ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ*
The Uncertainty in Illness of Caregivers in Ischemic Stroke Patients

อนงค์รักษ์ พิมภาวะ**
ดร. วีนัส ลีฬหกุล***
ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยาและพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 18คน โดยใช้แบบสำรวจและแบบสอบถามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามทฤษฎีของมิเชล

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเห็นต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตามกรอบทฤษฎีของมิเชลทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย(ค่ามัธยฐานเป็น 4.36 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0) รองลงมาคือ ด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย(ค่ามัธยฐานเป็น4.38 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25)ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค(ค่ามัธยฐานเป็น 4.44 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25)และความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล(ค่ามัธยฐานเป็น 4.42 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น1) ดังนั้นควรนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบโดยเฉพาะด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแล

---

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัญฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
***รองศาสตราจารย์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This research aimed to study the uncertainty in illness of caregivers in the Ischemic Stroke Patients by using Delphi technique. Specific sample were neurological physicians and stroke nurses in a total of 18 participants using the experts' opinion survey and questionnaires on the uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke based on Michel's theory.

The study found that the levels of the uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke, according to the four aspects of Michel's theory, showed as followings: the most uncertain in illness of the caregivers was about the ambiguity of the medical condition (the median was4.36, the range between quartiles was 0),the second was the lack of information about the illness(the median was 4.38, the range between quartiles was 0.25), the inability to predict the results and progression(the median was 4.44 ,the range between quartiles was 0.25), and the complexity of treatment and care (the median was 4.42, the range between quartiles was 1), so the results of this research should be taken as a guide to create a sense of uncertainty in the assessment of the ischemic stroke caregivers, especially on the uncertainty of the medical condition to be adopted in the hospital planning to reduce the uncertainty in illness of the care givers

ปัญหาการวิจัย

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6.70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือทุกๆ 6 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวองค์การอัมพาตโลกจึงได้กำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันรณรงค์อัมพาตโลกและกำหนดประเด็นสาระหลักในการสื่อสารเตือนภัย (Theme) ประจำปีพ.ศ. 2556 คือ "One in Six" หรือ "1 in 6" หรือ "1 ใน 6 ไม่ใช่คุณ" ซึ่งได้ใช้ประเด็นสาระนี้ในการสื่อสารเตือนภัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2553 – 2556 เพื่อเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักและระวังภัยอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้นโดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไปประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยผู้ให้การดูแล (Caregivers) ครอบครัวและเพื่อนสนิทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

สาเหตุหนึ่งของการมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้มีการประมาณการว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เปรียบเทียบระหว่างพ.ศ. 2535 และ 2563 สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยใน พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 176,342 คน หรือ 3 คนในทุกๆ 2 ชั่วโมง และเชื่อว่าอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2558 และอัตราป่วยของโรคนี้

เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ระหว่าง พ.ศ. 2544–2553 จาก 115.30ต่อประชากรแสนคน เป็น 307.90ต่อประชากรแสนคน ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากต้องกลายเป็นผู้พิการ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ภาวะเจ็บป่วยยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด เพราะต้องเข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมาเรียนรู้จากกระบวนการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียนรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากพยาธิสภาพที่มีลักษณะเฉพาะ เกิดอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน สังเกตได้ง่าย เรียนรู้ว่าอาการระยะแรกที่เกิดเป็นอาการที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงได้บ่อย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องเรียนรู้จากการปฏิบัติของทีมสุขภาพ จนกระทั่งการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งที่หลากหลายเพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้กลายเป็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่งของการอยู่ในโรงพยาบาล จะเกิดผลกระทบของตัวผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ผลกระทบต่อจิตใจ ผลกระทบต่อการปรับบทบาท รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว และในที่สุดญาติผู้ดูแลก็เกิดความต้องการ ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความต้องการจากการบริการของทีมสุขภาพ จนถึงกระทั่งความต้องการการเตรียมความพร้อมเมื่อจะต้องพาผู้ป่วยกลับบ้าน (อ้อฤทัย ธนะคำมา, 2553)และปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang,2007) เหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และด้านบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแล ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือไม่ จึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

