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อกระบวนการ เรียนรู้ระหว่างบุคคล

การสอนเพื่อมุ่งให้ความรู้ได้นามาใช้บ่อยครั้ง เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง สภาพไปในทางบวก มีองค์ความรู้ในเรื่องทฤษฎีและการปฏิบัติ ซึ่งการติดต่อข่าวสารเป็น หนทางชัดเจนที่จะลดความกลัว ความวิตกกังวลเมื่อเกิดภาวะเครียด

8. การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการประคับประคอง ป้องกัน และ/หรือแก้ไข สภาพจิตใจ ร่างกาย สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ (The provision for a supportive, Protective and (or) corrective mental, physical, sociocultural and spiritual environment)

องค์ประกอบการดูแลนี้ นับเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อชีวิต สุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นการส่งเสริมการกลับฟื้นคืนสุขภาพที่ดี การป้องกันโรค หรือการดูแลในขณะเจ็บป่วย ตัวแปรบางอย่างเป็นหน้าที่ภายนอกของบุคคล ก็คือ กิจกรรมและการจัดกระทำต่อ สิ่งแวดล้อมทางร่างกายหรือทางสังคม ซึ่งพยายามจะให้การประคับประคอง ป้องกัน และให้ ความปลอดภัยต่อบุคคลอื่น ตัวแปรภายในของบุคคลนั้นก็คือ การประคับประคอง ป้องกัน และ/หรือ แก้ไขสภาพจิตใจ ร่างกาย สังคม วัฒนธรรม วิญญาณ และความเป็นปกติสุข

การพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย กลไกการจัดระเบียบทางชีววิทยาและสรีรวิทยาภายในสนับสนุนรูปแบบของแบบแผนชีวิต ของคน

ความสุขสบาย (Comfort)

เป็นกิจกรรมที่ให้ความสุขสบาย สามารถเป็นการสนับสนุนประคับประคอง ป้องกันหรือแม้แต่แก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของบุคคล การให้ความสุขสบาย ที่ไม่จำกัดหรือสงวนพลังงานของผู้ป่วยไม่สามารถส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

การให้ความสุขสบายทางกาย เช่น การจัดเตรียมห้องให้เหมาะสม เป็นต้น ความสุขที่เป็นเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดห้องใหม่ และการปิด-เปิด หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

ความสุขสบายด้านจิตใจ เช่น การฟังผู้อื่นพูดถึงความวิตกกังวลของเขา ช่วยเหลือให้ผู้อื่นมีความคาดหวัง

ความเป็นส่วนตัว (Privacy)

เป็นบริการให้คงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรี ความมั่นคงของมนุษย์ (Watson, 1985) ได้ระบุบทบาทการให้ความเป็นส่วนตัว คือ 1) คงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของบุคคล (Personal Autonomy) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของความเป็นมนุษย์ 2) ก่อให้เกิดการ ผ่อนคลายทางอารมณ์จากความเครียดในชีวิตประจำวัน 3) ช่วยให้มีโอกาสประเมินตนเอง



สำรวจตรวจสอบ ประเมิน ความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งอาจจะเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับกิจกรรมทางจิตวิญญาณ และ 4) ช่วยให้มีการจำกัดและป้องกันการติดต่อสื่อสารยินยอมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้เกิดความมั่นใจและกำหนดขอบเขตหรือระยะห่างทางสังคมในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

#### ความปลอดภัย (Safety)

ความปลอดภัย เป็นความต้องการพื้นฐานของความเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ และเป็นความต้องการที่ปรากฏขึ้นจากภัยทรมาน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในวัยเด็ก ทำให้ได้รับความพอใจในความต้องการด้านกายภาพ

#### ความสวยงาม (Beauty)

ความสวยงามและความสะอาดของสภาพแวดล้อมประกอบด้วยมาตรการให้ความสุขสบายพื้นฐาน เป็นการกำจัดภาวะเป็นพิษ และการกำหนดหรือจัดการให้ความสะอาดและสุขาภิบาล (Sanitary)

จุดประสงค์ของการให้การประดับประดา ป้องกัน และ/หรือแก้ไขสิ่งแวดล้อม คือ คุณภาพของการดูแลสุขภาพ ซึ่งความสะอาดและความสวยงามนั้นเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิดกับคุณภาพในความตั้งใจแน่วแน่ที่จะส่งเสริมระดับความมีศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตนให้สูงขึ้น

9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Assistance with the gratification of Human needs)

เป็นการแสดงออกเพื่อช่วยเหลือให้บุคคล ได้พบกับความจำเป็นที่ช่วยสนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาไปในทางที่ดี

10. การมีพลังจิตวิญญาณที่จะมาจากประสบการณ์ตรง (The allowance for existential phenomenological forces)

การออกทนต่อแรงกดดันภายนอก เป็นองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของความแยกตนเอง และการเป็นตัวตนของตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นบุคคลิก (Personal) ประสบการณ์ตรงของคนหนึ่งที่เป็นพื้นฐานของการทำความเข้าใจ

Roach (1987 cited in Tschudin, 1992 ; 3-9) เป็นนักปรัชญาชาวแคนาดาได้อธิบายคำสำคัญของการดูแลไว้ 5 ตัว คือ "5 c's of caring"

#### 1. Compassion (ความเมตตากรุณา)

การมีความระวิงระไวต่อสัมพันธภาพระหว่างกันของมนุษย์ ตอบโต้ต่อการทำงานร่วมกันตามประสบการณ์ของผู้อื่น และมีความไวต่อความรู้สึก

เป็นแนวทางการสนับสนุนชีวิตที่เป็นการรับรู้ ความสัมพันธ์ของคนคนหนึ่งตลอดจนชีวิตของบุคคลนั้น และเป็นการแสดงเฉพาะเพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่เฉพาะอย่างมีความมั่นใจและมีความเด็ดขาด

พยายามจะเป็นผู้ให้การสนับสนุน การตัดสินใจด้วยความมีอิสระต่อผู้ ความอ่อนแอ และยืนหยัดอยู่กับพวกที่กระทำผิด และไม่ใช้การตัดสินใจของตนเองแต่ต้องเติมไปด้วยเหตุผล

## 2. Competence (ความสามารถ)

การมีความรู้ มีการตัดสินใจที่ดี มีทักษะ มีพลัง มีประสบการณ์ และมีแรงกระตุ้นพอที่จะตอบโต้ความปรารถนาของคนตามความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ และปฏิบัติด้วยความเอาใจใส่

## 3. Confidence (ความไว้วางใจ)

การสนับสนุนด้วยความไว้วางใจอย่างมีสัมพันธภาพ และสื่อสารความจริงต่อกัน เพื่อให้เกิดความแน่ใจ ความไว้วางใจโดยปราศจากการบังคับ สามารถติดต่อความจริงใจโดยปราศจากการทำลาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความซื่อสัตย์และจะเป็นพื้นฐานของการร่วมมือและความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

## 4. Conscience (ความรู้สึกผิดชอบ)

การมีความระวังระไวต่อจริยธรรม การให้คุณค่าตนเองและผู้อื่นเป็นพื้นฐานพฤติกรรมทางจริยธรรมในเรื่องเหล่านี้

- เป็นความตั้งใจในการสนองตอบ โดยเจตนาอย่างมีความหมาย มีเหตุผล
- เป็นการดูแลบุคคลให้เข้ากับธรรมชาติของบุคคลนั้น ๆ
- การดูแลระดับวิชาชีพจะสะท้อนถึงความสมบูรณ์ของความรู้สึกผิดชอบ
- เป็นความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น

## 5. Commitment (ความผูกพัน)

มีการยึดเหนี่ยวระหว่างคน และงานในหน้าที่ เป็นความสามารถที่ทำให้คนซึ่งเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ในการทำงาน ปราศจากความรู้สึกในใจ และมีสัมพันธภาพ

ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการพยาบาลที่แสดงออกไปสู่ผู้รับบริการนั้นต้องประกอบด้วย “ส่วนบุคคล-ตัวพยาบาลทั้งหมด” เพราะความสำคัญของการบริการพยาบาลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมกรรมการพยาบาลนั้น ซึ่งจะต้องตระหนักไว้ตลอดเวลาว่าประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลบวกกับความรู้สึกทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการพยาบาล การดูแลจึงเรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบ “บริการของมนุษย์ต่อมนุษย์” (Human to human service) คือ ต้องมีพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความเข้าใจมนุษย์อย่างดี และกิจกรรมการรักษาทูอย่างต้องมีพฤติกรรมดูแลร่วมอยู่ด้วยเสมอ แต่พฤติกรรมการดูแลอาจแสดงออกได้โดยไม่ต้องมีการรักษา (พวงรัตน์ บุญญานุกัษ, 2536)



### 3.3 รูปแบบของการดูแล

Brown (cited in Leininger, 1981 : 60-61) ได้เสนอรูปแบบการดูแล โดยรวมเอากิจกรรมหลาย ๆ อย่างจัดเข้าไว้เป็น 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบนี้มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการดูแลในทันที เป็นความต้องการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการและเคารพสิทธิของบุคคล โดยมุ่งเวลาให้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องกระทำในหน้าที่ จึงจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์และมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล

ไม่ว่าจะให้การดูแลแบบใด ๆ แก่ผู้รับบริการ จะต้องใช้ทั้ง 2 รูปแบบนี้รวมกัน จึงสมบูรณ์ตามลักษณะของศาสตร์การดูแล

Blattner (1981, อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2538 : 53-54) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลไว้ 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลตนเอง (Intrapersonal caring) คือ ความเอาใจใส่ต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และวิญญาณ ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ นักจิตวิทยาได้อธิบายว่ากระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าของตน เชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี ทางด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองให้หายจากความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องด้วยความกล้าหาญและอดทน ผู้ที่หน้าที่ให้บริการสุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เสียก่อน จึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็น การดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลาย ประการ เช่น การสัมผัส (touch) และการให้การสนับสนุน (Support)

การใช้การสัมผัสในการดูแลนั้น มีความก้าวหน้ามากในปัจจุบัน และเกิดขึ้นแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม และเป็นที่ยอมรับมากขึ้นเป็นลำดับ ทฤษฎีพื้นฐานของการใช้ การสัมผัสเพื่อการรักษา คือ ทฤษฎีการพยาบาลของ Roger (1972 : 90) ที่อธิบาย สัมพันธภาพของบุคคลตามแนวคิดของสนามพลังงาน (Energy field) ที่สอดคล้องต้องกัน ระหว่างผู้ให้และผู้รับการรักษาส่งผลทางการรักษาจึงเกิดขึ้น

การสนับสนุนเป็นอีกแนวหนึ่งของการให้การดูแล Gardner (cited in Leininger, 1981 : 69-79) ได้อธิบายไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นกิจกรรมของการดูแลอย่างหนึ่งที่สำคัญยิ่ง และเป็นกิจกรรมเชิงวิชาชีพของพยาบาลที่ควรได้พัฒนายิ่งขึ้น การดูแลเชิงการสนับสนุนครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม อย่างไรก็ตามการสนับสนุนมีความเฉพาะและมีเป้าหมายที่แน่ชัดว่าการดูแลทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลเชิงการสนับสนุน (Supportive Nursing)

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นความช่วยเหลือเกื้อหนุนกันภายในชุมชน โดยให้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุดในเรื่องของสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ปัญหาทางสุขภาพในชุมชนควรได้รับการแก้ไขโดยชุมชนภายใต้การสนับสนุนส่งเสริมโดยหน่วยงานของรัฐและเอกชนผู้ให้บริการสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และอำนวยความสะดวก การดูแลชุมชนเป็นอีกแนวหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตมนุษย์

แนวคิดก้าวหน้าเกี่ยวกับการดูแลโดยชุมชน คือ การดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice Care) โดยมุ่งให้การดูแลทั้งบุคคลและครอบครัว โดยใช้หลักการดูแลเชิงมนุษยวิทยา นั่นคือ การให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้ใช้ชีวิตสุดท้ายกับครอบครัวและอยู่ในชุมชนของตน ทั้งนี้จะต้องได้รับการดูแลหรือเยี่ยมเยียนจากบุคคลทางสุขภาพซึ่งจะทำงานเป็นทีม (Home Health Team) ทั้งนี้ภารกิจหลัก คือ การให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน และให้ความสะดวก เพื่อให้ระบบการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่สุด แนวคิดเช่นนี้เกิดขึ้นกับการจัดให้มีการคลอดที่บ้านหรือในสถานบริการแต่จัดให้มีสิ่งแวดล้อมเหมือนที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัว และชุมชนได้มีส่วนร่วม ทั้งยังเป็น การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

รูปแบบการดูแลทั้ง 3 ดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องใช้ร่วมกันเช่นเดียวกัน เพื่อความสมบูรณ์ของศาสตร์การดูแล

