

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้*

Factors related to home care practice among caregivers for totally dependent
neurosurgical patients

กัลยา วงศ์อามาตย์** วันเพ็ญ แก้วปาน***

ปาหนัน พิษยภิญโญ**** ดุสิต สุจิรารัตน์*****

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นผู้ที่ประสบปัญหาภายหลังการผ่าตัด และจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่บ้านโดยเป็นผู้ดูแลหลัก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลราชวิถี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคร์-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 19.44 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน การรับรู้ความคาดหวังถึงผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน และการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังถึงผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.466$, $r = 0.341$, $r = 0.486$, $r = 0.583$, $p\text{-value} < .05$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน การรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้ ร้อยละ 45.5

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

*** รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองให้ดีขึ้น โดยพยาบาลควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และฝึกฝนทักษะในการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความกลัว และทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การปฏิบัติการดูแลที่บ้าน / ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค / ผู้ดูแล / ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ABSTRACT

Neurosurgical patients always experience problems after surgery and then the burden of their support falls upon caregivers. The objective of this cross-sectional study was to identify the factors related to home care practice for caregivers of those patients by applying the Protection Motivation Theory. The sample included caregivers of the patients who completed a questionnaire for the Out-Patient Department of the Prasat Neurological Institute and Rajavithi Hospital. A Total of 130 subjects were selected through purposive sampling. Data was analyzed by statistics, frequency, mean and standard deviation, chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The results showed that most caregivers were females (66.2%) who spent approximately 19.44 hours per day caring for patients. Most caregivers perceived the severity and the susceptibility for complications. Their self-efficacy and response efficacy acumen was at a high level for home care practice and in the treatment of caregivers for neurosurgical patients. When performing correlation, there were associations between perceived severity, perceived susceptibility of complication, perceived self-efficacy, and response efficacy towards home care practice among caregivers of neurosurgical patients ($r = 0.466$, $r = 0.341$, $r = 0.486$, $r = 0.583$, $p\text{-value} < .05$). When using stepwise regression analysis, the predictable variables for home care practice were perceived self-efficacy, perceived severity, and perceived response efficacy which accounted for 45.5% of total variance for home care practice among caregivers.

The results of this study suggest the addition of home care practice among caregivers for neurosurgical patients. The nurse should be responsible for educating, preventing complications, and providing care in order to encourage caregivers to have a higher degree of self-efficacy. This will help to reduce anxiety and insure that caregivers have the confidence to assist patients when they return home.

Key word : home care practice / protection motivation theory / caregivers / neurosurgical patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางระบบประสาทและสมองเป็นโรคอีกกลุ่มหนึ่งที่พบได้ทั่วโลก ในประเทศไทยพบโรคกลุ่มนี้ได้บ่อยและเกิดขึ้นกับประชากรทุกเพศทุกวัย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและสมองไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกในสมอง หรือการบาดเจ็บของสมอง จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในส่วนของกายภาพและจิตสังคม มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จากรายงานสถิติสาธารณสุขประจำปี 2550 ของกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายเท่ากับ 20.5 ต่อประชากรแสนคน เนื้องอกร้ายที่เยื่อหุ้มสมอง สมอง และส่วนอื่นๆ ของระบบประสาทส่วนกลางเท่ากับ 2.4 ต่อประชากรแสนคน และโรคระบบประสาทอื่นๆ เท่ากับ 8.4 ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจในชุมชนที่แน่ชัด ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากการสำรวจจากโรงพยาบาล จึงมีอาจคาดเดาได้ว่ายังมีผู้ป่วยในชุมชนมากน้อยเพียงใดที่มีภาวะเสี่ยงและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว

การผ่าตัดสมอง เป็นวิธีการอย่างหนึ่งของรักษาผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองให้รอดชีวิตและมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยสามารถลดอัตราการตายจากร้อยละ 72 เหลือร้อยละ 25 (Rowland, 1995) อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่ต้องทุพพลภาพภายหลังการผ่าตัดจากโรคที่หลงเหลืออยู่ อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวรตลอดชีวิตได้ ผลกระทบจากการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีการดำรงชีวิตที่

ยากลำบาก ต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสังเกตติดตามช่วยเหลือระยะยาว ทั้งในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Pierce et al., 1995) นอกจากนี้ การรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มการพักรักษาตัวระยะเวลายาวนาน และมักจำหน่ายกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่ายา และการดูแลอื่นๆ ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นกลวิธีสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การปฏิบัติในการดูแลที่บ้านของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ให้การดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่ายังมีปัญหาการดูแลที่บ้านยังไม่ดีพอ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย และมีนโยบายในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านมานาน จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย บางครั้งพบว่า มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองกลับมา รักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการสุ่มสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองพบว่า มีปัญหาเรื่อง มีไข้ มีแผลกดทับในบางราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ (2550) ศึกษาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น หลอดเลือดสมองแตกซ้ำ ปอดติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แผลกดทับ ภาวะทุโภชนาการสำคัญ

อาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในที่สุด

ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ หากผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะเฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ จะทำให้มีผลกระทบต่อกุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนานติดต่อกันหลายๆ วัน โดยไม่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเกิดการฟื้นตัวไม่ดี ผู้ป่วยจะมีการถดถอยทั้งร่างกายและจิตใจ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) หากผู้ดูแลรับรู้ถึงการปฏิบัติการดูแลที่ไม่ถูกต้องแล้วจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยตลอดจนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวและเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถในตนเองและเชื่อในความสามารถของตนเองจะมีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

พยาบาลสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทำให้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนช่วยสนับสนุนในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง พยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการสอนให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนการจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมีผลในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแล (สุวรรณา จงห่วงกลาง, 2549) แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลบางอย่างอาจทำให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลที่บ้านไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำจะส่งผลเสียต่อทั้งตัวผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมที่ต้องรับภาระในการดูแล

จากสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างเหมาะสม มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

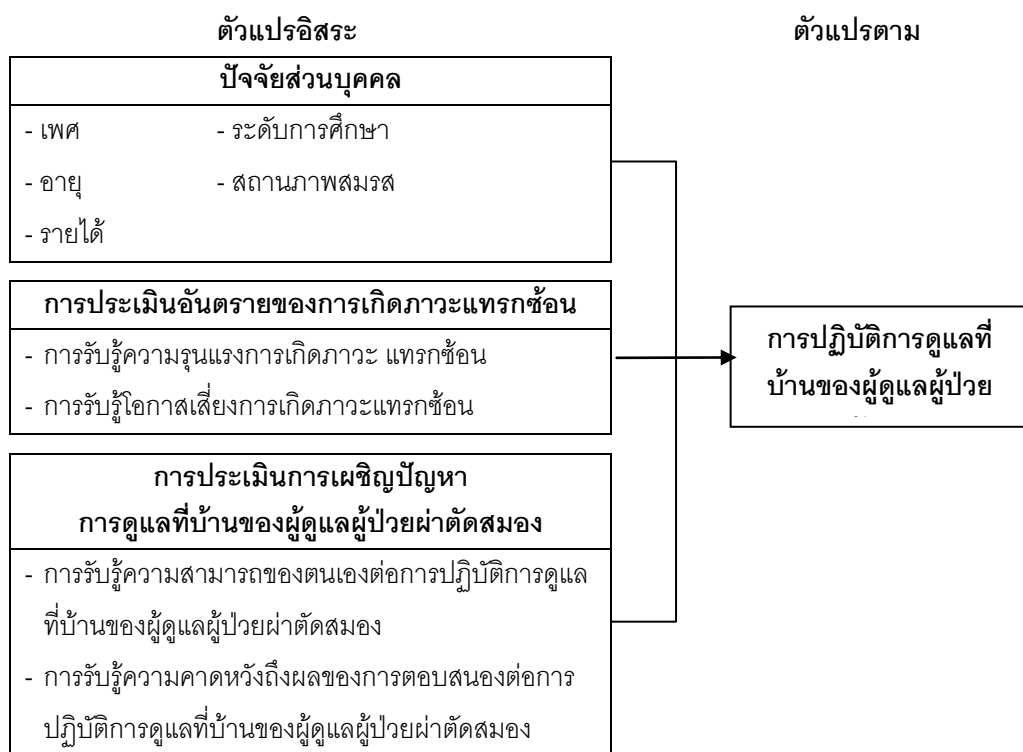
1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

2. การรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการ

ดูแลที่บ้าน และการรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ การรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน และการรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง มีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) โดยโรเจอร์ส (Rogers) ได้พัฒนาและแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 (Mackay, 1992) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากการรับรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม แรงจูงใจที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล การประเมินการรับรู้หรือประสบการณ์การปฏิบัติการดูแล การเผชิญปัญหา การรับรู้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคาม จะทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและเกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกัน และความตั้งใจที่จะตอบสนองต่อการปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลดีทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่กลับไปอยู่ที่บ้านมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Hulley et al, 2001:89) กำหนด $\alpha = 0.05$, $\beta = .20$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการศึกษาที่ผ่านมาของปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ได้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลกับการการดูแลเท่ากับ 0.26 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้อีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 130 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถาม

การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล ซึ่งมาร์ไฮนี (Mahoney) และบาร์เทล (Barthel) สร้างขึ้นสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) นำมาแปลประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน กลุ่มตัวอย่างใช้ช่วงคะแนน 0-20 คะแนน