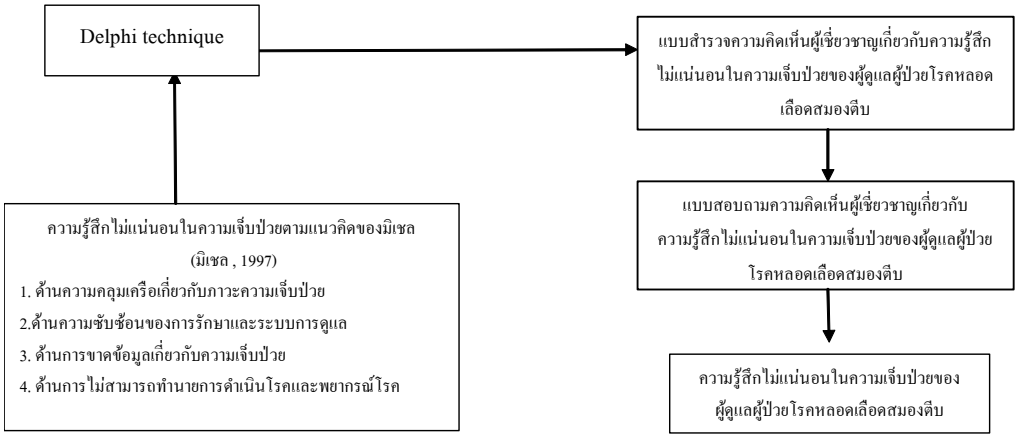
คำถามของการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

กรอบแนวคิดการทำวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของมิเชล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์–เมษายน พ.ศ. 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

จัดเตรียมโครงการวิจัยโดยศึกษาวรรณกรรมซึ่งเป็นตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชนิดมีโครงสร้าง 3 ตัวเลือกแล้วนำแบบสำรวจความคิดเห็นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็น และนัดวันรับคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2

รับแบบสำรวจความคิดเห็นกลับจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำข้อมูลความคิดเห็นที่ได้มาวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถาม และนัดวันส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3

เมื่อได้แบบสอบถามกลับมาแล้ว นำมาวิเคราะห์หาค่ากลางและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม เพื่อนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์รวมทั้งค่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาพัฒนาเป็นแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลฉบับที่ 2 แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมในรอบที่ 3 จนได้ข้อมูลที่เป็นฉันทามติ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปเป็นผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นการแสดงความคิดเห็น ได้มาโดยการกำหนดโดยเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ คือ พิจารณาจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเฉพาะทาง ที่มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่1 แบบสำรวจกึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสำรวจ ในการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในแต่ละด้าน ในการเก็บรวมรวมข้อมูลรอบที่2

ชุดที่ 3 แบบสอบถามในลักษณะหาค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยควอไทล์(Interquatile range) ของข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันเปลี่ยนแปลงคำตอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่3

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 2 คน แพทย์เฉพาะทางประสาทวิทยาจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้องและขอบเขตของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา รวมถึงขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ค่า CVI = 0.89

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลกระทำโดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียนและผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงาน โดยขอความร่วมมือในการทำวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัยการเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ซึ่งระหว่างการรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียนและนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงาน พร้อมหนังสือแนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามในการวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟายระยะที่ 2

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลด้วยวิธีเทคนิดเดลฟายเพื่อทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้เชี่ยวชาญโดยตรงพร้อมหนังสือแนะนำตัว เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำแบบสอบถามรอบที่1ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง พร้อมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายวันมารับแบบสอบถามคืน คือ 2 สัปดาห์

3. ส่งแบบสอบถามรอบที่ 2,3ไปยังผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ พร้อมจ่าหน้าซองเปล่า ติดแสตมป์จ่าหน้าซองถึงตัวผู้วิจัย นัดวันส่งคืนแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คนเพื่อให้ได้ฉันทามติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 3 นั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยคำนวณค่ามัธยฐาน (Median)และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquaartile range) ด้วยการนำคำตอบจากแบบสอบถามมาจัดทำตารางแจกแจงความถี่เป็นรายข้อ เพื่อหาค่ากลางของคะแนนรายข้อ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.33 อายุ 30 – 39 ปี มากที่สุด วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ 33.33 และ ปริญญาเอก พบน้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 11.11 ตำแหน่งพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 27.77 และตำแหน่งแพทย์เฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ส่วนประสบการณ์การดำรงตำแหน่งพบว่ามีประสบการณ์ระหว่าง 10–14 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.55 รองลงมา 15–19 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.22

ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำแนกรายด้านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ	$\overline{X}$	SD	Mode	Median	IR	ความสอดคล้องของข้อคำถาม
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity)	4.59	0.67	5	4.36	0	เหมาะสม
ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(lack of information)	4.56	0.70	5	4.38	0.25	เหมาะสม
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล (Complexity)	4.67	0.63	5	4.42	1	เหมาะสม
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability)	4.30	0.64	5	4.44	0.25	เหมาะสม