### 3.4 กระบวนการดูแล

กระบวนการดูแลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้รับบริการรับรู้ความต้องการหรือความปรารถนาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการในขั้นนี้พยาบาลและผู้รับบริการจะทำความเข้าใจร่วมกันถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน



ขั้นตอนที่ 3 การสนองตอบต่อความต้องการเป็นการปฏิบัติการดูแลที่ผู้รับบริการบอกได้อย่างชัดเจนว่าตนได้รับการดูแลแล้ว

ขั้นตอนที่ 4 การรับรู้ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ แสดงถึงการดูแลได้ปฏิบัติแล้ว ด้วยความพอใจของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเท่ากับเป็นการประเมินการดูแลนั่นเอง

ความสำคัญของกระบวนการดูแลอยู่ที่การแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมความเป็นบุคคลของคน (Expressive activities) ไม่เพียงแต่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองการรักษายาบาลเท่านั้น (Instrumental activities)

การดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติและต้องดำเนินไปพร้อมกับวิชาชีพพยาบาลการดูแลที่พยาบาลจะให้ต้องสอดคล้องไปกับการรักษา คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การให้กำลังใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความรู้ ความเข้าใจในเทคนิคปฏิบัติ การร่วมมือกับครอบครัว ให้เขาได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539 : 4) และการดูแลจะผสมผสานไปกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนชุมชน เมื่อการดูแลที่จะให้กับผู้ป่วยด้วยการปฏิบัติการดูแลด้วยความมั่นคง จริงใจแล้ว จำเป็นต้องศึกษาให้รู้ก่อนการดูแลทุกครั้งว่าใครจะเป็นผู้ดูแล มีความแข็งแรงและอ่อนแอแค่ไหนมีความต้องการอะไร จะสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างไร ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องรู้จักตัวเอง ในฐานะที่จะร่วมบทบาทผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือต่อญาติหรือครอบครัว ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้พวกเขาทั้งหลายมีความสามารถที่จะปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร และเป็นภาระที่ประกอบไปด้วยทั้งศาสตร์และศิลป์คือ ต้องรู้ ต้องเรียน ต้องฝึก และต้องทำด้วยพลังใจที่สะอาดบริสุทธิ์ เพราะการได้รับการดูแลในระหว่างเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดกำลังใจ อบอุ่นใจ และมีพลังใจในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป การดูแลจึงถือว่าเป็นหัวใจ เป็นแก่นหรือสาระของการพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538 : 44 ; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539 : 16 ; Leininger, 1981 : 2) อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจและเป็นการรับรู้ถึงคุณภาพการบริการพยาบาล

#### 4. แนวคิดการนำทฤษฎีการดูแลมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทที่บ้าน

โรกระบบประสาท เป็นภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ภาวะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรกระบบประสาทก็ยังคงใช้ระยะเวลาในการดูแลจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนี้จะต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความต้องการนั้นจะเป็นความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจได้ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537 : 34) สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น ย่อมมีผลกระทบต่องานอดิเรก การดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลามากอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และจะต้องทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา ทำให้ผู้ให้การดูแลในครอบครัวรับภาระหนัก เกิดภาวะเครียดในบทบาทได้ ดังนั้นจึงควรมีการช่วยเหลือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งในด้านกำลังใจและแรงจูงใจ เพราะแรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก และให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การวิจัยของ นภาพร แก้วกรรม (2533) ได้สนับสนุนให้เรื่องแรงจูงใจอย่างมาก โดยศึกษาผลการจูงใจของญาติต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 ราย เท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการจูงใจจากผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นของญาติในกลุ่มที่ได้รับการจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) และ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น ควรได้รับการจูงใจเพื่อให้มีเจตคติที่ดี และลดความเบื่อหน่ายในการดูแล พร้อมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แก่ผู้ให้การดูแลอย่างถูกต้องเพียงพอ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535 : 20) แต่ถ้าผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแล ไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ การปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย

เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลับบ้าน จึงควรมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรอบรู้ มีอิสระทางความคิด มีวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจให้บริการ มีความรับผิดชอบ และจะต้องใช้ความอดทน ใช้ความรู้ เทคนิค และวิธีการต่าง ๆ เพื่ออบรม ผู้ดูแลให้บังเกิดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างดี เพราะผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของผู้ร่วมทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ วิชาชีพพยาบาลนั้นเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับ



บริการ ซึ่งเป็นมนุษย์ที่มีความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การปฏิบัติภารกิจจึงไม่สามารถกระทำในเชิงลงมือ-ถูก ใจ แต่จะต้องพิจารณาอย่างถ่องแท้ มีเหตุผลที่แน่นอนว่าการกระทำนั้นจะเกิดผลดีจึงจะปฏิบัติได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องพยายามตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการสร้างความสุขสบาย สร้างความพอใจต่อบริการที่ได้รับบริการ พยาบาลจึงต้องเป็นไปอย่างผสมผสาน (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ, 2538 : 33) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล-ผู้ป่วย-ครอบครัว-ชุมชน พยาบาลเป็นผู้ที่จะต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกคน ซึ่งมีวิถีชีวิตทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกันไป พยาบาลจึงมีโอกาสที่จะให้บริการการพยาบาลแก่คนต่างวัฒนธรรมตลอดเวลา ย่อมจะทำให้เกิดปัญหาในการพยาบาล เพราะวัฒนธรรมของคนมักมีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพความเจ็บป่วยและความรู้สึกต้องการกระทำในการดูแลสุขภาพ (Fry, 1994 : 57) พยาบาลจึงควรคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย อันเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับภาวะโลกปัจจุบัน จึงต้องตระหนักไว้ตลอดเวลาว่าการประกอบกิจกรรมพยาบาลต้องบวกความรู้สึกทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการพยาบาล ซึ่ง Morse and Others (1991 : 120) ได้อธิบายไว้ว่าการดูแลที่เป็นการกระทำต่อกันระหว่างบุคคลจะเป็นความพยายามซึ่งกันและกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะมีการติดต่อสื่อสารไว้วางใจ เคารพ และมอบหมายต่อกันและกัน ถึงแม้จะมีความแตกต่างวัฒนธรรมกัน และในการดูแลนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลแสดงออกซึ่งความสงสาร เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย จะก่อให้เกิดคุณภาพของการบริการพยาบาลที่ดีและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในแต่ละคน และในสังคมไทยของเรานั้น พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ (2537 : 2-3) ได้กล่าวถึงการดูแลที่คนไทยแสดงหรือมีต่อกันคือ ความรักคือการเสียสละ ไม่หวังสิ่งตอบแทน, เต็มใจ ยอมเสียเวลา เสียเวลา, ไม่เห็นแก่ตัว เห็นแก่คนอื่น, ให้หมดตัว หมดใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา, เพื่อนแท้ มิตรแท้ยามยาก ช่วยเหลือ ยืมสู้ กระตุน ชมเชย และโอภาปราศรัย อยู่ด้วย รั้ง และ Leininger (1981) ยังได้กล่าวว่าการดูแลเป็นหัวใจของพยาบาล เป็นองค์ประกอบที่ต้องมีอยู่กับการพยาบาล เป็นจุดรวมและเป็นลักษณะเด่นของการพยาบาลเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ Boyle (cited in Leininger, 1981 : 40) ที่ได้กล่าวว่า โครงสร้างสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของพยาบาล คือ การดูแลจะเน้นสิ่งที่เป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาลได้ชัดเจน และเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท จึงจำเป็นที่ครอบครัว/ผู้ดูแล/พยาบาล จะต้องให้ทั้งความเมตตา กรุณา ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ซึ่งเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม เพื่อจะมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทั้งระดับการสัมผัสจิตใจระหว่างผู้ให้และผู้รับการดูแล เพื่อปกป้อง เคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การพยาบาลที่ให้นั้นจึงควรเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยได้รับการดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เป็นการดูแลบุคคล ทั้งคน (Holistic Care) จึงได้นำทฤษฎีการดูแลเข้ามาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท เพื่อให้ได้รับการดูแลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

## 5. การดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท

### 5.1 ด้านร่างกาย

5.1.1 ด้านการหายใจ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีอัมพาตของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจจะไม่สามารถไอ หรือบ้วนสิ่งขับหลังที่คั่งค้างในปากได้ เป็นเหตุให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ เนื้อปอดจะแฟบลงเป็นผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่เป็นปกติ ทำให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หัวใจจึงต้องสูบฉีดโลหิตไปที่สมองมากขึ้น เพื่อนำออกซิเจนไปเพิ่มให้กับเนื้อเยื่อของสมองจึงทำให้ Hydrostatic pressure ในหลอดเลือดของสมองสูงขึ้น มีผลทำให้สารเหลว (Serous fluid) ซึมผ่านผนังหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อของสมองทำให้สมองบวม (Cerebral edema) จะทำให้ความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น (Increased Intracranial Pressure) ซึ่งจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยมากขึ้น ฉะนั้นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านการหายใจ จึงต้องให้การพยาบาลคือ

- ทำนอนของผู้ป่วย ให้นอนในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Semiprone) หรือ ให้นอนหงายราบตะแคงศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันลิ้นตก และให้สิ่งขับหลัง (Secretion) ไหลสะดวก

- ทำทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจโดยการดูดเสมหะ และไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะที่มีแรงดูดมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดโลหิตออกได้ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว (Coma) อาจต้องใส่ท่ออย่างเข้าไปในหลอดลมเพื่อสะดวกในการดูดเสมหะ

- ให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ (Respirator) เมื่อภาวะหายใจล้มเหลว เช่น หายใจแบบ Cheyne Strokes หรือหายใจลำบาก (Dyspnea) มีอาการเขียว เป็นต้น

5.1.2 การสังเกตและบันทึกรายงาน จะต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอ จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะปลอดภัย สิ่งที่พยาบาลควรสังเกตและบันทึกมีดังนี้

#### Vital Signs

- อุณหภูมิ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวควรวัดปรอททุก 2-4 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยทางระบบประสาทที่มีการทำลายของศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองหรือมีการติดเชื้อของสมอง มักจะทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ซึ่งอาจช่วยเหลือโดยการเช็ดตัวหรือให้ยาลดไข้



- ชีพจร ตรวจชีพจรตามอาการของผู้ป่วยอาจทุก 15-30 นาที ทุก 1-2 หรือ 4 ชั่วโมงจนกว่าปกติ โดยต้องสังเกตจังหวะและอัตราการเต้นของชีพจรด้วยทุกครั้ง ในรายที่มีความดันในสมองเพิ่มหรือมีภยันตรายของศีรษะชีพจรมักจะช้า แต่ยังเด่นแรงดี ชีพจรอาจช้า 50-60 ครั้งต่อนาที ซึ่งเป็นช่วงที่อันตรายต้องรีบรายงาน

- หายใจ ควรบันทึกไว้ด้วยเช่นกัน ในรายที่มีความดันในสมองเพิ่มการหายใจจะช้าอาจช้ากว่า 12 ครั้งต่อนาที จะหายใจลึกและดัง (Deep and Stertorous) ต่อไป อาจหายใจแบบ Cheyne-strokes respiration ต่อมาจะหายใจแบบ Air hunger และหยุดหายใจในที่สุด

- ความดันโลหิต วัดตามสภาพของผู้ป่วยอาจทุก 1/2 ชั่วโมง ในรายที่มีความดันในสมองเพิ่ม ความดันชีพจร (Pulse pressure) จะกว้าง ในผู้ป่วยที่มีภยันตรายของหลอดเลือดของสมอง เช่น C.V.A. ระยะที่เริ่มเป็นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ หรือถ้าความดัน Systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยอาจจะช็อค ฉะนั้นการจดบันทึกที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการที่ช่วยแพทย์วินิจฉัยและรักษาโรคได้ถูกต้อง

#### อาการทางระบบประสาท (Neurological signs)

- ระดับความรู้สึก ต้องดูว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกอยู่ในระดับใด สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นอย่างไรหรือไม่ การที่เราจะทราบถึงระดับความรู้สึกของผู้ป่วย จะช่วยในการวางแผนให้การพยาบาลได้ถูกต้อง การสังเกตระดับความรู้สึกนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใน 24-48 ชั่วโมงแรกต้องปลุกผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

- ม่านตา จะต้องสังเกตและบันทึกลักษณะของรูม่านตาว่าขยายมากน้อยเพียงใด มีปฏิกิริยาต่อแสงหรือไม่ ถ้าไม่มีแสดงว่ามีความดันไปกดที่ประสาทสมองคู่ที่ 3 ที่ทอดไปยังม่านตา ม่านตาทั้งสองข้างขยายเท่ากันหรือไม่ (ปกติมีขนาด 2-3 มิลลิเมตร) เช่น ในผู้ป่วยที่มีการคกดเคลื่อนออกชั้น Dura mater พบว่ารูม่านตาของตาข้างที่สมองได้รับอันตรายจะมีขนาดเล็กกว่าปกติ เนื่องจากประสาทสมองคู่ที่ 3 ถูกกด แต่ถ้าถูกกดมากจนเกิดอัมพาต (Paralysis) จะพบว่าม่านตาขยายใหญ่กว่าปกติมาก