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ รายจ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล โดยเป็นแบบตรวจสอบรายการ 5 ข้อ และคำตอบแบบปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

การเจ็บป่วย และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ 4 ข้อ และแบบปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจำนวน 10 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า การตอบคำถามแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.69

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหาในการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองจำนวน 10 ข้อ และการรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค การตอบคำถามแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค แอลฟา เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองจำนวน 20 ข้อ การตอบคำถามมีให้เลือก 4 ตัวเลือก หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค แอลฟา เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาเครื่องมือ การวัด และนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของ ภาษาและเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก งานศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่างที่จะเก็บจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม ในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณารับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุข- ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH2009-196) คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา (เลขที่ โครงการ 53015) และคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัย โรงพยาบาลราชวิถี (รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 52134) ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามกำหนดโดยที่โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเอง สำหรับที่ สถาบันประสาทวิทยาผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยในการ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทำแบบสอบถามได้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและ สมัคใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามใน เอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนตอบ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยบรรยายลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการปฏิบัติกรดูแลที่บ้านด้วยการ วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.2 เพศชาย ร้อยละ 33.8 กลุ่มอายุของผู้ดูแลที่มากที่สุดคือ อายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.1 ($\bar{x} = 41.74$, S.D. = 11.67) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90 รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 26.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.9 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ ภรรยามากที่สุดถึง ร้อยละ 33.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 16-24 ชั่วโมง ต่อวัน ($\bar{x} = 19.44$, S.D. = 5.51) สำหรับรายได้ ของครอบครัวมีความแตกต่างกันตั้งแต่ 3,000 บาท ต่อเดือน ถึง 100,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มี รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65 ($\bar{x} = 16,583.85$, S.D. = 1,4601.05)

ผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 เพศชายร้อยละ 46.9 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 ($\bar{x} = 49.06$, S.D. = 16.36) มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วยโรคเนื้องอกในสมองร้อยละ 73.1 เมื่อกลับบ้านไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ร้อยละ 60.8 และร้อยละ 39.2 ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 24.6

ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองมีการรับรู้ความรู้แรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ความคาดหวังถึงผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.2, 73.1, 87.7, 96.9 ตามลำดับ ($\bar{x} = 32.99$, S.D. = 2.82, $\bar{x} = 31.15$, S.D. = 2.66, $\bar{x} = 34.62$, S.D. = 4.13, $\bar{x} = 36.35$, S.D. = 2.74 ตามลำดับ) สำหรับด้านการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 66.24$, S.D. = 8.69)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ความรู้แรงการเกิดภาวะ

แทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.466$, $r = 0.341$, $r = 0.486$ และ $r = 0.583$, $p\text{-value} < .05$) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ดีคือการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ความรู้แรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้ ร้อยละ 45.5

สมการถดถอยในการทำนายการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง คือการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง = $-15.607 + 0.765$ (การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง) + 0.847 (การรับรู้ความรู้แรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน) + 0.754 (การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติในการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ตัวแปร	b	beta	Std. Error	t	R ² _{change}	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติในการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง	0.765	0.363	0.168	4.563	0.340	0.001
การรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.847	0.275	0.218	3.880	0.073	0.001
การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติในการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง	0.754	0.237	0.242	3.116	0.042	0.001

ค่าคงที่ = -15.607 R² = 0.455

การอภิปรายผล

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามี/ภรรยามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมามีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย 41.74 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์และการตัดสินใจที่ดี (ทิพย์ภา เชนฐ์เขาลิต, 2541) เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงต่อวันที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 19.44 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเป็นการใช้เวลาที่มาก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะต้องทำงานอย่างอื่นแต่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ แม้แต่เวลานอนต้องคอยตื่นมาดูผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท่านั้น จึงทำให้ผู้ประเมินเวลาในการดูแลตลอดทั้งวัน ซึ่งใกล้เคียงกับการ

ศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลใน 1 วัน มีจำนวนชั่วโมงการดูแลเฉลี่ย 19.71 ชั่วโมงต่อวัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลที่บ้าน

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน แต่เนื่องจากสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี การปลูกฝังค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรมที่หล่อหลอมให้เพศหญิงต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลมากกว่า

เพศชาย (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) และการรับ บทบาทและความรับผิดชอบนั้น เป็นไปตาม ความคาดหวังของสังคมภายใต้ชนบทชนชั้นที่ สืบต่อกันมา ความคาดหวังทางสังคมมักมองว่า เพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสมจะรับบทบาทเป็น ผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเพศหญิงอาจจะมี ความชำนาญในการปฏิบัติมากกว่าเพศชาย จึง เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยในครอบครัว

อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลที่บ้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ มีอายุต่างกัน การศึกษาที่แตกต่างกัน รายได้ ครอบครัวยุคสมัยรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มาก่อน และเป็นการติดตามการดูแลที่บ้านใน ระยะแรกที่กลับจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลส่วน ใหญ่จะได้รับความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแล ที่ใกล้เคียงกัน ทำให้การรับรู้คล้ายคลึงกันเพราะ ยังขาดประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนอง ต่อการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการ ดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความ

สามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังถึงผล ของการตอบสนอง เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมในการ ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัด สมองก็จะสูงเพิ่มขึ้นไปด้วย ซึ่งการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจ ของแต่ละบุคคลว่า การไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยง อันตรายจะทำให้เกิดความเสียหายต่อโรค ส่วนการ จะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น การรับรู้ความ คาดหวังถึงผลการตอบสนอง ถ้าบุคคลได้รับทราบ ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ตามคำแนะนำ ว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ จะช่วย ส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง และเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคล ปฏิบัติโดยแท้จริง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่ สามารถตั้งใจให้เกิดการกระทำได้ ความเชื่อมั่น ว่าตนมีความสามารถเป็นบุคคลที่มีความ พยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จมากขึ้น และถ้าได้ ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจะเป็นแรงเสริม ให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองและเกิดความกลัวน้อยลง เมื่อเผชิญกับ ปัญหานั้นเดิม (Bandura, 1977) เมื่อวิเคราะห์ด้วยการ ถอดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มี ประสิทธิภาพในการทำนายการปฏิบัติการดูแล ที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง คือ การรับรู้ ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติในการ ดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้

ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่ได้เป็นตัวทำนาย อาจเนื่องจากด้วยค่านิยมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบุคคลเชื่อว่า ตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรค มีการคุกคามต่อสุขภาพ ในขณะที่การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองซึ่งไม่ได้ป่วยเป็นโรคแต่เป็นการดูแลบุคคลอื่นที่ป่วยเป็นโรค จึงทำให้ไม่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยพยาบาลควรจัดโปรแกรมให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการฝึกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน และมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลเป็นระยะและต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองอยู่เป็นระยะ

2. ควรจัดให้มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการประสานงานกับสถานบริการใกล้บ้าน หรือมีหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดความกลัว สร้างความมั่นใจในการรับผู้ป่วยไปดูแลที่บ้าน

3. ควรมีการสนับสนุน การจัดตั้งกลุ่มสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่าตัดสมอง เพื่อให้มีการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นปัญหา ประสบการณ์ในการดูแล และข้อเสนอหรือแนวความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

4. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลและมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อต้องรับกลับไปดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โดยคำนึงถึงปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความคาดหวังถึงผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลที่บ้านได้มากที่สุด

2. ควรมีการศึกษาในระยะเวลาการดูแลที่แตกต่างกัน หรือระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินการรับรู้หรือการปฏิบัติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะนำมาใช้ในการจัดรูปแบบการสอนการให้คำแนะนำการปฏิบัติการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลที่บ้านตามปรากฏการณ์ที่เป็นจริง และมีความครอบคลุมมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการดูแลที่บ้านที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ

สุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูล
สถิติสาธารณสุข (Online). เข้าถึงเมื่อ
30 มกราคม 2552, จาก

<http://healthdata.moph.go.th>

กิ่งแก้ว ปาจริย. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพ*

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ:
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต. (2541). *จิตวิทยา
พัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา:
 خانهเมืองการพิมพ์.

ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปริญญาภรณ์ พุ่มเจริญ. (2550). *การจัดบริการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื้อที่
บ้าน ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและ
ผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่าง
การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับ
ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับ
ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณนา จงห้วงกลาง. (2549). *ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักพัฒนานิเวศการแพทย์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์
ฝ่ายกาย*. นนทบุรี: ชุมมนุสสรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย จำกัด.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a
unifying theory of behavioral change.
Psychological review, 84, 191-215.
Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S.,
Grady, D., Hearst, N. & Newman, T.B. (2001).
Designing clinical research. Philadelphia
PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Mackay, B.C. (1992). *AIDS and Protection
Motivation Theory (PMT): Effects of
imagined scenarios on intent to use
condom*. Michigan: A Bell and Howell
Information Company.

Pierce, L., Rodrigues-Fisher, L., Fuettner, M.,
Bulcroft, J., Camp, Y.G., & Bourguignon,
C. (1995). Frequently selected nursing
diagnosis for the rehabilitation client with
stroke. *Rehabilitation Nursing*, 20(3),
138-143.

Rowland, L.P. (1995). *Meritt's textbook of
neurology*. (6th ed). Baltimore: Williams &
Wilkins.