จากตารางที่ 1 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้ง 4 ด้าน ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญสอดคล้องกันทุกข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ตามลำดับดังนี้ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยค่ามัธยฐานเป็น 4.36 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยค่ามัธยฐานเป็น 4.38 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 ความซับซ้อนของการรักษาและการดูแลค่ามัธยฐานเป็น 4.42 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น1ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค ค่ามัธยฐานเป็น 4.44 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25

ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) ทั้งหมด 11 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้องสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ โดยมี 3 อันดับแรกคือ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและสำหรับข้อคำถามที่มีค่า

มัธยฐานเป็นระดับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 คือไม่ทราบความหมาย/คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลย

ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด คือ มีค่ามัธยฐานเป็น 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 จำนวน 9 ข้อโดย 3 อันดับแรกคือ รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scan)การฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วนชัดเจนและ 3 อันดับสุดท้ายคือ ไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนจนเกินไป ไม่แน่ใจว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มั่นใจว่าตนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น และไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย

ด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 1 ข้อ คือ พยาบาลให้ข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีหลายขั้นตอนเกินไปสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) แม้ว่าได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมด 2) ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 3) ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแม้ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วน 4) ไม่ทราบข้อมูลที่ช่วยในการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยมค่ามัธยฐาน และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือตั้งใจไว้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ 2) ไม่สามารถคาดเดาอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และ 3) ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นใดจากการเจ็บป่วยอีก

อภิปรายผลการวิจัย

1.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย(Ambiguity)

ประกอบด้วยทั้งหมด11 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ถูกต้องสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ โดยมี 3 อันดับแรกคือ ไม่ทราบเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ทราบเกี่ยวกับอาการ/อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 คือไม่ทราบความหมาย/คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองตีบมาก่อนเลยสอดคล้องกับแนวคิดของ มิเชล (Mishel, 1997) กล่าวว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สุขสบาย ไม่ทราบว่าไม่สุขสบายเกิดจากอะไร ไม่รู้ความรุนแรง อาการความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆจึงทำให้เกิดความคลุมเครือสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอิสรีย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่พบว่า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ และส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลพยาบาลจึงควรเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึก คำนึงถึงการให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การให้ข้อมูลนั้นมีความจำเป็นและเพียงพอ เพื่อให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นขบวนการการสร้างสรรค์พัฒนาให้ครอบครัวได้เข้าใจสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างดี รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลหลังการประเมินและให้การพยาบาลหลังผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว หากมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นที่ญาติจะต้องทราบและร่วมตัดสินใจควรจะมีการให้ข้อมูลเป็นระยะ 3 วันแรกในทุกๆวันสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจพร รัตนปรีชากุล (2555) อธิบายว่า การให้ข้อมูลของทีมสุขภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิมมาก หรือมีอาการแย่ลง โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือประมาณ 15 นาที ในการให้ข้อมูล ส่วนพยาบาลมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ดูแลเนื่องจากได้พบผู้ดูแลทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวัน และยังพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆไม่ครบ

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity)

ประกอบด้วยทั้งหมด 9 ข้อที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด คือ มีค่ามัธยฐานเป็น 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 จำนวน 9 ข้อโดย 3 อันดับแรกคือ รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT-scan การฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าหลอดเลือดดำ (rtPA) รู้สึกไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่เข้าใจในระเบียบและขั้นตอนในการรักษาที่ครบถ้วนชัดเจนและ 3 อันดับสุดท้ายคือไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากคำอธิบายซับซ้อนจนเกินไป ไม่แน่ใจว่าการรักษาที่อยู่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น และไม่มั่นใจว่าตนเองจะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ถูกต้อง เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น และไม่ทราบวิธีการที่จะมีส่วนดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิสรีย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก จัดเป็นสถานการณ์ที่คาดเดาการตอบสนองต่อการรักษาได้ยาก ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลหลักให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และช็อก ยังอธิบายต่ออีกว่าควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยที่จำเป็นให้ญาติได้ทราบเบื้องต้นว่า มีการตรวจต่างๆของผู้ป่วย ระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติในแนวโน้ม

หน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในบางรายที่ประเมินจากพยาธิสภาพและสภาพการเจ็บป่วยแล้ว มีการเตรียมตัวญาติเพื่ออนาคตหรือการสูญเสีย และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของการดูแลที่มีความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยนั้นจึงควรให้เป็นรายบุคคลเฉพาะผู้ดูแลหลัก เนื่องจากปัจจัยจากสภาพร่างกายหรือสภาพจิตใจ ภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงสูงในการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ และพัฒนาไปเป็นภาวะแทรกซ้อนได้