- การเคลื่อนไหวของแขนขา ตรวจดูการเคลื่อนไหวของแขนขาว่าที่ส่วนไหนมีมากน้อยเพียงใดมีการอ่อนกำลังหรือไม่ (Weakness) ถ้ามีอาการอ่อนกำลังของขาซีกใดซีกหนึ่งจะชี้บ่งว่ามีโลหิตออกภายในสมองด้านตรงข้าม ถ้าขาดความสังเกตและไม่ได้ช่วยเหลือก็จะเกิดอาการชาและอัมพาตตามมา คุณลักษณะของลำตัว ศีรษะว่ามีคอแข็งหลังแอ่นหรือไม่ เพราะเป็นอาการสำคัญอันหนึ่งของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

- อาการเกร็งและชัก โดยสังเกตว่าเกิดขึ้นที่ส่วนใดของร่างกาย ระยะเวลาของการชักแต่ละครั้ง ระยะห่างของการชักแต่ละครั้ง จะต้องบันทึกรายงานและระวังป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นระหว่างชัก

- อาเจียนเป็นอาการที่เกิดจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนในสมองผิดปกติ พยาบาลจะต้องสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับจำนวนของอาเจียนที่ออกมา ชนิดของอาเจียนว่าเป็นน้ำ เลือด หรือเศษอาหาร ลักษณะพุ่งหรือรวมคา ระยะของการอาเจียนบ่อย ท่าง เพียงใด เวลาอาเจียนต้องออกแรงมากหรือน้อยเพียงใด การบันทึกอย่างถูกต้องจะช่วยแพทย์ในการวางแผนให้การรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้น้ำหรือสารทางเดินโลหิตดำ เพื่อทดแทนน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่สูญเสียไปกับอาเจียนนั้น อาการอาเจียนเป็นอาการอย่างหนึ่งของภาวะความดันในสมองเพิ่มระยะแรก ถ้าเป็นมากขึ้นจะไม่มีอาการนี้

- ปวดศีรษะ เกิดได้จากหลาย ๆ สาเหตุ เช่น มีอาการอักเสบของสมอง ทำให้เส้นโลหิตสมองขยายตัวหรือสมองมีความดันสูง ผู้ป่วยจะปวดศีรษะอย่างรุนแรง พยาบาลช่วยโดยจัดให้ออนศีรษะสูง 15-30 องศา (Phipps and Others, 1995 : 1951) เพื่อลดการคั่งของโลหิตในสมอง หรือวางกระเป๋าน้ำแข็งหรือผ้าเย็นที่ศีรษะ จะช่วยให้เส้นโลหิตหดตัวลดการคั่งของโลหิตได้ ถ้าปวดมากอาจต้องให้ยาตามแผนการรักษา

5.1.3 อาหาร น้ำและความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการกลืนหรือในรายไม่รู้สึกรับรส มักจะเกิดปัญหาเรื่องอาหารและความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ฉะนั้นการพยาบาลในเรื่องนี้จึงมีหลักว่าต้องให้อาหารน้ำในจำนวนเพียงพอ มีคุณค่าได้สัดส่วนโดยให้อาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง พร้อมทั้งอุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาหารที่ให้ต้องสะอาดเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ในระยะ 2-3 วันแรก ที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรส แพทย์จะให้อาหารและน้ำทางหลอดโลหิตดำ ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงเทคนิคในการให้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการอักเสบ การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia) อัตราในการหยดต้องไม่เร็วจนเกินไป ปกติไม่ควรเกิน 60 หยด/นาที ระวังการเกิดการอักเสบของหลอดโลหิตดำ (Thrombophlebitis) เนื่องจากการให้สารเหลวนานเกินไป จะมีอาการปวด บวม แดง ช่วยได้โดยการวางกระเป๋าน้ำร้อน หรือทายาตามการรักษา

ถ้าผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวแต่อาจจะกลืนลำบาก มักจะต้องให้อาหารทางสายยาง (Gavage feeding) ประมาณ 2000-2500 แคลอรีต่อวัน เมื่อผสมแล้วได้ 2000-2500 ซี.ซี. ระยะแรกให้มีอัตรา 100-150 ซี.ซี. ต่อไปจึงเพิ่มขึ้นเป็น 400-500 ซี.ซี. ต่อมื้อ จะให้มีอัตราเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับความจุและหน้าที่ของกระเพาะอาหารว่าปกติหรือไม่ สายยางที่ให้ควรเปลี่ยนทุก 5-7 วัน (Phipps and Others, 1995 : 1939) และต้องให้น้ำหลังให้อาหารทุกครั้ง ในรายที่ท้องผูกอาจให้น้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มประมาณ 30-90 ซี.ซี. ทุกเช้า

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถกลืนได้ จึงเริ่มให้อาหารทางปาก ก่อนให้ต้องทดสอบดูให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยสามารถกลืนได้จริง โดยให้อาหารเหลวครั้งละน้อย ๆ เป็นระยะ ๆ แล้วค่อยเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนกระทั่งสามารถเลิกลูกให้ทางสายยางได้ ต่อไปจึงให้



อาหารอ่อน ถ้าผู้ป่วยมีอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งควรให้นอนตะแคงด้านอัมพาตอยู่ข้างบน เพื่อด้านล่างที่ดีจะได้ช่วยพยุงอาหารไว้ในปาก และช่วยในการเคี้ยว กลืน ป้องกันสำลัก

5.1.4 ด้านความสะอาดของร่างกายทั่ว ๆ ไป ปัญหาด้านความสะอาดของร่างกายมีมากในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวและเป็นอัมพาต เช่น อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตครึ่งท่อน และมีปัญหามากที่สุดคือ อัมพาตของแขนขาทั้งสอง ซึ่งปัญหาเรื่องความสะอาดของร่างกายนี้จะเป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย ฉะนั้นจะต้องให้การดูแลดังต่อไปนี้

ผิวหนัง จะต้องสะอาดและแห้งอยู่เสมอ โดยเช็ดตัวด้วยน้ำและสบู่ บริเวณที่กดทับข้อปุ่มกระดูกควรนวดด้วยแอลกอฮอล์ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต แอลกอฮอล์จะทำปฏิกิริยากับผิวหนังทำให้ผิวหนังแข็งขึ้น ช่วยป้องกันกระตุ้นการเกิดแผลกดทับ ถ้าผิวหนังแห้งแตกควรทาด้วยน้ำมันมะกอกหรือครีมทาผิว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น และหลังถ่ายอุจจาระปัสสาวะทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยหญิง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่นอนต้องสะอาด แห้ง เรียบ ตึง และพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อ ป้องกันแผลกดทับ และปอดอักเสบ จากการนอนนาน ๆ (Hypostatic pneumonia)

ตา ผู้ป่วยที่มีอัมพาตของหน้าจะไม่สามารถหลับตาได้ ไม่มีปฏิกิริยากระพริบตา (Corneal reflex) เนื่องจากประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor nerve) ถูกกด ผู้ดูแลจะเข้าตา ตาจะแห้งทำให้เกิดแผลของตาได้ง่าย ควรล้างตาด้วยน้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อ และหล่อลื่นโดยการหยอดยาหรือป้ายตาด้วยขี้ผึ้งป้ายตาตามการรักษา และอาจต้องปิดตาด้วยก๊อบปราศจากเชื้อหรือใช้ที่ครอบตา (Eye shield)

จมูก เช็ดทำความสะอาดจมูกเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ในรายที่มีกะโหลกศีรษะแตกอาจมีโลหิต หรือน้ำไขสันหลังไหลออกมา หลังทำความสะอาดให้ปิดผ้ากอสบาง ๆ ไว้ เพื่อสังเกตความผิดปกติและรายงานทันทีที่มีน้ำไขสันหลังไหลออกมา เพราะเป็นอาการรุนแรงที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

ปาก ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวมักหายใจทางปากทำให้ปากแห้ง แดก และสกปรก เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ง่าย จะต้องทำความสะอาดปากด้วยการใช้สำลีพันปลายไม้ ชุบน้ำยาบ้วนปาก เช็ดปาก พันให้สะอาด ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวควรแปรงฟันวันละ 3 ครั้ง เพื่อให้ปากสะอาดและชุ่มชื้น ริมฝีปากแห้งควรทาด้วย Glycerine borax ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอมต้องถอดออกแช่น้ำไว้ในภาชนะที่สะอาด เพื่อป้องกันฟันหลุดไปอุดตันทางเดินหายใจ

หู ผู้ป่วยที่มีภยันตรายของศีรษะอาจมีโลหิตหรือน้ำไขสันหลังออกจากช่องหู จะต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด ควรปิดผ้ากอสบางๆ ไว้ที่หูด้านนอกหลังทำความสะอาดเพื่อป้องกันการไหลเปราะเปื้อน

ผม ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ไม่ได้สระผมทำให้ผมและหนังศีรษะสกปรก เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ฉะนั้นถ้าไม่มีข้อห้ามควรสระผมทุก 7 วัน เช็ดให้แห้ง ทวีให้เรียบร้อย ถ้าผมยาวให้ถักเปียเพื่อความสบายของผู้ป่วยและป้องกันการเป็นเหา ฝิ เป็นต้น

5.1.5 การขับถ่าย ผู้ป่วยทางระบบประสาทส่วนมากจะมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไขสันหลังได้รับภยันตราย (Spinal cord injury) ทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณส่วนล่างของร่างกาย กระเพาะปัสสาวะและทวารหนักจะถูกกระทบกระเทือน ทำให้ผู้ป่วยกั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรัง นอนอยู่บนเตียงนาน ๆ โดยไม่ได้ออกกำลังกาย และในรายที่มีอัมพาตของกล้ามเนื้อลำไส้ไม่มีแรงบีบตัว ทำให้ท้องผูก ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดหรือท้องผูก อาจสวนออกหรือให้ยาระบาย เช่น Dulcolax ถ้ามีก้อนแข็งควรสวมถุงมือล้างออก (Phipps and Others, 1995 : 1939) ให้สังเกตอาการท้องอืดถ้าไม่มีข้อห้ามเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยบ้าง ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถให้ความร่วมมือได้ ควรฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้ผู้ป่วยใหม่ โดยคงให้ยาระบายเล็กการสวนล้างลำไส้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละประมาณ 2500-3000 ซี.ซี. กระตุ้นให้รับประทานผัก ผลไม้มาก ๆ แนะนำให้ถ่ายเป็นเวลา ถ้าผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ได้ให้ฝึกโดยกระตุ้นที่ปากทวารหนัก โดยสวมถุงมือทาน้ำมันหล่อลื่นที่ปลายนิ้วและปาดไปรอบทวารหนักต่อไปให้ผู้ป่วยทำเองโดยล้างมือให้สะอาดใช้นิ้วมือที่หล่อลื่นด้วยน้ำมันหล่อลื่นหรือใช้สบู่ทาปลายนิ้วก็ได้ ทำเช่นเดียวกับที่ทำให้ดู ทางที่ดีควรฝึกการขับถ่ายในห้องน้ำถ้าทำได้ ไม่ควรฝึกการขับถ่ายโดยใช้หมอนอน เพราะจะไม่ค่อยได้ผล ต้องอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจโดยละเอียด

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ มักจะต้องใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ (Retained urethral catheter) เป็นเวลานาน ๆ อาจมีการติดเชื้อ เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) ได้ง่าย ฉะนั้นการดูแลและระวังรักษาเรื่องความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์และเทคนิคต่าง ๆ ในการสวนปัสสาวะ จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และการติดเชื้อในผู้ป่วยหญิงที่ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ให้ครึ่งสายยาวไว้ที่หน้าขาข้างใน ส่วนผู้ชายควรติดไว้ที่หน้าท้องตอนล่าง เพื่อป้องกันแรงกดของสายสวนปัสสาวะ ที่มีต่อรอยต่อขององคชาติกับลูกอัมชะ (Penosacrotal junction) ซึ่งเมื่อทิ้งไว้นานจะทำให้เกิดเนื้อตาย และรุนแรงลุกรังฝีเย็บส่วนนั้นได้ และควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 7-10 วัน (Phipps and Others, 1995 : 1940) ผู้ป่วยที่กั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจต้องสวนล้างปัสสาวะเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นรีเฟล็กซ์ของกระเพาะให้เป็นไปตามปกติ และควรฝึกการขับถ่ายปัสสาวะให้



ผู้ป่วยใหม่ โดยเปิดที่หนีบสายสวนทุก 2-4 ชั่วโมงในผู้ป่วยชายที่ใส่ถุงยาง ควรจะถอดออก และทำความสะอาด Penis ด้วยน้ำสบู่ทุกวัน (Phipps and Others, 1995 : 1940)

5.1.6 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่ายที่พบเสมอ ๆ คือ

5.1.6.1 ความพิการต่าง ๆ (Deformity) ความพิการต่าง ๆ อาจเกิดขึ้นได้ ในรายที่มีความผิดปกติ ทำให้มีอัมพาตของแขนขา การนอนท่าเดียว นาน ๆ และไม่ได้ ออกกำลังกายจะมีความพิการได้ดังนี้ 1) การหดรั้ง (Contracture) เกิดจากการที่เอ็น ผังผืด กล้ามเนื้อหดตัว จะทำให้เกิดความพิการได้ 2 ชนิด คือ Decorticated spasm ทำนอนของผู้ป่วยจะงอตามข้อต่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายเป็นความพิการที่สืบเนื่องมาจาก คอร์เท็กซ์ของสมองถูกทำลาย และ Decerebrated spasm ทำนอนของผู้ป่วยจะแข็งตรงเป็นความพิการที่สืบเนื่องมาจากสมองใหญ่ถูกทำลาย 2) ข้อติดและแข็ง (Ankylosis) คือ ข้อต่อกระดูกและกระดูกที่โยงเชื่อมกันยึดงอไม่ได้ ความพิการเหล่านี้เกิดขึ้นที่บริเวณต่าง ๆ คือ หัวไหล่ จะงอหุบเข้าหาลำตัว (Flex adduction) และหมุนเข้าข้าง ปล่อยให้ทิ้งไว้จะเกิด Shoulder Hand Syndrome จากการที่หัวไหล่หดติดเข้ามาทำให้ไหล่ติดไหลจากแขนไปสู่มือไม่สะดวก มือจะบวมเน่า ต้องตัดทิ้ง, ข้อศอก ข้อมือ จะงอเข้า, ตะโพก จะงอและแบะออก, หัวเข่าจะงอ และข้อเท้า จะซีดลงและบิดเข้าข้างใน

เพื่อป้องกันความพิการต่าง ๆ ดังกล่าว พยายามต้องให้การดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอและเป็นการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องโดยการช่วยออกกำลังกายให้ (Passive exercise) เมื่ออาการดีขึ้นควรให้ออกกำลังกายอยู่เสมอ โดยให้ออกกำลังกายเอง (Active exercise) ออบน้ำ เดิน นอกจากนั้นควรให้กายภาพบำบัด เช่น นวดหรือใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น เป็นต้น นอกจากนี้จะเป็นการป้องกันการแข็งเกร็งของข้อต่อแล้วยังช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงอีกด้วย

นอกจากนี้การจัดทำนอนที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยป้องกันความพิการต่าง ๆ ได้ ทำนอนที่พยายามจัดให้แก่ผู้ป่วย คือ

- ทำนอนตะแคง ใช้หมอนเล็กรองศีรษะผู้ป่วยประมาณ  $10^{\circ}$  แขนไหล่ งอเล็กน้อย แขนบนใช้หมอนรอง แขนล่างวางราบกับเตียงขนานกับศีรษะ ขาด้านบนงอกับมุมกับสะโพก รองหัวเข่าถึงขาด้วยหมอน ผ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง รองด้วยหมอนหรือถุงทรายเพื่อป้องกันปลายเท้าตก

- ทำนอนหงาย ทำนี้ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว นอกจากขณะที่ให้การรักษาพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย หัวไหล่และแขนกางออก แขนอาจวางพาดไว้ข้างบน ขนานกับศีรษะหรืออาจงอข้อศอกวางไว้ข้างล่าง ใช้หมอนรองหรือจะเหยียดแขนตรง ๆ ก็ได้

- มือ ใช้ผ้าม้วนกำไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้มือกำหัก

- ขา เที้ยยตรง หรือองเล็กน้อย มีหมอนเล็กรองใต้เข่า ใช้ผ้าห่ม ม้วนตามยาว หรือใช้หมอนข้างรองไว้ข้างนอกของขา เพื่อไม่ให้ขาแบะออก ให้ฝ่าเท้าทั้งสอง ข้างขนานกับที่ยันเท้า (Foot board) จัดวางที่ยันเท้า (Board) ให้ห่างจากที่นอน ประมาณ 4 นิ้ว เพื่อป้องกันไม่ให้ส้นเท้ากดทับที่นอน

5.1.6.2 แผลกดทับ เกิดขึ้นได้ง่ายจากการนอนท่าเดียนาน ๆ การไหลเวียนของ โลหิตไม่ดี ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ผิวหนังสกปรกเนื่องจากกลิ่นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ บริเวณที่เกิดแผลกดทับได้ง่ายคือบริเวณปุ่มยื่นต่าง ๆ ของกระดูก เช่น ที่ก้นกบ กระดูก เเชิงกราน ส้นเท้า ข้อศอก หัวไหล่ เป็นต้น

5.1.6.3 เส้นโลหิตมีลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) เกิดจากการนอนท่าเดียนาน ๆ โลหิตไหลเวียนไม่ดี เกิดการค้างของโลหิตดำ (Venous stasis) เกิดลิ่ม โลหิตไปอุดตันตามหลอดเลือดต่าง ๆ ได้ง่าย

5.1.6.4 เกิดการติดเชื้อในระยะหลัง (Secondary infection) ที่พบเสมอๆ ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract infection) เช่น ปอดบวม จากการสำลักเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในปอด (Aspirated pneumonia) เช่น เศษอาหาร เสมหะ น้ำลาย เป็นต้น หรือเกิดปอดบวมจากการนอนเดียนาน ๆ (Hypostatic pneumonia) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) โดยเฉพาะในรายที่กั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือมีปัสสาวะต้องใส่สายสวนปัสสาวะค้าง ไว้นาน ๆ ทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบและเกิดนิ่วได้ง่ายจากการตกตะกอนของ ปัสสาวะ และการติดเชื้อทางบาดแผล (Wound infection) เช่น ในรายที่มีบาดแผลจาก ศีรษะหรือไขสันหลังได้รับกายนคราย ถ้าไม่ระมัดระวังรักษาแผลให้สะอาดเกิดการติดเชื้อ ได้ ง่าย ฉะนั้นเวลาทำแผลต้องปฏิบัติตามเทคนิคโดยเคร่งครัด

5.1.6.5 อุบัติเหตุ (Accident) เกิดขึ้นได้ง่ายถ้าขาดความระมัดระวังเนื่องจากการรับความรู้สึกของผู้ป่วยเสียไป เช่น การไต่ยืน การวิ่ง การเหิน การ สัมผัส ในรายที่มองไม่เห็นอาจตกเตียง รายที่ไม่รู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัสความร้อน ความเย็น การให้กระเป๋าน้ำร้อนที่เดียนาน ๆ อาจไหม้พอง (Burn) ได้

พยาบาลจะช่วยป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ดังนี้ คือ ใน รายที่ผู้ป่วยมองไม่เห็นหรือไม่รู้สึกตัวให้ได้ไม้กั้นเตียงไว้ระวางการวางกระเป๋าน้ำร้อนใน ผู้ป่วยที่สูญเสียความรู้สึกทางด้านสัมผัสหรือผู้สูงอายุ

5.2 ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทจะมีปัญหาทางจิตใจมาก เพราะ ต้องนอนเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ หดหวัง หดความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) จะเสียไป ไม่สนใจตนเอง การพยาบาลจะเป็นปัญหามากและเป็นสิ่งสำคัญเทียบเท่าทางด้านร่างกาย



เพราะร่างกายที่แข็งแรงจะต้องมีจิตใจเข้มแข็งควบคู่กันไปด้วย พยายามจึงต้องคำนึงถึงปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

5.2.1 เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยที่นอนป่วยนาน ๆ ย่อมจะมีจิตใจว่าวุ่นเกิดความกังวลว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นจะหายคืนสู่สภาพเดิมได้หรือไม่ หรืออาการจะเลวลงยิ่งกว่าเดิม กลัวถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย บางรายมีปัญหาทางเพศเพราะต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว ความวิตกกังวลเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ พักผ่อนได้น้อย การรักษาพยาบาลจะได้ผลไม่เต็มที่

5.2.2 ทางด้านครอบครัว เมื่อคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ บุคคลที่เกี่ยวข้องย่อมต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เริ่มจากการที่ต้องมีผู้รับภาระที่ผู้ป่วยทำและทำแทนเท่าที่จะสามารถทำได้ ต้องเสียเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้นเสียเงินในการรักษาพยาบาล และวิตกกังวลในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีฐานะไม่มั่นคง จะยิ่งทำให้เกิดความระส่ำระสายแก่บุคคลในครอบครัวมากขึ้น

5.2.3 ทางด้านสังคม การงานหรือหน้าที่ที่เคยทำในสังคมก็จำเป็นต้องหยุดชะงักไปเพราะสุขภาพร่างกายไม่อำนวย อาชีพที่เคยทำอยู่เป็นประจำต้องหยุดไป ผู้ที่มีนิสัยชอบทำงานติดต่อกับบุคคลอื่นเสมอเมื่อต้องมานอนป่วยย่อมจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หงุดหงิด ฟุ้งซ่าน เกิดความท้อแท้มากยิ่งขึ้น

การพยาบาลด้านจิตใจเป็นงานสำคัญที่พยาบาลจะต้องลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ด้วยการยอมรับผู้ป่วย สังเกตกริยาท่าทาง การแสดงออกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการวิตกกังวล ค้นหาเหตุจากตัวผู้ป่วย อาชีพ ความเป็นอยู่ ความรับผิดชอบทั้งจากประวัติ ญาติ เพื่อนฝูง และผู้เกี่ยวข้องด้านอื่น ๆ ในการหาทางแก้ไข ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้ ชี้แจง และแนะนำที่ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติที่สุด ดังนั้นก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าทำอะไร ผลเป็นอย่างไร ถ้าผู้ป่วยวิตกกังวลมาก จะต้องให้การเอาใจใส่สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและมั่นใจในการรักษาพยาบาล พยาบาลจะต้องปรับการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความเคยชิน และความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ป่วย การพยาบาลเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจคลายความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี

### 5.3 การฟื้นฟูสุขภาพ

การปฏิบัติดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรกระบบประสาทหรือผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการป้องกันและแก้ไขความผิดปกติที่หลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งระบบประสาท เป็นการ

พยายามเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและสามารถสอนให้ญาติและผู้ป่วยนำมาปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองต่อไปเมื่อกลับบ้านตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้ (มยุรี แก้วจันทร์, 2531 : 80-82)

5.3.1 ช่วยให้ผู้ป่วยที่รู้สึกปรับคืนสู่สภาพที่รับรู้ กาลเวลา บุคคล และสถานที่ ได้ถูกต้อง เร็วที่สุด และมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยแนะนำให้รู้จักบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมและสภาพของตัวผู้ป่วยเอง ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลต้องถือโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพ ขวนพุดคุยเป็นกันเอง สัมผัสผู้ป่วยด้วยความเมตตา จัดสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยได้รับความเคลื่อนไหวในสังคมปกติ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ มีนาฬิกา

5.3.2 รายที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนที่ควบคุมการรับรู้ภาษา (Receptive aphasia) และด้านการใช้หรือแสดงออกถึงภาษาติดต่อกับผู้อื่น (Expressive aphasia) ต้องประเมินด้วยการทดสอบการรับรู้โดยการสื่อสารง่ายๆ สั้น ๆ ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูดอย่างชัดเจน ลองให้ทำตามคำสั่ง ตอบคำถามในเรื่องง่ายๆ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ กระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยมและพุดคุยกับผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการติดต่อที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ใช้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

5.3.3 ช่วยพัฒนาการปรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้กลับสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมให้มากที่สุด โดยรับฟังและยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกไป จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ควรเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม โดยไม่ต้องว่าหรือแสดงการยอมรับ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และอารมณ์ไม่คงที่

5.3.4 ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับปัญหาความพิการของผู้ป่วยเองได้ โดยแสดงท่าทีการยอมรับสภาพผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสามารถ กำลังและศักยภาพของผู้ป่วยที่เสียไป และที่ยังคงอยู่สามารถที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนที่เหลืออยู่ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความรู้สึกต่อสภาพของผู้ป่วยว่ามีความรู้สึกอย่างไร มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างไร และจะวางแผนอนาคตอย่างไรบ้าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจด้วยตัวเองในการที่จะหาทางช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด



## 6. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การบาดเจ็บของสมองอย่างรุนแรงหรือการเกิดพยาธิสภาพของโรกระบบประสาทจากสาเหตุอื่น อาจจะทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่เสมอ ทั้งทางด้านสติปัญญา ความคิดและด้านร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใด ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมไปไม่มากก็น้อย และมีผลทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเฉียบพลันกลับกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง Phipps and others (1995 : 189) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดอาการของโรค ซึ่งทำให้ระยะเวลาที่แสดงอาการยาวนานออกไป แม้ว่าในช่วงระยะนั้นอาการของผู้ป่วยดีขึ้นเพียงบางส่วน ได้กำหนดเงื่อนไขความเจ็บป่วยเรื้อรังคือ โรคที่แสดงอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนหรือมากกว่านั้น และกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต้องรวมทั้งโรคหัวใจ เบาหวาน และโรคอื่น ๆ) จะต้องได้รับการพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรก