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Lack of information)

ประกอบด้วยทั้งหมด 8 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 มีจำนวน 1 ข้อ คือ ไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและการรักษา ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 1 ข้อ คือ พยาบาลให้ข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีหลายขั้นตอนเกินไป สำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่แม้ว่าได้รับข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปแล้วแต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดทั้งหมดไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแม้ว่าได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวกลับบ้านแล้วแต่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดที่ครบถ้วนไม่ทราบข้อมูลที่ช่วยในการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอิสรีย์ วีระเสถียร(2555)อธิบายว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการปรับตัวสู่ภาวะสมดุลและมีการฟื้นฟูสภาพของการทำหน้าที่ของร่างกายตามความสามารถภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน รวมถึงผู้ดูแลเองก็มีการปรับตัวและเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยากให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของรสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์ (2553) อธิบายว่า ในการดูแลรักษาของผู้ป่วยที่ซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลกลัวการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งทำให้พบว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลายปัจจัยร่วมกันที่สำคัญคือ การได้รับการประคับประคองจิตใจ การได้รับกำลังใจจากครอบครัว รวมทั้งการได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability)

ประกอบด้วยทั้งหมด 5 ข้อ ที่มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.25 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รู้สึกว่าอาการและการรักษาของโรคไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือตั้งใจไว้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นสำหรับข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 1 มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ไม่สามารถทำนายผลของการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ไม่สามารถคาดเดาอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความผิดปกติอื่นใดจากการเจ็บป่วยอีกสอดคล้องกับงานวิจัยของอิสรีย์ วีระเสถียร (2555) อธิบายว่า ความสามารถในการทำนายของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะพิจารณาถึงสภาพความเจ็บป่วย หรืออาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นร่วมกับการขาดความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ และการดูแลรักษา จึงเกิดความรู้สึกว่า การเจ็บป่วยมีความไม่แน่นอน อาจมีความไม่แน่ใจในอาการคุกคามของผู้ป่วย และผลของการรักษาที่ได้รับว่าจะสามารถช่วยเหลือหรือตอบสนองให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติมากที่สุด หากผู้ดูแลคาดเดาอาการของโรคไม่ได้ ไม่สามารถทำนาย

ของโรคได้ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย(Ambiguity) มีความเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 88.42 และมีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสูงที่สุดเป็นระดับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0 อธิบายได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบเกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีพยาธิสภาพมีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบในภาวะเฉียบพลัน ในช่วงระยะ 1–3 วันแรกจะเป็นระยะที่ต้องระวังเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก เมื่ออาการทางระบบประสาทที่ยังไม่คงที่ก็จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้จึงทำให้ความคลุมเครือในความเจ็บป่วยสูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลและเฝ้าระวังอยู่ตลอดเวลา (อ้อฤทัย ธนะคำมา, 2553) ดังนั้นหากในระยะนี้สามารถที่จะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลได้รวดเร็วก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลในระยะนี้เพื่อลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลของการวิจัยไปกำหนดแนวทางการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เพื่อให้เกิดระบบการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ครอบคลุม ตรงตามความต้องการและลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

3. ผู้สนใจศึกษาทำวิจัยเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเพื่อจะเป็นการส่งเสริมให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ธิดารัตน์ อภิญญานิตยา พันธุเวทย์. (2556). *ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี2556 (งบประมาน 2557)*. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพ : เรือนแก้วการพิมพ์.

นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณา). 2550 . *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจพร รัตนปรีชากุล. (2555). *การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

รสศุคณธ์ เจืออุปถัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2555). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdfhttps://www.m-society.go.th/article_attach/11378/15693.pdf.

ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2554). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

อิสรีย์ วีระเสถียร. (2555). *คุณลักษณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตามแบบจำลองการเสริมแรง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

อ้อฤทัย ธนะคำมา. (2553). *ประสบการณ์การดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

Mishel , M .H. . (1990). "Reconcept ualization of the Uncertainty in illness Theory" . *Journal of Nursing Scholarship*. *15*(1) : 256-261.

Mishel, M. H. (1997). " Uncertainty in Acute Illness". *Anual Review of Nursing Research*. 15(1) : 57-76.

Yang, S. (2007). "A Mixed medthods study on the needs of Korean familied in the intensive care Unit". *Australian Journal of advance nursing* . 25(4) : 79-86.