รุ่งนภา บุญประคิมฐ์ (2536 : 21) ได้สรุปถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือภาวะเบี่ยงเบนออกไปจากปกติ ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เป็นอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลือ ต้องการการฟื้นฟู และฝึกฝนเป็นพิเศษ และไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการของโรคอาจมีทั้งสงบและกำเริบรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ และมีการจำกัดในด้านต่าง ๆ ต้องใช้ระยะเวลาของชีวิตที่ยาวนานในการรักษาพยาบาล

จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 26) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Illness) ซึ่งมีเวลาของการเสร็จสิ้นความเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาจำกัด อาจจะสิ้นสุดด้วยการตายในเวลารวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่ความเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกิน 6 เดือน หรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (Remission) หรืออาการหายไป แล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัด ปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และจิตใจ ต้องการการแนะนำความช่วยเหลือและการฝึกฝนพิเศษเป็นระยะยาว อาจตลอดชีวิต

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย

Strauss (1975 : 164-165) ได้กล่าวถึงปัญหาที่พบเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การป้องกันและการเผชิญภาวะวิกฤติของโรค การควบคุมอาหาร การปฏิบัติตามแผนการรักษา พยายามป้องกันและแยกตัวจากสังคม

หรือเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ ของโรค ทั้งในระยะสงบและกำเริบ พยายามที่จะมีชีวิตร่วมอยู่ปกติ ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และต้องเตรียมงบประมาณ หาเงินให้เพียงพอสำหรับค่ารักษาหรือเพื่อความอยู่รอด ในขณะที่ไม่มีงานทำหรือทำงานได้เพียงครั้งละเวลานั้น

Miller (1992 : 403-411) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังยังก่อให้เกิดความสูญเสียทุกระดับอย่างมากต่อสุขภาพของตนเองและการควบคุมหน้าที่การทำงาน เช่น การสูญเสียการประสานงานของร่างกายเพียงบางส่วน สูญเสียบทบาทของตน สูญเสียความนับถือของตนเอง สูญเสียความมั่นคง สูญเสียการตั้งจุดเพศกันข้าม สูญเสียความมีสัมพันธภาพต่อสังคม สูญเสียความมีอิสระ และสูญเสียเศรษฐกิจ

ลำดับขั้นตอนการสูญเสียของผู้ป่วยเรื้อรัง มีดังนี้ 1) สูญเสียสถานภาพทางสุขภาพในด้านการทำงานที่เกี่ยวกับพลังงาน ความเข้มแข็งของชีวิต ความสามารถในการติดต่อ การประสานงานของกล้ามเนื้อ การควบคุมการทำงานของลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ 2) สูญเสียร่างกายบางส่วน เช่น อวัยวะ ผมน้ำหนัก 3) สูญเสียบทบาทในอาชีพและความปลอดภัย 4) สูญเสียความนับถือของตนเอง 5) สูญเสียความมั่นคงความสามารถในการทำงาน 6) สูญเสียความสามารถทางเพศ 7) สูญเสียความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ 8) สูญเสียความมีอิสระ ความสามารถในการดูแลตนเอง และ 9) สูญเสียเศรษฐกิจ

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใด ๆ ก็ตาม มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ครอบครัวหรือผู้ป่วยเองที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านเท่านั้น ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาล พยาบาลก็ต้องดำเนินการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดระยะเวลาการรักษา

ปัจจุบันปัญหาผู้ป่วยโรคระบบประสาทจะพบมากขึ้นทั้งเป็นจาก Functional disorder และ Organic disorder อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ซึ่งบางครั้งในการรักษาของแพทย์ อาจจะต้องผ่าตัดเพื่อความมีชีวิตร่วมอยู่รอดของผู้ป่วย แม้การผ่าตัดจะประสบผลสำเร็จมากมาย แต่บางครั้งบาดแผลและการบาดเจ็บทั้งหลายก็ใหญ่โตเกินกว่าที่จะซ่อมแซมใหม่ให้ดีได้หรือพวกนี้ออกที่ลุกลามไปเกินกว่าที่จะเอาออกได้หมด จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลเป็นระยะเวลานานกลายเป็นโรคเรื้อรังนั้น ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ในฐานะพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงที่จะต้องดูแล พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้น จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย (Discharge)



กลับบ้าน ซึ่งครอบครัว หรือญาติผู้ป่วย หรือผู้ที่มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องรับผิดชอบให้การดูแลที่บ้าน ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลมากมายดังที่กล่าวมาแล้ว

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะได้รับข้อมูลต่างๆ ตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยเพื่อเป็นความรู้ พร้อมทั้งได้รับการฝึกปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล ภาวะเครียด และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเอื้ออาทร

## 7. ความพึงพอใจ

### 7.1 ความหมาย

Webster's school dictionary ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ (Satisfaction) ว่าเป็นความรู้สึกบรรลุถึงความต้องการก่อให้เกิดความรู้สึกสนใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2530 ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกสนใจ ชอบใจ

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2529) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ภาวะของความรู้สึกที่ดีหรือภาวะของอารมณ์ที่ดี ซึ่งมีผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ภาวะความรู้สึกที่ดีนี้จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้นได้สนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ความพึงพอใจในงานนี้เป็นสิ่งที่เอื้อกับบุคคลประเมินจากการทำงานของตนเองในสภาวะที่เป็นปัจจุบัน

กรองแก้ว อยู่สุข (2535) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึงทัศนคติโดยทั่วไปของพนักงานที่มีต่องานของเขา ถ้าเขาได้รับการปฏิบัติที่ดีตอบสนองความต้องการของเขาตามสมควร เช่น สวัสดิการดี สภาพการทำงานมั่นคง ปลอดภัย ค่าจ้างตอบแทนพอกำการยังชีพจะทำให้พนักงานพอใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร

จากความหมายของความพึงพอใจดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ดีของบุคคล ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จนกระทั่งมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดทัศนคติที่ดีและมีความเต็มใจ ตั้งใจที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมในการปฏิบัติ เมื่อเกิดความพึงพอใจขึ้น

### 7.2 ทฤษฎีความพึงพอใจ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคคลากรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมในการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่เป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติงาน เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้น

ย่อมมีความต้องการแตกต่างกันระหว่างบุคคล ทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งในการสร้างความพึงพอใจให้เกิดในบุคคลนั้น ผู้จัดการในองค์การจะต้องเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ในแต่ละคน เพื่อจะได้จัดสิ่งจูงใจให้เหมาะสมได้

Maslow (1960 อ้างใน กรองแก้ว อยู่สุข, 2535 : 72-75) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการจูงใจซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีการจูงใจของมาสโลว์ มีข้อสมมติฐาน เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนี้ คนทุกคนมีความต้องการ และความต้องการนี้จะมีอยู่ตลอดเวลา และไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของ พฤติกรรม ความต้องการของคนจะมีลักษณะเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปหาสูงตามลำดับ ความสำคัญเมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการในระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองทันที

มาสโลว์ ได้สรุปลักษณะของการจูงใจว่า การจูงใจจะเป็นไปตามลำดับของความต้องการอย่างมีระเบียบ ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ หรือ "Hierarchy of needs" ตามทฤษฎีของมาสโลว์มีอยู่ 5 ระดับ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological) ด้านความปลอดภัย (Safety) ด้านสังคม (Social) ด้านการได้รับการยกย่องในสังคม (Self esteem) และด้านความสำเร็จในชีวิต (Self actualization)

Herzberg (อ้างใน กรองแก้ว อยู่สุข, 2535 : 76-79) ได้ให้ความเข้าใจว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาจากแต่ละคน และไม่ใช่ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโดยตรง ซึ่งปัจจัยด้านสุขอนามัยนั้นที่ดีที่สุด ก็คือ จะสามารถช่วยขจัดความไม่พอใจต่าง ๆ ได้ แต่จะไม่สามารถใช้สร้างความพอใจได้ ดังนั้นในกระบวนการจูงใจที่ต้องการจะสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการจัดและกำหนดปัจจัยต่าง ๆ ทั้งสองกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน คือ ทั้งปัจจัยด้านสุขอนามัย (สภาพแวดล้อม) ประกอบด้วย ค่าจ้างเงินเดือน นโยบายและการบริหารขององค์กร การควบคุมดูแล (การบังคับบัญชา) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์กร สภาพการทำงาน ความมั่นคงในงาน สถานภาพในการทำงาน (ตำแหน่งหน้าที่) และปัจจัยที่ใช้จูงใจได้ (ของงานที่ทำ) ประกอบด้วย ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับความยกย่องในผลงาน ลักษณะของงานที่ทำ ความรับผิดชอบในงาน ความก้าวหน้าในงาน สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลทำงานอย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพ

Vroom (อ้างใน กรองแก้ว อยู่สุข, 2535 : 82-83) ได้พัฒนาทฤษฎีการจูงใจ โดยเน้นที่กระบวนการในการจูงใจ และเรียกว่าเป็นทฤษฎีความคาดหวัง หรือทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory) ซึ่งได้นำเอาเรื่องของการเรียนรู้ (Learning) มาเป็นพื้นฐานของการสร้างแรงจูงใจ Vroom ได้อธิบายว่าแรงจูงใจที่ทำให้คนแสดงพฤติกรรมนั้น เกิดขึ้นจากปัจจัย 3 ประการ คือ 1) เมื่อเห็นโอกาสที่จะใช้ความสามารถและความพยายาม



ทำงานให้สำเร็จได้ 2) เมื่อเห็นว่าถ้าทำงานนั้นสำเร็จจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี และ 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เขาพอใจและต้องการ

อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2529) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยประชาชนทั่วไปถือว่าบริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิทธิเบื้องต้นที่ควรได้รับโดยให้ความคาดหวังต่อไปนี้ คือ ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งมากกว่าการเป็นโรคหนึ่งหรือกลุ่มอาการหนึ่งได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดูแลรักษาตนเอง ได้รับความสุขสบายตามสถานการณ์ทางวิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่เอื้ออำนวยในสถานการณ์นั้น ได้รับการยอมรับในสภาพที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือพึ่งพาได้รับความช่วยเหลือให้เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยขณะนั้นและการดูแลรักษาที่ตนจะพึงได้รับการยอมรับในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของตน อาการที่ทรุดลงหรือการตายควรเป็นวิธีที่ตนตัดสินใจเลือกเอง และได้รับการดูแลที่ดีเท่ากันตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชาชนมีความคาดหวังเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังนี้คือ บริการด้านสุขภาพอนามัยได้จัดเตรียมไว้พร้อมที่จะให้บริการแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลา เป็นลักษณะบริการเฉพาะบุคคล ตามสถานภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าจะเป็นบริการในลักษณะงานประจำ การบริการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมตามค่านิยม และความเชื่อในสังคมนั้น เข้ารับบริการได้โดยง่าย ไม่ว่าจะเป็สถานที่ตั้ง กำหนดตารางเวลาให้ บริการทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ผู้รับบริการต้องสามารถเข้ารับได้โดยง่าย มีการประสานงานที่ดีทางการส่งข่าวสารข้อมูลทางการรักษาพยาบาล และเป็นบริการที่มีความสมบูรณ์แบบ ผู้รับบริการได้รับครบถ้วนทั้งด้านการดูแลรักษาป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ คงไว้ซึ่งการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

### 7.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรกระบบประสาท เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Holistic care) ซึ่งญาติหรือผู้ดูแลที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ย่อมได้รับผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ ญาติต้องปรับตัว โดยมีการปรับกิจกรรมและปรับเวลา เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถือเป็สิ่งที่มาคุกคาม กระตุ้นให้ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียดและส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่าย มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้ค่า

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จันทรเพ็ญ แซ่หุุ่น และคณะ (2537) ที่ได้ทำการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) และผลการวิจัยนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่าย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการบรรเทาภาวะเครียดของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง

พยาบาลเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ในทีมสุขภาพ และมีความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพการพยาบาล เพราะถือว่าเป็นความรับผิดชอบของวิชาชีพที่ต้องรักษาไว้ ซึ่งคุณภาพของการปฏิบัติพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะได้ทราบถึงความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย ที่มีต่อการดูแลของพยาบาลกับการรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับจริง โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่จะต้องเผชิญปัญหาในด้านต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งญาติหรือผู้ดูแลควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำชี้แนะและทำการสอน ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนเมื่อได้รับการประเมินปัญหาต่าง ๆ จนกระทั่งผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ พึงพอใจ เต็มใจ อยากปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อได้รับการชี้แจง ให้กระทำ และมีความพร้อม ที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในการดูแลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2539) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการเตรียมญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องอาศัยความพร้อม ความพอใจหรือความต้องการของญาติ โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยทั้งทางด้านสุขอนามัย (สภาพแวดล้อม) ประกอบด้วย การสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วย, การให้คำปรึกษา ชี้นำ นิเทศ, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่ไร้จูงใจ (ของงานที่ทำ) ประกอบด้วย ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย, การได้รับความยกย่อง, ลักษณะงาน, ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งดังกล่าวเหล่านี้ จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข ในกระบวนการจูงใจที่ต้องการสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่ดี จึงต้องมีการจัดและกำหนดปัจจัยต่าง ๆ ทั้งสองด้านไปพร้อม ๆ กัน คือ ปัจจัยด้านสุขอนามัย และปัจจัยที่ไร้จูงใจ เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความเต็มใจ ตั้งใจที่จะ



แสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยด้วยความพึงพอใจ และมีแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และเต็มไปด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือประคับประคอง ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ตลอดจนมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

สรุปการพยาบาลเป็นบริการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ประชาชนควรได้รับตามสิทธิ และประชาชนทุกคนก็มีความต้องการได้รับการบริการที่ดีที่สุด สำหรับตนเองและครอบครัว ไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะใดก็ตาม เมื่อประชาชนหรือผู้ที่อยู่ในฐานะผู้ดูแลได้รับการสนองตอบต่อความต้องการ ก็เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ตนได้รับ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จะเป็นผลทำให้ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติงานนั้นด้วยความพึงพอใจ

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สราญจิตต์ กาญจนภา (2528) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาริบดี วัดอุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยด้านการได้รับคำแนะนำ ความเข้าใจ และการเห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ศึกษาได้จากผู้ป่วย สามี 4 แผนก คือ แผนกศัลยกรรม อายุรกรรม จักษุ และนรีเวชกรรม แผนกละ 150 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน โดยได้นำความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าว มาเปรียบเทียบเป็นรายข้อ จำแนกตามแผนก ลักษณะทั่วไปของข้อมูลและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังได้นำเอาความคิดเห็นทั้ง 3 ด้าน มาหาความสัมพันธ์กัน โดยจำแนกเป็นรายหมวดตามแผนกที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัว เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมพัทธ์ และได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่า  $X^2$  - test สรุปผลการวิจัย ดังนี้

- 1) ความคิดเห็นของผู้ป่วยด้านการได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกตามแผนก พบว่า จำนวนผู้ที่ได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 20.60-31.82 จำนวนผู้ที่เข้าใจคำแนะนำดังกล่าวร้อยละ 38.83-58.19 และจำนวนผู้ที่เห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 85.88-88.89 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แผนกนรีเวชกรรมเป็นแผนกที่ได้รับและมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากที่สุด
- 2) ความคิดเห็นของผู้ป่วยด้านการได้รับ ความเข้าใจและการเห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อระหว่างแผนกและระหว่างระดับอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้ง 3 ด้าน แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ การศึกษา ศาสนา รายได้ ครอบครัว ภูมิลำเนา พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันทั้ง 3 ด้าน
- 3) ความคิดเห็นของผู้ป่วยด้านการได้รับความเข้าใจและการ

เห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรสและเปรียบเทียบระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นด้านการได้รับและความเข้าใจไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความคิดเห็นด้านความสำคัญนั้นส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05-.001 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและความเข้าใจของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายหมวดและแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับและการเห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายหมวดและแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และ 0.001 และ 6) ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจและการเห็นความสำคัญของคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำแนกเป็นรายหมวด 5 หมวด พบว่า คำแนะนำ 3 หมวด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเมื่อจำแนกตามแผนกที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัว พบว่า 3 ใน 4 แผนกผู้ป่วยมีความคิดเห็นด้านความเข้าใจและการเห็นความสำคัญไม่มีความสัมพันธ์กัน

ฉัตรดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 คน ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม หน่วยกายภาพบำบัดและหน่วยอาชีวบำบัด โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลประสาท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถทางสติปัญญา แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุดโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้นและแบบขั้นตอน (Hierarchical and Stepwise Multiple Regression) ผลการวิจัยสรุป ดังนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ( $P > .05$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .56$ ) การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ( $P > .05$ ) และปัจจัยเงื่อนไขทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ แต่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ( $P < .001$ ) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ร้อยละ 11



มารยาท วิชาเกียรติ (2535) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน ตัวอย่างประชากรคือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 40 คน ได้จากการเลือกตัวอย่างเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา และชนิดของโรค กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและประทับประคอง และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ เครื่องมือที่ใช้คือ แผนการสนับสนุนทางการพยาบาล แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Cronbach และ Scott ได้ค่าความเที่ยง .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และ t-test ผลการวิจัยคือ 1) ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) พฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รุ่งนภา บุญประคิมฐ์ (2536) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 210 คน ที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มหรือลดตัวแปรเป็นขั้น ๆ ผลการวิจัย พบว่า การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูงนั่นคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปรับการกระทำ ความรู้สึก และความนึกคิดที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตน้อย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค เรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่ม

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพศ และระดับการศึกษา สามารถผันแปรของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 48.93 ( $R^2 = .4893$ )

ปัญหาการวิจัย ชุติกร (2537) ได้เสนอผลจากการวิจัย เรื่อง “มิติการดูแลของพยาบาลไทย” ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกโมทัศน์การดูแลเป็น 4 มิติ คือ มิติเชิงจิตใจ มิติเชิงปรัชญา มิติเชิงโครงสร้าง และมิติเชิงปฏิสัมพันธ์ แต่ละมิติมีองค์ประกอบย่อย สรุปได้ดังนี้

**มิติเชิงจิตใจ** หมายถึง สภาวะจิตใจที่เป็นรากฐานของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย สภาวะเกี่ยวกับอารมณ์ ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ความเป็นมิตร เป็นกันเอง อุดหนุน และสภาวะเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย การสอนผู้ป่วย

**มิติเชิงปรัชญา** หมายถึง สภาวะความเชื่อ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจอีกต่อหนึ่ง ประกอบด้วย ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดง ความเชื่อของเขา การเคารพในสิทธิความเป็นบุคคล การแสดงออกในระบบความเชื่อ และด้านจริยธรรม หมายถึง การให้เกียรติ ความไว้วางใจ และความซื่อสัตย์

**มิติเชิงโครงสร้าง** หมายถึง สภาวะด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ และเทคนิค วิธี ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย ด้านบริหารจัดการองค์การ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ความปลอดภัย และด้านเทคนิค ได้แก่ การให้การพยาบาลด้วยความชำนาญถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

**มิติเชิงปฏิสัมพันธ์** หมายถึง สภาวะของพฤติกรรมกรรมการดูแลหรือการกระทำที่เกิดในระหว่างการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสังคม ได้แก่ การตอบปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง และด้านร่างกาย ได้แก่ การกระทำทำให้ผู้ป่วยสุขสบายทางกาย เช่น เช็ดตัว อาบน้ำ การสัมผัส การนวด การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลือในกิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างจาก 5 ภูมิภาค ผู้ป่วยรวมทั้งหมด 250 คน พยาบาล 250 คน อาจารย์พยาบาล 150 คน นักศึกษาพยาบาล 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามเก็บข้อมูลจากพยาบาล อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ส่วนแบบสัมภาษณ์ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย

ผลการศึกษาวิจัย นำเฉพาะผลของการดูแลในระบบบริการพยาบาลเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า มิติการดูแลของพยาบาลเชิง 4 มิติ พยาบาลและผู้ป่วยมี



ความคิดเห็นและรับรู้ว่าได้มีการปฏิบัติการดูแลทั้ง 3 มิติ มีอัตราร้อยละของแต่ละมิติของการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนี้

พยาบาล มิติเชิงจิตใจ 91.46 % มิติเชิงปรัชญา 94.60 % มิติเชิงโครงสร้าง 95.29 % มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ 90.51 %

ผู้ป่วย มิติเชิงจิตใจ 87.41 % มิติเชิงปรัชญา 73.72 % มิติเชิงโครงสร้าง 86.48 % มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ 68.93 %

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลมีความคิดเห็นว่าได้ให้การดูแลหรือได้ทำกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยในอัตราสูงกว่าร้อยละ 90 แต่การรับรู้การดูแลของผู้ป่วยหรือการดูแลในสายตาของผู้ป่วยต่ำกว่าทุกมิติ

สุภาพร คาวดี (2537) ได้ทำการศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยมองว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยลดความเศร้าโศก ความทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพของชีวิตได้นั้น พยาบาลจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยครบแบบองค์รวมตามปัจจัยการดูแล 10 ประการ ของ Watson และต้องมีความตระหนักในตนเองของพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของตนให้ถูกต้องเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และเคยให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะสุดท้ายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ราย ซึ่งกำลังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ คามิลเลียน เซนต์เมรี่ และซานคามิลโล จำนวน 149 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตระหนักในตนเองและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่มีความตระหนักในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูง และพบว่าปัจจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ 1-6 และปัจจัยที่ 8-9 มีคะแนนค่อนข้างมาทางค่าสูงเป็นส่วนใหญ่ แต่ปัจจัยการดูแลที่ 7 คือ การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน และปัจจัยที่ 10 คือ เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณค่อนข้างมาทางค่าต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างหรือพัฒนาความตระหนักในตนเอง แก่ไขพฤติกรรมการดูแลบางประการที่ยังบกพร่อง โดยจะต้องส่งเสริมให้พยาบาลเห็นถึงความสำคัญและคุณค่า รวมทั้งให้มีพฤติกรรมของการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน และ

เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณให้ถูกต้อง เพื่อส่งผลให้มีพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ถูกต้องเหมาะสมและให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

พยอม อยู่สวัสดิ์ (2537) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ : การศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษารั้งนี้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการสร้างทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Ground model theory) โดยทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของปฏิบัติการพยาบาล การดูแลนี้เป็นการเอาใจใส่ช่วยเหลือ เพื่อเยียวยาผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของ Watson คือ ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล และนำแนวคิด "สติสัมปชัญญะ" ในพุทธธรรมมาสนับสนุนและสร้าง "รูปแบบองค์รวมการดูแลเยียวยาในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวพุทธธรรม : จิตรู้ขณะดูแลเยียวยา" ได้พัฒนาจากข้อมูลรูปแบบการดูแลนี้มืองค์ประกอบ 4 ประการ คือ เจือใยการดูแล สถานการณ์เฉพาะ กระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแลและผลลัพธ์การดูแล เจือใยการดูแลคือความพร้อมของพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยและญาติที่ต้องการการดูแลสถานการณ์เฉพาะคือ สภาวะหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากพยาบาล กระบวนการปฏิสัมพันธ์การดูแลคือปฏิสัมพันธ์การช่วยเหลือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ ผลลัพธ์การดูแลคือ การประจักษ์รู้ถึงการให้และการได้รับการดูแลอย่างแท้จริง เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีพลังใจในการดูแลเยียวยาตนเองและพยาบาลมีความปิติในคุณค่าแห่งตนและวิชาชีพ

การดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของพยาบาลไทย สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลในประเทศตะวันตกที่ว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล กรอบแนวคิด "จิตรู้ขณะดูแลเยียวยา" จึงได้พัฒนาขึ้นมาจากข้อเท็จจริงที่ได้จากประสบการณ์ของพยาบาลไทย

จุฬารัตน์ ศรีลิขิตานนท์ (2537) ได้ทำการศึกษา การศึกษาความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนืองที่บ้านของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนืองที่บ้านของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยโดยส่วนรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เจตคติทางบวก และมีการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านในระดับ



ปานกลาง เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้อที่บ้าน จำแนกตามวุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหารหอผู้ป่วย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พยายามพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เปรียบเทียบเจตคติและการจัดการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื้อที่บ้าน จำแนกตามวุฒิการศึกษาและประสบการณ์ในตำแหน่งผู้บริหารหอผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ย ของคะแนนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนประสบการณ์ใน การปฏิบัติงานพยาบาลพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใน ด้านการวางแผนงาน ขั้นตอนการประเมินปัญหาผู้ป่วย พบว่า เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ พยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยรายงานมากที่สุด จำนวน 28 คน โดยระบุปัญหาตามลำดับ ดังนี้ คือ 1) มีปริมาณงานมาก 2) ขาดบุคลากร 3) ข้อมูลสำหรับประเมิน ผู้ป่วยหาย 4) ขาดนโยบายจากโรงพยาบาล

ชนิตา มณีเวรรณ (2537) ได้ทำการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน จำนวนกลุ่มละ 110 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่และ ร้อยละ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวออกไปหลายชนิด ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการพยาบาลเป็นพิเศษอย่าง ใกล้ชิดและต่อเนื่องหลายอย่างเมื่อกลับไปอยู่บ้านสำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 31.8 เป็น บุตรหรือธิดาต้องดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง พบว่ามีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุน ช่วยเหลือ ทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากด้วย จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีหน่วยงานหรือพยาบาลให้เพียงพอที่จะรับผิดชอบ ในการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังผู้ดูแลต้องการ ความมั่นใจในการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ชินจิตต์ เพชรชาติ, โสภา เขียววิจิตร และครุณี ภูษณสุวรรณศรี (2537) ได้ทำการศึกษา การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาและสำรวจความต้องการของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว และเปรียบเทียบความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัว และผู้ติดเชื้อชายกับผู้ติดเชื้อหญิงที่เข้ามาใช้บริการของสภาวิชาชีพไทยในระหว่างเดือน ธันวาคม 2536 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2537 คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามและนำไป ทดลองใช้ หลังจากปรับปรุงแบบสอบถามแล้วได้เก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับแบบสอบถาม รวม 273 ชุด โดยแบ่งออกเป็นผู้ติดเชื้อ 213 ชุด และครอบครัว 60 ชุด วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการอบรมเรื่อง “การปฏิบัติตัวของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง” อยู่ในระดับสูงมาก ผู้ติดเชื้อมีความต้องการอบรม เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนครอบครัวมีความต้องการอยู่ใน ระดับมาก ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการให้ ความร่วมมือทางสังคมอยู่ในระดับมาก ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการมากที่สุด คือ กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่อย่างไม่รังเกียจจากแพทย์ พยาบาล และญาติพี่น้อง ส่วน ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยต้องการให้พ่อแม่เป็นผู้ดูแลมากที่สุด และผู้ติดเชื้อและครอบครัวร้อยละ 53.5 ไม่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน หากจำเป็นจะต้องมีการเยี่ยมบ้าน ผู้ติดเชื้อต้องการให้ พยาบาลเป็นผู้เยี่ยมมากที่สุด ส่วนครอบครัวต้องการให้นักจิตบำบัดเป็นผู้เยี่ยมมากที่สุด

เปรียบเทียบความต้องการการอบรมระหว่างผู้ติดเชื้อกับครอบครัว ผู้ติดเชื้อ และครอบครัวมีความต้องการอบรมเรื่อง “การปฏิบัติตัวของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้มีสุขภาพ แข็งแรง” ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมี ความต้องการอบรมเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยครอบครัวมีความต้องการอบรมมากกว่าผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อและ ครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการให้ความร่วมมือทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบความต้องการการอบรมระหว่างผู้ติดเชื้อชายกับผู้ติดเชื้อหญิง ผู้ติดเชื้อชายและผู้ติดเชื้อหญิงมีความต้องการอบรมเรื่อง “การปฏิบัติตัวของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง” อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ผู้ติดเชื้อชายและผู้ติดเชื้อหญิงมีความต้องการอบรมเรื่อง “การดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน” แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ติดเชื้อหญิงมีความต้องการ อบรมอยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ติดเชื้อชายมีความต้องการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง และ ผู้ติดเชื้อชายและผู้ติดเชื้อหญิงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการให้ความ ร่วมมือทางสังคมอยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุรวาณี สุขวิญญาณ์ และคณะ (2537) ได้ศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อ ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้าน ต่อการป้องกันแผลกดทับ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งแพทย์มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม 2535 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอ ไกลเคียงของจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 คน



เครื่องมือในการวิจัยประกอบ แผนการสอน คู่มือ ภาพพลิก อุปกรณ์ประกอบการสาธิต แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง 1-2 ตัปดาห์ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย และดำเนินการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการเกิดแผลกดทับในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังจากจำหน่าย การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการแจกแจงความถี่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างทั้ง 5 คน ที่ผู้วิจัยเตรียมญาติ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตุลยากร (2538) ได้ทำการศึกษา "ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง" การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาตัวแปรในการทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยา ผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง สมองและไขสันหลังได้รับอันตราย จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล แบบวัดความต้องการในการดูแล แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล และแบบประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ในการคิดรู้ การมีปัญหากการเงินและการประเมินสถานการณ์ของการดูแลในทางลบสามารถ ทำนายปัญหาสุขภาพได้ร้อยละ 41

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2538) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละระยะของการรักษาด้วยรังสีตามกรอบแนวคิดการดูแลของดาร์สัน และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของบุคคลบางประการกับความต้องการการดูแลจากพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในแต่ละระยะของการรักษาด้วยรังสี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ กำหนดแผนการรักษาด้วยรังสีแต่เพียงอย่างเดียว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 72 ราย ประเมินความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินการดูแล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลของ ดร.ดาร์สัน ปี 1984 (The Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort)

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนโดยรวมในปริมาณมากในทั้ง 4 ระยะของการรักษาด้วยรังสี ความต้องการการดูแลจากพยาบาลรายหมวดที่มีคะแนนในปริมาณมากคือ ความพร้อมของพยาบาล (หมวด 1) การให้คำแนะนำการสอน และการอำนวยความสะดวก (หมวด 2) การเฝ้าระวังและการควบคุมการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ (หมวด 6) การดูแลที่ได้รับจากพยาบาล

ในทุกะยะของการรักษาด้วยรังสีจะมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ว่าได้รับการดูแล จะมีการดูแล 2 หมวด ที่มีคะแนนประเมินในระยะก่อนฉายรังสีต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดได้แก่ หมวด 1 ความพร้อมของพยาบาลและหมวด 5 การสร้างความสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของบุคคลและความต้องการการดูแลจากพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับความต้องการการดูแลจากพยาบาล ในบางระยะของการรักษาด้วยรังสี ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ และรายได้ กับความต้องการการดูแลจากพยาบาลในทุกะยะของการรักษาด้วยรังสี การศึกษาค้างนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับโดยรวมจากพยาบาลในทุกะยะของการรักษาด้วยรังสีและมีความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับบางหมวดจากพยาบาลในบางระยะของการรักษาด้วยรังสี

มณีรัตน์ โภทขงรัก (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย การปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแลและการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยและสร้างสมการพยากรณ์ ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โดยใช้ตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยจำนวน 325 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาล ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย ในขณะที่การจัดการต่อความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการดูแลด้านส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความมีมนุษยธรรม ปลูกฝังความเชื่อและความหวัง ความไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่นและการปฏิบัติพยาบาลเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ร้อยละ 18.49 ( $R^2 = .18489$ ) และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยในรูปคะแนนมาตรฐานได้



ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กรอบทฤษฎีของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุและญาติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คู่ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีจำนวนกลุ่มละ 30 คู่ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลร่วมกับการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลที่ประยุกต์ตามแนวคิดของโอเร็ม นอกเหนือไปจากการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถพยากรณ์ภาวะของผู้ดูแล ตลอดจนทั้งศึกษาแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2538 จำนวน 50 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดา และเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน ตามลำดับ ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใจปานกลาง การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$  และ  $P < .01$  ตามลำดับ)

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลเฉพาะภาวะเชิงปรนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแล ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะของผู้ดูแลทั้งสองประเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียวที่สามารถพยากรณ์ภาวะของผู้ดูแล ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .0001$ )

ภักศุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2539) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของการพยาบาล โดยศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 4 แห่ง ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเจาะจงคุณสมบัติจำนวน 126 คน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการบริหารการพยาบาลค่อนข้างสูงและไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้รับความพึงพอใจน้อยที่สุด 5 อันดับ คือ 1) ความละเอียดรอบคอบของพยาบาล 2) การปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนเป็นเพียงคนไข้ที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด 3) การสนใจทำงานประจำให้เสร็จสิ้นมากกว่ารับฟังปัญหาของผู้ป่วย 4) การปิดกั้นความคิดเห็นและความพึงพอใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 5) การปฏิบัติกับผู้ป่วยคล้ายกับว่า เขาไม่สามารถเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของตนเองได้

Laferrirr (1993) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลของการบริการที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพของการได้รับการบริการพยาบาล การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา สำนวนหลักสำคัญของความพึงพอใจของผู้ป่วยกับการพยาบาลสุขภาพที่บ้าน จะประเมินโดย แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย (CSS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Reeder และ Chen (1990) ผู้ป่วยที่ตอบทั้งหมดคิดเป็นค่าเฉลี่ยคือ 1.6966 ซึ่งได้แสดงความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการพยาบาล โดยผ่านการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ 1) เทคนิคการดูแลที่มีคุณภาพ 2) การติดต่อประสานงาน 3) ความสัมพันธ์ของบุคคลระหว่างผู้ป่วยและผู้จัดการ และ 4) การบริการในการส่งต่อ ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการประเมินการดูแลการพยาบาลที่พวกเขาทั้งหลายควรได้รับ



Anderson and Helms (1995) ได้ทำการ วิจัยเรื่อง การติดต่อระหว่างการดูแลต่อเนื่องขององค์กร โดยมีการศึกษา ดังนี้คือ เพื่ออธิบายจำนวนและชนิดของข้อมูลข่าวสารในการส่งต่อผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่การดูแลสุขภาพที่บ้าน อธิบายถึงช่องทางต่างๆ ของข้อมูลข่าวสาร ในกระบวนการติดต่อระหว่างปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพ และเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ปฏิบัติกับการได้รับข้อมูลข่าวสารในระบบการส่งต่อ โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 6 โรงพยาบาล และกลุ่มตัวแทนอีกจำนวน 4 โรงพยาบาลในการให้การดูแลที่บ้าน โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประชากรที่ทำการบันทึกการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 300 คน กลุ่มสองเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน full-time โดยมีส่วนร่วมเป็นตัวแทนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 44 คน จากผลการศึกษาพบที่เกิดข้อขัดแย้งระหว่างจำนวนข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากผู้ที่ทำกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำในการศึกษาวรรณคดี โดยสรุปกระบวนการโครงสร้างของการติดต่อที่ถูกนำมาใช้ผลส่วนมากจะเป็นข้อมูลข่าวสารในการส่งต่อมากกว่าจะมีแบบฟอร์มการติดต่ออย่างอิสระโดยการใช้โทรศัพท์และบุคคลที่เป็นตัวแทนส่วนบุคคล กระบวนการและโครงสร้างจะเป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดผลต่อระบบการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร

Green and Lydon (1995) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจที่บ้าน พบว่า การจัดขอบเขตโครงสร้างในการประเมิน ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ควรได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน โดยการใช้ทีมเข้าปฏิบัติ โปรแกรมมาตรฐานในการศึกษาผู้ป่วย โปรแกรมสร้างบุคลิกภาพ และการจัดในด้านการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างขบวนการในการฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น โปรแกรมการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหัวใจที่บ้าน จะช่วยลดต้นทุนของการส่งต่อในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ขณะเดียวกันทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการมากขึ้น กลยุทธ์ที่สำคัญของผู้ที่ทำหน้าที่การดูแลสุขภาพต้องจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้ในการดูแลในช่วงระยะเวลาที่สั้นลง

Prescott and others (1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการจำแนกผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลไปรับบริการดูแลสุขภาพต่อ ตามความต้องการที่บ้าน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายการศึกษาเพื่อตัดสินระดับความต้องการของผู้ป่วยที่จะส่งต่อไปดูแลที่บ้าน และเลือกการใช้บริการตามความต้องการหรือไม่ โดยศึกษาจากผู้ป่วย 145 คน ที่พร้อมจะออกจากโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์และการสัมภาษณ์ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับ หน้าที่ทางด้านร่างกาย ภาวะพึ่งพาเมื่อออกจากโรงพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งข้อมูลส่วนตัว ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 93 % ไม่ต้องการการบริการที่จัดไว้ให้อย่างมีรูปแบบ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องการการบริการแต่

ไม่ได้รับการส่งต่อ และผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการดูแลจะมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ในทุกด้าน ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป คือ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาและสุขภาพที่บ้าน และลักษณะของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับผลที่ได้รับ ระยะยาวอย่างคุ้มค่า

Yueh-Juen Hwu (1995) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรัง วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนผู้ป่วย 177 คน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป การวิจัยโดยการสำรวจและสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้วิธี สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีผลกระทบอย่างมากต่อการ ทำหน้าที่ทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม และผลที่กระทบน้อยที่สุดคือ ด้านการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (ADLs), การวินิจฉัย ระยะของโรค การพัฒนาของผู้ป่วยเด็ก จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านร่างกาย, การวินิจฉัย ระยะของโรค สถานภาพทาง เศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ การวินิจฉัย ระยะ ของโรค อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านสังคม, การวินิจฉัย อายุ สถานภาพสมรส การพัฒนาของเด็ก และการดูแลในระยะแรก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลของการศึกษานี้เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Stewart and others (1995) ได้ทำการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจาก การดูแลสุขภาพที่บ้านและสถานภาพผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย จากการศึกษาสำรวจ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 57 คน ได้รับการจำหน่าย (discharge) จากผู้ที่ทำหน้าที่ ดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลจะต้องเตรียม ผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายและต้องทราบว่าควรจะจัดการให้กับผู้ป่วยอย่างไร ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ให้ การดูแล ซึ่งจะสัมภาษณ์ภายหลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจาก Home Health Care โดยใช้โทรศัพท์ จากการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยของรูปแบบการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการบันทึกการดูแลที่บ้านจะปรากฏอยู่ภายใต้ การรายงานเกี่ยวกับสิ่งที่เจ้าหน้าที่จะต้องทำในการดูแลที่บ้าน การมาตามนัดมีจำนวนมากกว่า ครึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพของพวกเขาให้ดีขึ้น อีก 2 ใน 3 จะสามารถ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีอิสระและมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ต้องการได้รับการบริการ อย่างมีรูปแบบ

Archbold and others (1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิบัติการ พยาบาลด้วยระบบ PREP : การศึกษานำร่องของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม (PR) การปรับปรุง (E) และการทำนาย (P)



จุดประสงค์การศึกษาเพื่อแก้ไขรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของระบบ PREP ในการคงไว้ตามองค์การสุขภาพ และเพื่อให้ข้อมูลได้บรรลุอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ การวิจัยนี้เป็นลักษณะกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) สัมภาษณ์ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นผู้รับบริการมีอายุเฉลี่ย 77 ปี (ระหว่าง 68-87) เป็นผู้ชาย และผิขาว ส่วนผู้ให้การดูแลเฉลี่ยอายุ 68 ปี (ระหว่าง 39-80) เป็นหญิง ผิขาว มีประชากรโดยรวม 22 ครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้การดูแลจะรับรู้ถึงผลของ PREP ว่ามีประโยชน์ ผลทางคุณภาพจะสนับสนุนให้เกิดการยอมรับของระบบ PREP ในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในบทบาทของผู้ให้การดูแลในด้านความเครียด ค่าตอบแทน และการเก็บกด

Rosenbaum and Carty (1996) ได้ศึกษาวัฒนธรรมของวัยรุ่น : ความเชื่อถือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และแต่ละบุคคลในทฤษฎีของไดนินเจอร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นการสืบสาวเกี่ยวกับมนุษยวิทยา ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะพิจารณาและอธิบายความหมายและประสบการณ์ของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลและคุณภาพของพวกเขา มีการเปรียบเทียบวัฒนธรรมย่อยของพวกเขาและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว การรวบรวมข้อมูล การมีส่วนร่วมในการสังเกต และสัมภาษณ์ วัยรุ่นทาง ตะวันตกเฉียงใต้ของเมือง Ontario ประเทศแคนาดา จำนวนทั้งหมด 71 คน การสัมภาษณ์ใช้เทปบันทึก, สำเนา และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ นำเทปสัมภาษณ์นั้นมาถอดคำสัมภาษณ์เป็นแบบแผนและชนิดคำต่อคำ สรุปได้ดังนี้ 1) การดูแลสำหรับวัยรุ่น "อยู่ด้วยตลอดเวลา" เพื่อให้ได้รับฟังปัญหา เกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น ให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้ ความซื่อสัตย์ และการแสดงออกถึงความรักเมื่อเวลาที่เขาต้องการ 2) สุขภาพของวัยรุ่นมีความต้องการให้เกิดความสุขสบาย ปราศจากความเจ็บป่วย ความเป็นอยู่ที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหา และมีความรับผิดชอบ 3) วัยรุ่นมีคุณค่าต่อครอบครัว เพื่อน มีการศึกษา มีเงินได้เล่นกีฬา และมีความซื่อสัตย์ 4) เสื้อผ้า ผม และดนตรี เป็นสิ่งที่ปรากฏออกมาในลักษณะของวัยรุ่น

Blake (1995) ได้ทำการศึกษาการแยกตัวออกจากสังคมในผู้ป่วยชายวัยรุ่นที่ป่วยเป็นอัมพาตทั้งแขนและขา (Quadriplegia) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยชาย จำนวน 8 คน มีอายุระหว่าง 19-35 ปี ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยมาเป็นระยะเวลาานมากกว่า 3 ปี คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งถามเกี่ยวกับทัศนคติ ความคิดเห็น และความเห็นของการมีส่วนร่วม ซึ่งผลของการศึกษารั้งนี้ให้ความเห็นว่า คนที่ไร้สมรรถภาพ มีความจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเทคนิคที่จะช่วยให้เขามีความรู้จักปลอดภัยและควบคุมเวลาของพวกเขาเอง พยาบาลที่ให้การฟื้นฟูสุขภาพเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการพัฒนาอย่างมีเทคนิค

Sisson (1995) ได้ทำการศึกษาการทำนายสภาพเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวาจากผลของ Stroke เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจำนวน 15 คน อยู่ในเขตเมืองหลวงทางตะวันตกของรัฐฟลอริดา ซึ่งทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวา ภายหลังจากเกิด Stroke ประมาณ 7-10 วัน, ไม่มีอาการแสดงก่อนเกิด Stroke, อายุน้อยกว่า 80 ปี และสามารถช่วยตัวเองได้, ผู้ป่วยที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้จะไม่รวมอยู่ในการศึกษารั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ (Emotional), พฤติกรรม (Behavioral) และภาพเกี่ยวกับความรู้สึก ความเข้าใจ (Cognitive status) และการปฏิบัติหน้าที่ตามสภาพของการมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วย Stroke จะศึกษาผู้ป่วย 4 ระยะ หลังจากเกิด Stroke และจะประเมินโดยใช้ Neurobehavioral Rating Scale (NRS) และ Barthel functional Index (BFI) เป็นตัวชี้วัด ผลของการศึกษารั้งนี้ พบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด คือ ในด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจในช่วงระยะ 6 เดือน คือ เกี่ยวกับด้านร่างกาย ความจำและเคลื่อนไหว อารมณ์ที่เก็บกด และจิตใจที่อ่อนล้า มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรับรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการวางแผนฟื้นฟูเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างมีเหตุผล จำเป็นต้องให้พยาบาลมีการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย

Acorn (1995) ได้ทำการศึกษารอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะให้มีชีวิตอยู่รอดโดยผ่านกระบวนการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่ง วัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ เน้นการพัฒนา สนับสนุน และการประเมินโปรแกรมการศึกษา/การสนับสนุน สำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ การศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยมีการทดสอบผลของการมีส่วนร่วมระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมซึ่งจะวัด ทั้งก่อน-หลังการใช้โปรแกรม แบบวัดซึ่งใช้ในการประเมินโปรแกรมอยู่ 3 แบบ คือ 1) มีส่วนร่วมในการเรียนการประเมิน 2) โปรแกรมที่อำนวยความสะดวกและหลักการวินิจฉัยในการปฏิบัติทางคลินิก 3) การวัดผลมี 3 ประการ ประกอบด้วย การจัดการ (coping) การยอมรับนับถือ (Self-esteem) และความสบาย (Well-being) ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลที่ได้จะมีการผสมผสานผลที่ได้รับและคำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมที่จะต้องมีการคำนึงถึงการปฏิบัติ แต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ การวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาในโปรแกรมและกระบวนการกลุ่มจะอยู่ในอัตราสูงอย่างคงที่ ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าคุณค่าของการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร และการสนับสนุนในด้านความรู้สึก จะได้มาจากการมีส่วนร่วมของกลุ่ม การประเมินการส่งเสริมโปรแกรมและหลักการวินิจฉัย เป็นไปในทางบวก และยังพบว่าในด้านการจัดการ (Coping), การยอมรับนับถือ (Self-esteem) และความสบาย (Well-being) ทั้งก่อน-หลังการทดสอบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ผู้ป่วยโรกระบบประสาทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานที่บ้าน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีอุปกรณ์การแพทย์ติดออกไปหลายประการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญ และมีการพัฒนาความตระหนักในตนเอง เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่บกพร่อง เพราะการดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล มีความรับผิดชอบที่ต้องรักษาไว้ซึ่งคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการมีความคาดหวังว่า ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งมากกว่าการเป็นโรค (อุคมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2529) ตลอดระยะการเจ็บป่วย และเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาลกับการรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับจริงที่พยาบาลต้องให้การส่งเสริมสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ชี้นำ อำนวยความสะดวก เผื่อระวังระไวต่อการรับรู้ของตนเองและของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวที่จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อไปที่บ้าน และก่อนมีการจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Holistic Care) โดยที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาต่างๆ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำชี้แนะและทำการสอนความรู้ด้านต่าง ๆ ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ จนกระทั่งผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ พึงพอใจ เต็มใจ อยากปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อได้รับการจูงใจให้กระทำ มีความพร้อมที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง และปราศจากโรคแทรกซ้อน พร้อมทั้งการดูแลที่ให้นั้นผู้ดูแล/ครอบครัว จะต้องให้ทั้งความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ และเกิดความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลที่บ้าน

การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง ก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยโรกระบบประสาทต้องการการดูแล เพราะเป็นสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ จากผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรกระบบประสาท ซึ่งต้องใช้เวลาย่างต่อเนื่องและยาวนานถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ก็สามารถช่วยลดภาวะเครียดให้กับผู้ดูแล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ดุลยากร, 2538) ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

โรคระบบประสาทจึงสมควรที่ต้องใช้แรงจูงใจที่เป็นปัจจัยด้านสุขอนามัย (สภาพแวดล้อม) และปัจจัยที่ใช้ใจ (ของงานที่ทำ) ไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่บ้าน

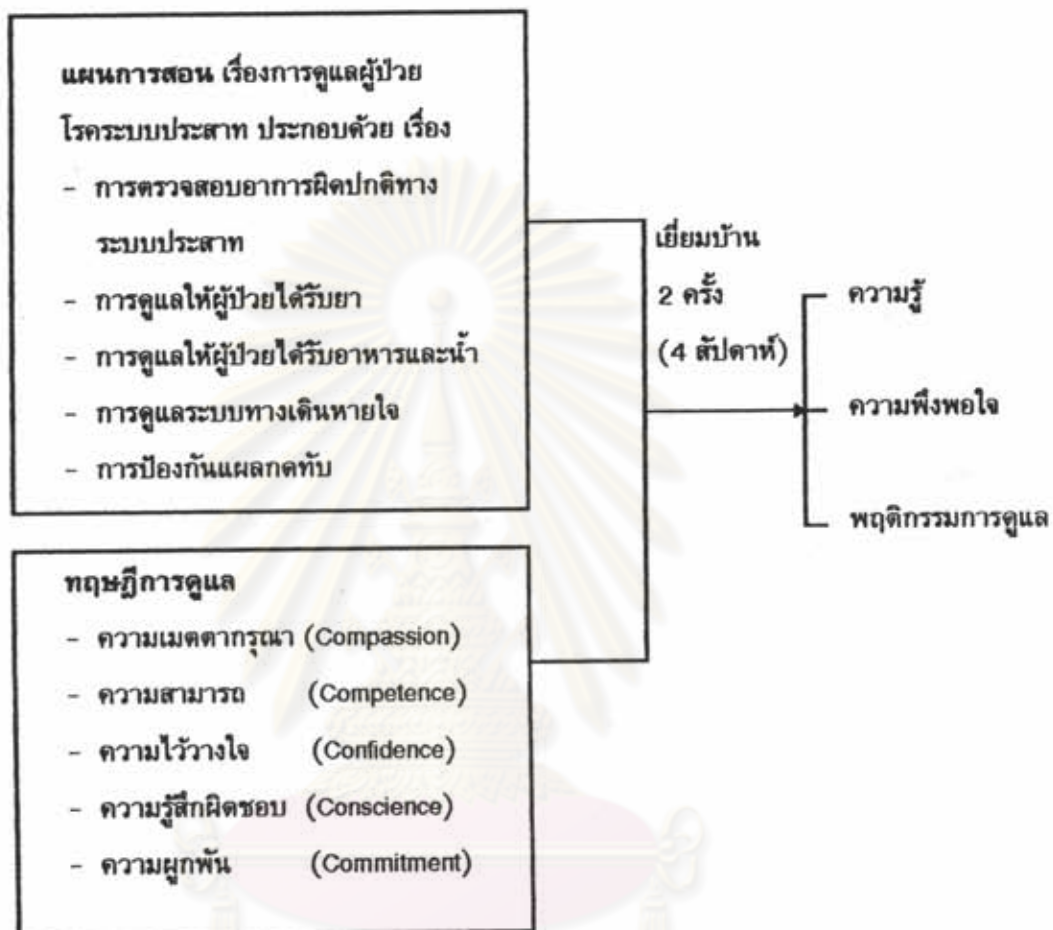
ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพยังสามารถช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังผลให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง อัตราการครองเตียงลดลง มีการหมุนเวียนเตียงในโรงพยาบาลเร็วขึ้น และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีอำนาจในการดูแลตนเอง และช่วยให้พยาบาลมีอิสระในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## กรอบแนวคิดการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย